

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação
Crítica**

Relatório de Estágio

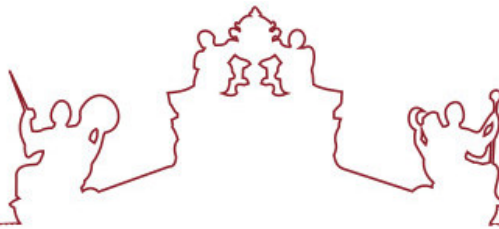
**Transição de cuidados na admissão do doente crítico após
cirurgia cardiotorácica numa Unidade de Cuidados Intensivos**

Cátia Sofia Espingardeiro Machado

Orientador(es) | Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

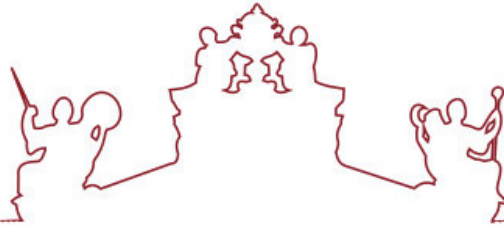
Relatório de Estágio

**Transição de cuidados na admissão do doente crítico após
cirurgia cardiotorácica numa Unidade de Cuidados Intensivos**

Cátia Sofia Espingardeiro Machado

Orientador(es) | Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta (Instituto Politécnico de Castelo Branco)
(Arguente)
Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira (Instituto Politécnico de Setúbal) (Orientador)

“Devemos acreditar que somos dotados de alguma coisa e que essa coisa deve ser alcançada a qualquer custo”

Marie Curie

AGRADECIMENTOS

Aos serviços onde decorreram os ensinamentos clínicos, e às equipas constituintes pela disponibilidade e oportunidade de aprendizagem;

À professora Mariana Pereira pela orientação, ânimo e sugestões dadas;

Às enfermeiras orientadoras de estágio, A.L. e L.M., pelos ensinamentos transmitidos, pela sua disponibilidade, pela motivação e apoio incondicional sem os quais não seria possível concluir todo este percurso;

Às colegas de percurso pelo companheirismo, apoio e entreaajuda;

Aos meus amigos pela compreensão, apoio e amizade;

À minha família por estarem sempre lá, por serem o meu porto de abrigo, por todo o carinho e amor incondicional e, sobretudo, por fazerem de mim quem sou.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Atualmente, temas como a Segurança em Saúde e Comunicação Eficaz têm sido alvo de progressiva preocupação uma vez que estão intimamente relacionados. Erros e/ou lacunas na comunicação, mais concretamente nos momentos de transição de cuidados, podem causar eventos adversos e, assim, comprometer a segurança do doente.

Com o presente relatório pretende-se descrever o Projeto de Intervenção implementado numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica, que consistiu na implementação de um instrumento padronizado, de acordo com a metodologia ISBAR, para o momento de transição de cuidados na admissão do doente. Considera-se a sua importância na melhoria da segurança do doente, uma vez que evita a ocorrência de eventos adversos.

Neste trabalho, pretende-se ainda, analisar e refletir criticamente sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Segurança do doente, transição de cuidados, enfermagem médico-cirúrgica, doente crítico, cirurgia cardiotorácica

ABSTRACT

Care transition in critically ill patient admission after cardiothoracic surgery in the Intensive Care Unit

Currently, topics such as Health Safety and Effective Communication have been the subject of progressive concern since they are closely related. Errors and/or gaps in communication, more specifically in moments of care transition, can cause adverse events and, thus, compromise patient safety.

The present report intends to describe the Intervention Project implemented in a Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit, which consisted in the implementation of a standardized instrument, according to the ISBAR methodology, for the moment of care transition upon the patient's admission. Its importance in improving patient safety is considered, as it prevents the occurrence of adverse events.

In this work, it is also intended to analyze and critically reflect on the process of acquisition and development of common competencies of the specialist nurse, of specific competencies of the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation and competencies of Nursing Master.

Keywords: Patient safety, care transition, medical-surgical nursing, critically ill, cardiothoracic surgery

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES	LXIV
Apêndice A: Grelha de observação	LXV
Apêndice B: Consentimento informado, livre e esclarecido.....	LXVII
Apêndice C: Cronograma de atividades.....	LXIX
Apêndice D: Norma de Orientação Clínica “Comunicação Eficaz”	LXXI
Apêndice E: Instrumento padronizado para a transição de cuidados.....	LXXVIII
Apêndice F: Estudo de caso.....	LXXX
Apêndice G: Pedido à Comissão de Ética da UE.....	LXXXIII
Apêndice H: Formação efetuada no SUP.....	LXXXVIII
Apêndice I: Plano da sessão de Formação efetuada no SUP.....	XCVI
.	
ANEXOS	XCVIII
Anexo 1: Modelo explicativo da técnica ISBAR.....	XCIX
Anexo 2: Norma nº001/2017 da DGS.....	CI
Anexo 3: Certificado curso Suporte Básico de Vida.....	CX
Anexo 4: Certificado curso Suporte Avançado de Vida.....	CXII
Anexo 5: Certificado curso <i>International Trauma Life Support</i>	CXIV

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Análise SWOT.....	33
Tabela 2: Resultados da aplicação da grelha de observação da comunicação oral na admissão do doente	34
Tabela 3: Resultados com base na grelha de observação da comunicação oral na admissão do doente após aplicação do instrumento padronizado	41

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADR	Área Dedicada para Doentes Respiratórios
APA	<i>American Psychological Association</i>
BO	Bloco Operatório
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECMO	Oxigenação por membrana extracorporal
EMC-PSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ISBAR	<i>Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
NOC	Norma de Orientação Clínica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
PI	Projeto de Intervenção
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SO	Serviço de Observação
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
SWOT	<i>Strengths, Weakness, Opportunities e Threats</i>
UC	Unidade Curricular
UE	Universidade de Évora
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCI CCT	Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica
UCIM	Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS	15
1.1. ESTÁGIO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	15
1.2. ESTÁGIO FINAL.....	17
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
2.1.1. Referencial teórico.....	24
2.1.2. Segurança em Saúde.....	26
2.1.3. Transição dos Cuidados em Saúde.....	27
2.1.4. Comunicação Eficaz.....	28
2.1.5. ISBAR.....	30
2.2. ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	32
2.2.1. Diagnóstico de Situação.....	32
2.2.2. Definição de Objetivos.....	35
2.2.3. Planeamento.....	36
2.2.4. Execução.....	39
2.2.5. Avaliação e discussão de resultados.....	42
3. ANÁLISE CRÍTICA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	44
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.....	45
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.....	52
4. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório Final, que integra o plano de estudos do 5º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - a Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC) ministrado pela Universidade de Évora (UE) em associação com o Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Beja e Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este trabalho espelha o percurso formativo e académico efetuado com vista à aquisição de competências que possibilitem a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e do grau de Mestre em Enfermagem após discussão e aprovação do mesmo em prova de defesa pública. Está essencialmente associado com a UC Estágio à Pessoa em Situação Crítica e com a UC Estágio Final realizados, respetivamente, num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica (UCI CCT). É, assim, um elemento essencial no qual se descreve, relata e reflete criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista estão descritas no Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC no Regulamento nº 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, publicados em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e as competências de Mestre em Enfermagem no documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora [UE], 2015).

Contextualizando, importa referir que, de acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista é detentor de “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019: 4744). A área de especialização em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) tem como foco a pessoa cuja vida está comprometida por falência (ou iminência de falência) de uma ou mais funções vitais e que, para sobreviver, depende de meios de vigilância, monitorização e tratamento adequados (OE, 2018). Os cuidados de enfermagem, altamente qualificados, são prestados de forma contínua à pessoa/família e consistem na observação, colheita e recolha de dados de forma sistémica. Têm como objetivo conhecer, continuamente, a situação da pessoa/família, prevendo e detetando atempadamente as complicações. Ou seja, o enfermeiro especialista em EMC-PSC assegura uma intervenção eficiente e precisa em tempo útil (OE, 2018).

Com o presente relatório, através de uma metodologia reflexiva, pretende-se revisar as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, cimentando as competências desenvolvidas com incidência na PSC. Iremos, ainda, descrever o Projeto de Intervenção (PI), de acordo com a metodologia de trabalho de projeto elaborada por Ruivo et al. (2010), e como referencial teórico a Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner (Benner et al., 2011). Refletindo na referida teoria constata-se que o enfermeiro que presta cuidados à PSC deve ter a habilidade de pensar sobre a ação e adaptar o seu pensamento, de modo a agir de acordo com a complexidade das necessidades clínicas. Deste modo, esta adaptação na prática é determinante na continuidade dos cuidados prestados e na resolução eficaz de problemas, mobilizando conhecimentos e competências específicas (Benner et al., 2011 citado por Cunha, 2019).

Segundo Ruivo et al. (2010), a metodologia de projeto tem como objetivo primordial a resolução de problemas, consolidando o conhecimento teórico para posterior aplicação na prática. Assim, o PI foi desenvolvido durante o Estágio Final, que decorreu numa UCI CCT (durante 18 semanas compreendidas entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022) e emergiu resultante de uma necessidade identificada no local de estágio. A temática abordada é a comunicação eficaz, mais concretamente a utilização de uma metodologia estandardizada (metodologia ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations*) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a) na transição de cuidados com enfoque ao período pós-operatório. A transição de cuidados deve ser segura e sistematizada de modo a reduzir o risco de ocorrência de eventos adversos para o doente pois uma comunicação não eficaz leva a lacunas e/ou erros que podem causar danos ao doente. Cabe, assim, ao enfermeiro a importante tarefa de prevenir e diminuir a ocorrência de eventos adversos através da implementação de intervenções nesse sentido.

No local de estágio verificou-se que, durante a transição de cuidados, não era adotada uma metodologia padronizada e normalizada como preconizado na norma nº 001/2017 de 08/02/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS), “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, que recomenda da metodologia ISBAR durante a transição de cuidados, uniformizando-os e, conseqüentemente, diminuindo o risco de dano para o doente resultante de uma comunicação ineficaz (DGS, 2017a). Os momentos de transição de cuidados, que ocupam uma parte significativa do tempo dos profissionais de saúde, são momentos regularmente subvalorizados, apesar da sua forte influência na qualidade dos cuidados prestados e o risco inerente aos mesmos. Apurou-se, para os momentos de admissão do doente na UCI CCT após cirurgia cardíaca, a ausência de uma abordagem normalizada, sendo efetuada empiricamente,

influenciando a quantidade e qualidade da informação transmitida com eventuais erros, lacunas e omissões que poderão levar a consequências lesivas para o doente. A inexistência de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) relativamente a uma comunicação eficaz levou à sua elaboração, bem como de um instrumento padronizado relativo à admissão do doente após cirurgia cardiotorácica, com envolvimento da equipa de enfermagem na sua validação e construção, recolhendo os contributos através de *focus group*. Esta temática enquadra-se na área da qualidade, mais concretamente na segurança do doente, área com crescente preocupação.

Para a DGS (DGS, 2017a) a transição de cuidados deve corresponder a uma comunicação eficaz entre os elementos prestadores de cuidados, no que concerne à transferência de informação, promovendo a segurança do doente. Na transição de cuidados a comunicação deve, então, ser uniformizada, surgindo a metodologia ISBAR como ferramenta para tal (DGS, 2017a).

Assim, o principal objetivo do presente relatório de estágio é fazer uma análise e reflexão críticas sobre o percurso efetuado nomeadamente sobre as atividades desenvolvidas, relacionando-as com a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, quer as comuns quer as específicas de EMC-PSC, assim como competências de Mestre em Enfermagem. Como objetivos específicos realçam-se os seguintes: Caracterizar os contextos em que decorreram os estágios; descrever as etapas do PI desenvolvido; refletir sobre o processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

Com vista a alcançar os objetivos propostos o presente relatório está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo é efetuada a caracterização dos contextos de estágio, referindo aspetos relativos à instituição, à estrutura física do serviço, à sua dinâmica e recursos humanos. No segundo capítulo é abordado o PI, com descrição das várias etapas e metodologia adotada, e é também apresentado o referencial teórico selecionado para a realização do mesmo. Antes da exposição do PI, fez-se uma breve fundamentação teórica com a apresentação dos conceitos centrais ao mesmo. No terceiro capítulo é, então, feita uma reflexão, com base nas atividades desenvolvidas, em relação às competências comuns do Enfermeiro Especialista, às competências Específicas do Enfermeiro especialista em EMC-PSC e às competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com os objetivos do ciclo de estudos do curso frequentado. Posteriormente, na conclusão, é desenvolvida uma apreciação geral dos períodos de estágio, do PI desenvolvido e do processo de aquisição de competências.

O presente trabalho obedece às regras estabelecidas pelo Regulamento Académico da UE para a elaboração e entrega do relatório de estágio. Foi redigido de acordo com a 7ª Edição das

Normas *American Psychological Association* (APA) e com o acordo ortográfico da língua portuguesa em vigor (com exceção de citações diretas de autores).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS

Neste capítulo serão apresentados os contextos onde decorreram os dois estágios do curso de mestrado. O primeiro, denominado de Estágio à Pessoa em Situação Crítica, que decorreu num SUP e o segundo, denominado de Estágio Final, que decorreu numa UCI CCT.

1.1. ESTÁGIO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Este estágio, com a duração de seis semanas no período compreendido entre 17/05/2021 e 25/06/2021, teve lugar num SUP de um hospital da Região Sul de Portugal Continental. O hospital onde foi realizado o estágio mencionado tem como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (Hospital, 2021a, s/p).

Numa primeira instância é premente classificar o SUP: nível mais diversificado de resposta clínica em contexto de Urgência e Emergência. Pressupõe a existência de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação em gestão integrada (Ministério da Saúde, 2014), o que se verifica do SUP onde foi realizado o estágio. Para além dos recursos referentes às urgências médico-cirúrgicas, os SUP dispõem ainda de respostas específicas nas áreas clínicas: “neurocirurgia; imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo cardíaco/Angioplastia; Pneumologia; Gastrenterologia; Cirurgia Cardiotorácica; Cirurgia Plástica e Reconstrutiva; Cirurgia Maxilo-facial; Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

O SUP deste hospital é um serviço multidisciplinar e multiprofissional e integra o Departamento de Urgência/Emergência. Tem como missão a observação, o tratamento e encaminhamento de doentes emergentes, muito urgentes e urgentes baseando-se na prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil.

Com o aparecimento da pandemia que assolou o mundo (*Coronavirus Disease [COVID-19]*) houve a necessidade de ajuste do espaço físico existente bem como a criação de novos espaços para dar resposta à circulação e encaminhamento de doentes. No momento da realização do estágio, o SUP era constituído pelos seguintes espaços físicos:

- Sala de pré-triagem: onde é feito o questionário epidemiológico e o encaminhamento entre um dos dois circuitos existentes (COVID e não-COVID);

- Sala de admissão/espera: onde é feita a inscrição administrativa de doentes sem suspeita de COVID; os doentes aguardam na sala de espera a chamada para a sala de triagem. Esta sala comunica com a sala de triagem e com o corredor do SUP;
- Sala de triagem: onde os doentes sem suspeita de COVID são triados utilizando o sistema de Triagem de Manchester;
- Corredor: elo de ligação dos vários compartimentos do SUP;
- Balcão Homens: onde são observados indivíduos do sexo masculino com patologias do foro médico-cirúrgico;
- Balcão Mulheres: onde são observados indivíduos do sexo feminino com patologias do foro médico-cirúrgico;
- Sala de Monitorização: cinco macas para doentes que necessitem de maior vigilância por um período de tempo previsivelmente curto (24h). Existe ainda uma vaga para doentes que necessitem de administração de hemoderivados e da vigilância que tal procedimento acarreta;
- Sala de pequena cirurgia: onde são observados doentes com patologias do foro cirúrgico que careçam de tratamento (exemplo: feridas) e sem necessidade de permanência para vigilância e/ou monitorização;
- Sala de Ortopedia: onde são observados doentes com patologias do foro ortopédico que careçam de tratamento (exemplo: colocação de tala gessada);
- Sala de emergência (também conhecida por sala de diretos): há uma receção imediata da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de saúde, na qual a equipa de enfermagem assume um papel fundamental;
- Serviço de Observação (SO): oito camas onde ficam internados doentes cuja instabilidade não permite internamento em enfermaria, mas que ainda não carecem de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI);
- Área Dedicada para Doentes Respiratórios (ADR): onde são observados os doentes com suspeita de COVID-19;
- Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM): unidade de cuidados intermédios nível I constituída por cinco camas e dois quartos de isolamento. Os cuidados são prestados por elementos da equipa de enfermagem do SUP.

O serviço sofreu inúmeras alterações ao espaço físico, com a criação de novas áreas/postos de trabalho, na tentativa de criar melhores condições de trabalho aos profissionais durante a prestação de cuidados e melhores condições de atendimento aos doentes que recorrem ao SUP durante o período pandémico.

Relativamente à equipa de enfermagem esta era constituída, no momento da realização do estágio, por oitenta elementos distribuídos por equipas, orientada pelo enfermeiro chefe, especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, responsável pela gestão do serviço. Existiam um total de dezassete enfermeiros especialistas, dos quais dez da área de especialização em EMC-PSC. Devido à pandemia houve uma melhor perceção da escassez de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, pelo que a equipa de enfermagem deste serviço foi reforçada com novos elementos, alguns mobilizados de outros serviços e outros recém-contratados.

Em cada turno são distribuídos enfermeiros pelos vários postos de trabalho, sendo que apenas o SO, UCIM e ADR têm mais do que um elemento por turno. Em cada turno existe ainda um enfermeiro que assume o papel de responsável de turno, gerindo a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, e quando necessário, gere também equipamentos, material clínico e farmacêutico. Este enfermeiro assume ainda o posto da sala de emergência pelo qual fica responsável.

1.2. ESTÁGIO FINAL

Tal como foi referido anteriormente o estágio, com a duração de dezoito semanas no período compreendido entre 13/09/2021 e 28/01/2022, teve lugar na UCI CCT de um hospital situado na região de Lisboa e Vale do Tejo, pertencendo a um Centro Hospitalar da referida região. Este Centro Hospitalar apresenta como missão

“a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas” (Hospital, 2021b, s/p).

O hospital no qual se realizou o estágio foi criado com o intuito de suprir as necessidades sentidas em Portugal relativamente a procedimentos particularmente diferenciados nas áreas da cardiologia e da nefrologia.

Assim, o hospital é planeado a partir destas especialidades, sob a direção de personalidades de referência, distinguindo-se na técnica e inovação tecnológica.

A UCI CCT é um local onde se presta cuidados particularmente diferenciados, munido de recursos humanos e materiais sofisticados que asseguram a excelência na resposta aos doentes em situação crítica e suas famílias.

Esta Unidade admite doentes provenientes do Bloco Operatório (BO), do serviço de hemodinâmica, do serviço de cirurgia cardiotorácica (por complicações no pós-operatório tardio com necessidade de cuidados intensivos), do serviço de cardiologia ou referenciados de outras instituições por necessidade de intervenção do foro cardíaco. Deste modo, a população-alvo dos cuidados prestados nesta UCI abrange doentes de várias, estando frequentemente relacionada com a cirurgia valvular, cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia por cardiopatia congénita, transplante cardíaco, entre outras.

Verifica-se que a maioria dos doentes admitidos na UCI CCT é proveniente do BO. Regra geral, se o procedimento cirúrgico for linear e se não se verificarem complicações no pós-operatório, os doentes permanecem na UCI entre 48 e 72 horas, sendo posteriormente transferidos para a unidade de cuidados intermédios ou enfermaria.

Na UCI CCT existem duas áreas de intervenção, a do doente adulto e a da criança/jovem submetidos a cirurgia cardíaca. Na área de intervenção do adulto existem dez camas para o efeito, distribuídas por duas salas:

- Sala azul com cinco camas;
- Sala bege com cinco camas (quatro delas em quartos de isolamento, sendo um destinado a isolamento protetor para doentes submetidos a transplante cardíaco).

Na área de intervenção à criança/jovem submetida a cirurgia cardíaca existem três camas inseridas no espaço físico da sala bege.

Estas unidades estão equipadas com o material e equipamento próprios de uma UCI CCT. Cada uma das salas tem um carro de urgência, devidamente equipado com monitor desfibrilhador, gerador de pacemaker e um kit de esternotomia, de modo a ser possível uma atuação eficaz em emergência.

Relativamente aos recursos humanos, esta Unidade contava, no momento da realização do estágio, com uma equipa médica de cirurgia (um diretor de serviço, onze cirurgiões cardiotorácicos e quatro médicos internos de cirurgia cardiotorácica) e uma equipa médica de Cardiologia Pediátrica (um diretor de serviço, sete médicos especialistas, sete médicos internos de cardiologia pediátrica). Está sempre um cirurgião de serviço para dar apoio na UCI e no serviço de Cirurgia Cardiotorácica, bem como uma equipa de prevenção, que é contactada em caso de urgência.

A equipa de enfermagem era constituída, no momento da realização do estágio, por sessenta elementos onde se incluem uma enfermeira gestora, uma enfermeira coordenadora, duas enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação (dedicam-se exclusivamente ao cuidados de reabilitação, nomeadamente cinesiterapia respiratória), catorze enfermeiros

especialistas (das áreas de enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem de saúde mental e enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica) e quarenta e dois enfermeiros de cuidados gerais. O método de trabalho instituído é o método individual de trabalho, onde cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados a serem prestados ao doente e família que lhe é atribuído em cada turno. O plano de trabalho é elaborado diariamente, tendo em consideração o tipo de doentes e a perícia que cada elemento detém. O rácio de enfermagem é de um enfermeiro para um ou dois doentes, consoante o estado clínico dos mesmos e as especificidades do serviço naquele momento. Em situações mais específicas, como é o caso do doente pediátrico e doente submetido a transplante cardíaco, o rácio de enfermagem é de um enfermeiro para um doente.

Para além destas equipas fixas, o serviço conta também com o apoio da equipa de anestesia, nefrologia, um consultor intensivista e, sempre que solicitado, de todas as outras especialidades existentes no Centro Hospitalar. Constituem ainda parte da equipa onze assistentes operacionais, uma assistente técnica, uma nutricionista, uma assistente social, uma farmacêutica, uma técnica de farmácia, copeira e os elementos da brigada de limpeza.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A metodologia de projeto foca a sua atuação na resolução de problemas, criando a ligação entre teoria e prática (Ruivo et al., 2010).

Na atualidade, a segurança do doente é uma problemática bastante debatida, o que tem levado a investimentos nessa área e ao surgimento de temas como a comunicação eficaz e transição de cuidados. É fundamental o desenvolvimento de estratégias e sua implementação, no sentido de reunir esforços de modo a aumentar ganhos em saúde e alcançar indicadores de qualidade. Assim, o planeamento em saúde estabelece-se como orientador na implementação de medidas, como é o caso da utilização da técnica ISBAR definida pela DGS. Segundo Ruivo et al. (2010) o planeamento em saúde é definido como o agilizar do uso de recursos para alcançar os objetivos estabelecidos, reduzindo problemáticas prioritárias por meio da articulação entre vários setores. Estes autores acrescentam, ainda, que o planeamento em saúde impulsiona a aquisição de conhecimentos e de competências no âmbito da elaboração de projetos reais (Ruivo et al., 2010). É um processo contínuo, flexível e dinâmico, não se encarando cada etapa como completamente concluída (Ruivo et al., 2010).

Dotado de um conhecimento aprofundado num domínio, competências clínicas especializadas, elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, espera-se que o enfermeiro especialista apresente uma boa gestão e coopere em programas de melhoria contínua (OE, 2018). Pertence, assim, ao enfermeiro especialista, garantir uma eficácia máxima no que concerne à organização dos cuidados de enfermagem especializados. Para tal, é de suma importância a vigência de uma política de formação contínua, que promova o desenvolvimento profissional e a qualidade da intervenção especializada (OE, 2018).

Um fator de extrema importância para a qualidade em saúde é a segurança do doente, que foi introduzida na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, surgindo plasmada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, publicado em Diário da República no Despacho nº9390/2021 de 24 de setembro de 2021 (Ministério da Saúde, 2021). Um dos objetivos estratégicos deste plano, é o aumento da segurança na comunicação, sendo esta um pilar fundamental para a segurança do doente, essencialmente nos momentos de transição de cuidados, que são “situações vulneráveis para o doente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde” (DGS, 2017a, p.5).

A elaboração de um PI, através da identificação de um problema real com posterior aferição

de estratégias e intervenções que minimizem ou resolvam o problema identificado, possibilita dar resposta a estes pressupostos (Ruivo et al., 2010). Foi concebida a elaboração e implementação de um PI dirigido para a área da qualidade na segurança dos cuidados, tendo como foco principal a Comunicação Eficaz na transição de cuidados dos doentes admitidos na UCI CCT no período pós-operatório, com recurso à metodologia ISBAR. Deste modo, adota-se, como linha orientadora deste PI, a metodologia de projeto, que contempla as seguintes fases “(...) elaboração do diagnóstico de situação, planificação das actividades, meios e estratégias; execução das actividades planeadas; avaliação; divulgação dos resultados obtidos” (Ruivo et al., 2010, p.5). Considera-se, ainda, imprescindível fundamentar teoricamente a referida intervenção.

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na área da saúde, a comunicação e a sua importância têm, nas últimas décadas, sido alvo de estudo. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta-a como fulcral na qualidade da segurança na prestação dos cuidados (Santos et al., 2010 citado por Ferreira et al., 2018). A segurança do doente é, atualmente, alvo de progressiva preocupação e atenção por parte de organizações a nível mundial. Em Portugal, essa atenção está plasmada no PNSD 2021-2026 onde estão definidos objetivos estratégicos e metas a atingir em vários pilares, sendo um deles a comunicação.

Para que o risco de eventos que causam dano desnecessário para o doente seja reduzido a um mínimo aceitável é necessário considerar os recursos disponíveis, assim como o conhecimento existente e o contexto de prestação de cuidados (DGS, 2017a). Internacionalmente, a principal causa de eventos adversos são as falhas de comunicação, “até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente” (DGS, 2017a, p.5).

A transição de cuidados refere-se a qualquer momento da prestação de cuidados em que há transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre quem presta os cuidados, com o propósito de assegurar a sua continuidade e segurança (DGS, 2017a). São momentos delicados para a segurança do doente devido à complexidade da informação que comportam envolvendo um acrescido risco de erro na passagem de informação, são exemplos as passagens de turno, as admissões e as altas quer para o domicílio quer para outro serviço ou instituição (DGS, 2017a). Ferreira et al. (2020) referem que falhas de comunicação na prestação de cuidados podem ter repercussões originando eventos adversos que podem resultar em erros

relacionados com preparação e administração de terapêutica, atrasos no tratamento, infeções hospitalares e quedas nos doentes. Quando o enfermeiro possui a história clínica correta do doente, fica com maior capacidade para poder intervir junto do mesmo, reduzindo o risco e prevenindo erros durante a prestação de cuidados e na transmissão de informação (Birmingham et al., 2015). Durante a transição de cuidados, as constantes interrupções são identificadas como uma das principais causas para lacunas na informação entre os profissionais de saúde (Ferreira et al., 2020). Durante estes momentos os principais erros decorrem da transferência de informações incompletas, imprecisas ou irrelevantes, bem como omissão de informações quando a transição não é efetuada face a face (Colvin et al., 2016).

De acordo com um estudo observacional, foram detetados 30% de falhas/erros durante a comunicação num momento de transição de cuidados em que um terço comprometia a segurança do doente (Randmaa, 2016). Na norma nº001/2017 da DGS é referido, em Portugal, “(...) um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde” (DGS, 2017a, p.5).

No que concerne ao doente crítico, as questões relacionadas com a comunicação e, conseqüentemente, com a transição de cuidados têm maior significância, pois a PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE 2018, p.19362). A PSC é aquela que mais vezes é submetida a transferências intra e interhospitalares e, portanto, existem inúmeros momentos de passagem de informação entre profissionais (Santos & Ferrão, 2015). A transição de cuidados do doente crítico do BO para UCI é um procedimento rotineiro em grande parte dos hospitais pelo que não deve ser descurada pois, a segurança do doente está dependente de uma comunicação eficaz com informação completa sobre aspetos relevantes (Dusse et al, 2021).

Na demanda de uma comunicação eficaz na transição de cuidados, e considerando o doente crítico, verifica-se a existência de vários estudos sobre a temática. Comprova-se que a padronização (com recurso a um instrumento adaptado à realidade e aos vários contextos) do processo de transferência de cuidados, conduz à redução dos riscos incrementando a segurança do doente (Graan et al., 2015). Pelo mundo têm sido criados vários procedimentos normalizados para a transição de cuidados, surgindo os instrumentos padronizados. Nos Estados Unidos da América foi criada a mnemónica SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendations*), desenvolvida na Marinha Nuclear e posteriormente adaptada para os cuidados de saúde (Nagammal et al., 2016). Esta metodologia, especificamente em situações emergentes,

aumentou a satisfação das equipas de enfermagem e permitiu a definição de objetivos de tratamento com articulação com a equipa médica, minorando a ocorrência de erros (Santos & Ferrão, 2015). Paralelamente têm vindo à tona outras mnemónicas como é o caso da já referida metodologia ISBAR e da metodologia ISOBAR (*Identification, Situation, Observation, Background, Assessment, Recommendations*), cuja base de pensamento é igual à da metodologia SBAR, contemplando as mesmas necessidades e exigências (Muller, et al., 2018).

No PNSD a comunicação é contemplada como um dos pilares que requerem intervenção pelo que foram definidas metas a atingir com objetivos estratégicos delineados e proposta de ações como atualização dos normativos na transição de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

Previamente, em 2017 foi elaborada pela DGS uma norma sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados. Nessa norma é referido que a transição de cuidados deve ser normalizada com recurso à técnica ISBAR, que deve ser aplicada em todos os níveis de prestação de cuidados em que haja a sua transição (DGS, 2017a). De acordo com a DGS (2017a), a transmissão de informação entre profissionais de saúde “deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados” (DGS, 2017a, p.1) e os profissionais de saúde devem estar devidamente identificados (DGS, 2017a). A DGS indica, ainda, que as transições de cuidados devem seguir o exemplo anexo da referida norma, que elucida sobre técnica ISBAR (Anexo 1) (DGS, 2017a).

A temática elegida para a realização do PI recaiu sobre a segurança da comunicação na transição de cuidados, o qual se intitulou de “Transição de cuidados na admissão do doente crítico após cirurgia cardiotorácica numa Unidade de Cuidados Intensivos”. Este PI tem como pedra basilar melhorar o processo de comunicação na transição de cuidados, atendendo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde é referido que “(...) o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2017, p.12).

Os momentos de transição de cuidados são considerados, de forma consensual, críticos, pelo que podem levar ao compromisso da segurança do doente (DGS, 2017a). Tal como já foi mencionado, a padronização da transição de cuidados de saúde é aceite como tendo a capacidade de promover a segurança do doente. A metodologia ISBAR é a metodologia recomendada por várias organizações de saúde pela sua fácil memorização pelos profissionais e a possibilidade de adaptação em diferentes contextos e por ser uma “metodologia

padronizada, simples, flexível, concisa, e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017a, p.6).

A PSC numa UCI CCT, serviço para o qual o PI foi estruturado e delineado, devido à sua especificidade e complexidade está em especial risco de a informação relevante não ser utilizada atempadamente ou de perda da mesma. Considerando que os enfermeiros são os elementos da equipa multidisciplinar que estão mais próximos e presentes para a PSC, é imprescindível que tenham acesso a informação clínica concreta, fiável e de forma atempada para a prestação de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018, p.19362). Considerando o contexto clínico da implementação deste PI, em conjunto com o enquadramento teórico apresentado, assente nas competências do Enfermeiro Especialista (comuns e específicas), cremos que o presente PI é pertinente e com relevância para a melhoria da segurança do doente.

2.1.1. Referencial teórico

O recurso a um aporte teórico é fulcral e “(...) a utilização de teorias de enfermagem é de grande relevância no que diz respeito à fundamentação da prática, pois proporciona a valorização do corpo de conhecimento da profissão e a relação deste com a atuação do enfermeiro” (Medeiros et al., 2015, p.519). Apesar deste PI poder ser enquadrado em várias teorias de médio alcance, após alguma análise elegemos a Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner como base conceptual pela sua adaptação inequívoca ao doente crítico.

Benner (2001) refere que «o saber que» possibilita que o indivíduo construa relações de causa entre acontecimentos e «o saber como» remete para a aquisição de competências que facultem ao indivíduo o conhecimento com base na experiência prática, permitindo-o desenvolver novos saberes. Enfatiza ainda que a teoria advém da prática (mais complexa e com mais realidades) e que esta é modificada pela teoria. A sua teoria serviu como pedra basilar para este trabalho, pois só um enfermeiro detentor de determinado nível de experiência profissional poderá olhar para questões como a segurança do doente (Benner, 2001).

Segundo a teórica, existem cinco níveis de obtenção e evolução de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. É importante frisar que o enfermeiro perito tem competências que lhe conferem um domínio intuitivo da situação e o

capacitam para a identificação da origem da situação, identifica as necessidades do doente e as intervenções para essas necessidades.

A Teoria da Sabedoria Clínica tem por base dois alicerces essenciais que orientam a forma de pensar do enfermeiro quando identifica um problema pertinente: pensamento em ação e raciocínio em transição. O foco desta teoria é o pensar em ação, o que permite desenvolver competências especializadas na prática de cuidados críticos e intensivos. O pensamento em ação procura a identificação do problema, gestão do problema através do desenvolvimento de estratégias e intervenção clínica. Menciona ainda que o conhecimento e experiências adquiridos previamente possibilitam ao enfermeiro iniciado desenvolver o pensamento em ação para atingir o nível de perito. Esta teoria providencia uma explicação teórica relativamente aos enfermeiros peritos que exercem funções em ambientes agudos e críticos e que conseguem trabalhar, com base num processo sistémico, resolvendo problemas em cenários de enorme complexidade. O enfermeiro tem a capacidade de compreender as alterações que vão sucedendo em determinada situação e intervêm em conformidade (Benner et al., 2011). Benner et al. (2011) contemplam que para se atingir o nível de perito, através de uma prática reflexiva e julgamento clínico apropriado, é crucial desenvolver nove habilidades que vão do ser ao pensar como enfermeiro: desenvolver a capacidade para estabelecer prioridades; adquirir conhecimentos e aplicá-los na prática; capacidade de raciocínio numa situação clínica em evolução; conhecimento qualificado; capacidade de resposta face à situação baseada em experiências anteriores; capacidade e responsabilidade de agir ou influenciar uma situação; perspicácia na relação interpessoal com o utente e a família; integração de princípios éticos na prática; e o desenvolvimento de imaginação clínica. Podemos, aqui, fazer uma ponte entre enfermeiro perito e enfermeiro especialista.

Na sequência da sua investigação, Benner identificou nove domínios da prática de enfermagem, que demonstram aspetos referentes ao julgamento clínico, conhecimento clínico e habilidades dos enfermeiros nos cuidados aos doentes agudos e críticos. Os nove domínios no exercício de enfermagem são: diagnóstico e monitorização de funções vitais que suportam a existência do utente instável; o know-how capaz para gerir uma situação de crise; promoção de medidas de conforto e bem-estar para o utente em situação crítica; cuidado à família do utente; prevenção de acidentes originários da envolvência da tecnologia; cuidado e tomada de decisão no utente em fase terminal; discussão sobre a situação clínica e melhoria do trabalho entre a equipa multidisciplinar; fomentar a segurança do utente com supervisão da qualidade e gestão dos erros; o know-how habilitado da orientação clínica e moral, bem como o ensino e a supervisão clínica (Benner et al., 2011). Através da análise de domínios de enfermagem

propostos por Benner et al. (2011) pode deduzir-se que o enfermeiro perito deve dispor de um saber clínico consistente que é alcançado por um sistema dinâmico de obtenção de competências; que procura atender às necessidades do doente crítico, com a sua imprevisibilidade intrínseca e na qual deve deter uma abordagem onde prevalece a segurança e a aplicação de medidas eficazes.

Com base nas mesmas autoras, a prática de enfermagem em cuidados agudos e intensivos é extremamente desafiadora e exige um rápido julgamento de modo a dar respostas atempadas em situações de risco de vida em que a margem para erro é reduzida (Benner et al., 2011) pois a instabilidade hemodinâmica e a tecnologia envolventes requerem uma boa capacidade de diagnóstico e de gestão de situações difíceis. O enfermeiro perito visualiza a situação como um todo, recorrendo a experiências complexas já ultrapassadas para ir diretamente ao cerne do problema [Dreyfus & Dreyfus (1981) citado por Benner (2001)].

No que concerne à sabedoria clínica, a autora alega que o profissional de saúde experiente não usa o processo de enfermagem linearmente, adotando todas as etapas em simultâneo nas situações críticas.

Sintetizando, a teoria de Benner tem por base o julgamento crítico e o desenvolvimento de aptidões e competências que surgem das experiências pessoais, possibilitando ao enfermeiro identificar e definir planos de intervenção na prática dos cuidados com o objetivo de responder às necessidades reconhecidas, bem como antecipar e precaver possíveis complicações.

Considerando a linha de estudo onde o PI se insere, os domínios pressupostos pela teoria encontram-se integrados na sua fundamentação centrada na Comunicação Eficaz como elemento vital para a segurança do doente.

2.1.2. Segurança em Saúde

Atualmente, a segurança do doente é uma área que detém a atenção dos cuidados de saúde e pode ser definida como a redução do risco, de qualquer dano desnecessário relacionado com os cuidados de saúde, ao mínimo aceitável que "(...) é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro" (DGS, 2017a, p.4). Podemos, então, apurar que existe a impossibilidade da eliminação total do erro nos cuidados de saúde. Interessa definir evento adverso como um acontecimento que afeta um doente com dano para o mesmo (Lima et al, 2018).

Na literatura encontramos que entre 8-12% dos doentes internados sofrem eventos adversos

durante os cuidados a que são submetidos (Lima et al., 2018), o que pode implicar consequências éticas e legais aos profissionais de saúde pelo compromisso da segurança do doente (Silva & Rodrigues, 2016). Podemos salientar que os enfermeiros são o grupo profissional que mais presta cuidados diretos ao doente e, por isso, estão numa “(...) posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos” (Silva et al., 2016, p.293). Assim, os enfermeiros exercem um papel fundamental na segurança do doente.

A OE, através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2017) e do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Diário da República, 2015b), ressalva a importância da qualidade em saúde e enaltece o Enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em EMC-PSC, perante a exigência cada vez maior de padrões de qualidade em saúde e ao aumento da complexidade das problemáticas em saúde (Diário da República, 2015b). A segurança do doente está relacionada com a qualidade dos cuidados e com a satisfação do doente pelo que requer a atenção das organizações de saúde na medida em que estas devem implementar medidas que previnam ou reduzam a ocorrência de eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde (Ferreira et al., 2018).

2.1.3. Transição dos Cuidados de Saúde

Para uma prestação de cuidados em segurança é fundamental a transição de cuidados de saúde pois “(...) assegura a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, num momento de análise das práticas e de formação em serviço” (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2014, p.13). Um elemento vital na segurança do doente é uma transição de cuidados segura, que pressupõe uma comunicação clara, eficaz “(...) oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017a, p.4), permitindo que o profissional de saúde seguinte tenha uma visão global do estado clínico do doente e de todo o plano de cuidados estabelecido, facilitando a organização e realização dos cuidados. Os erros e/ou falhas de comunicação que podem ocorrer durante a transição de cuidados são dos principais fatores que podem colocar em causa a segurança dos doentes.

Durante a transição de cuidados existem vários fatores que podem influenciar a sua eficácia tais como a escassez de tempo, ambiente inadequado, interrupções e fazer várias tarefas ao mesmo tempo (Dusse et al., 2021).

Dusse et al. (2021) fizeram um estudo que demonstrou que a transmissão de informações não estruturada durante a transição de cuidados em doentes de UCI tem défices consideráveis. Assim, é reforçada a importância de uma comunicação estruturada durante a transição de cuidados de saúde.

Como foi previamente referido, os momentos de transição de cuidados são integrantes de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade e estão sujeitos ao enquadramento normativo, ético e deontológico associado às diferentes profissões.

2.1.4. Comunicação Eficaz

A comunicação é um processo inerente ao ser humano sendo imperiosa para a sua evolução humanista, cultural e intelectual (Paes & Maftum, 2013 citado por Mendes et al., 2020). É através dela que os indivíduos interagem entre si e com o ambiente onde se inserem, sendo o elo mais importante da evolução humana. É uma prática social que resulta da interação entre seres humanos, sendo expressa através da fala (comunicação verbal), escrita, símbolos, gestos ou toques (comunicação não verbal) ocorrendo assim, a emissão, receção e compreensão das mensagens [Fermio & Carvalho (2007) citado por Coriolano-Marinus et al. (2014)]. Permite ainda que os indivíduos manifestem, repartam e troquem, sentimentos e emoções. É crucial “não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós” (Phaneuf, 2005, p.22), sendo que “comunicar, é estar em relação com um outro, mantendo-se em relação consigo próprio” (Phaneuf, 2005, p.22).

A comunicação representa um pilar para o ser humano, sendo também essencial nos cuidados de saúde, não só na partilha de informação, mas também como um instrumento terapêutico essencial, permitindo aos enfermeiros, durante a prestação de cuidados, compreender a personalidade e o contexto em que o doente se insere.

De acordo com Almeida (2019, p.43) a “comunicação em saúde, ao nível interpessoal, grupal, societal e mediático, permite a transmissão de mensagens verbais e não-verbais com vista à sua compreensão pelos envolvidos e a uma conseqüente ação promotora de saúde”. Segundo Mendes et al. (2020) a comunicação é imprescindível no exercício da enfermagem, pois influencia a prática dos cuidados e a sua humanização, a partilha de informação entre a equipa multidisciplinar e entre o enfermeiro/doente/família de modo a diminuir a ocorrência de erros e, conseqüentemente, promover a segurança dos intervenientes. Considera-se que num processo de comunicação em saúde, concretamente na interação entre enfermeiro e doente,

devem ser fundamentadas as expectativas dos intervenientes de modo a obter resultados que promovam a ação com o objetivo de obter melhores resultados de saúde (Almeida, 2019).

Num processo comunicacional a mensagem pode ser alterada devido a vários fatores: ruído, barreiras linguísticas, interrupções, diferentes perceções, atitudes e emoções. A Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como sendo “um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo para tal a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face ou utilizado meios tecnológicos, como por exemplo o telefone ou o computador” (OE, 2016). A maioria das intervenções de enfermagem tem como base a comunicação com o doente que deve ser explícita, oportuna, apropriada e completa sem ambiguidade e no momento certo de forma a ser entendida pelo recetor (DGS, 2017a). Para a segurança do doente é fundamental a promoção de cuidados de qualidade que previnam ou minimizem os erros evitáveis em saúde, mesmo em ambientes complexos onde os enfermeiros executam a sua prática (Müller et al., 2018). A comunicação ineficaz é particularmente significativa em ambientes onde é imperiosa uma gestão rápida e eficaz, tal como o serviço de urgência, o período pré-operatório e a UCI pois os processos de comunicação são complexos e, conseqüentemente, dispostos a erros (Müller et al., 2018).

Na tentativa de aperfeiçoar a passagem de informação dos doentes, a The Joint Commission preconizou a padronização da passagem de informação, pois minimiza a perda de informação essencial e promove a continuidade dos cuidados (The Joint Commission, 2017). Neste sentido, considerando a importância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados para a segurança do doente, em 2017 a DGS formulou a norma nº001/2017 (Anexo 2). Tem como objetivo central a normalização de boas práticas para uma comunicação eficaz nomeadamente na transição de cuidados de saúde, proporcionando uma comunicação precisa e oportuna de modo a minorar lacunas e erros, diminuindo, assim, a mortalidade (DGS, 2017a). Esta norma apresenta a técnica ISBAR que tem como intuito a normalização da comunicação na transferência de informação entre as equipas de maneira a promover a segurança do doente (DGS, 2017a).

A comunicação é essencial na prestação e continuidade de cuidados e pode ser definida como “(...) um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (Phaneuf, 2005, p.23). A comunicação assume um lugar de destaque na área da saúde visto que é parte integrante do processo de enfermagem, nomeadamente do plano de cuidados. A eficácia da comunicação é fulcral no processo de troca de informação pois esta

“(…) é muitas vezes informal, desorganizada e variável, com uma série de barreiras a uma comunicação eficaz. As interrupções frequentes, a hierarquia organizacional de cuidados de saúde, não eficiências no *handover*, sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são alguns dos obstáculos relatados nos estudos, que influenciam a eficácia da comunicação em saúde” (Brás & Ferreira, 2016, p.573).

As falhas na comunicação, nos dias de hoje, são uma das principais causas de eventos adversos na área da saúde. “A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente” (DGS, 2017a, p.5). Generalizando, podemos salientar que para garantir a segurança do doente é imprescindível uma boa comunicação entre os elementos constituintes da equipa multidisciplinar pois “ A comunicação é o alicerce para uma equipa eficaz e eficiente (…)” (Ferreira et al., 2020, p.43).

2.1.5. ISBAR

De acordo com Tranquada (2013, p.22),

“(…) os problemas com as passagens de informação são causados pela falta de linhas orientadoras claras e concisas, pela forma como os profissionais de saúde são educados, ou não (em treino de equipa e capacidades de comunicação), pela falta de bons modelos de desempenho e por um sistema de saúde que promove e recompensa a autonomia e desempenho individual”.

Existem ainda outras falhas na comunicação relativamente ao processo de transição de cuidados, nomeadamente “(…) omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades” (DGS, 2017a, p.5), e também a falta de uma metodologia de comunicação estandardizada (Stewart, 2016). A incidência de eventos adversos subsequentes a uma comunicação ineficaz tem consequências lesivas para a segurança do doente, pelo que têm sido implementados instrumentos de padronização da comunicação pretendendo a sua uniformização. Destes, a metodologia ISBAR é recomendada pela sua “(…) fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017a, p.6). Apresenta como vantagem o facto de contribuir como “(…) auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal” (DGS, 2017a, p.4).

De acordo com a circular normativa nº001/2017 da DGS, ISBAR equivale a:

“Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente” (DGS, 2017a, p.4).

Segundo alguns estudos, a implementação desta metodologia possibilitou uma melhoria na comunicação entre profissionais, promovendo a segurança e reduzindo os incidentes (Randmaa et al., 2016). Ainda como vantagens desta metodologia podemos realçar que esta “(...) contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais” (DGS, 2017a, p.6). A metodologia ISBAR “(...) fornece estrutura para a comunicação entre os profissionais a respeito da situação e da condição do paciente, e permite que os profissionais antecipem os próximos passos e alterem o seu modelo mental, se necessário” (Nogueira & Rodrigues, 2015, p.639).

A DGS define a mnemónica ISBAR como a “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017a, p.4). Esta técnica constitui-se como um auxiliar de memória, que permite memorizar construções complexas, utilizadas no decurso da transição de cuidados (DGS, 2017a). A DGS (2017a) defende que o uso desta metodologia possibilita uma melhor memorização dos profissionais sobre a informação do doente, podendo proporcionar melhores cuidados ao mesmo, por ser uma técnica “simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017a, p.6). Promove o pensamento crítico dos profissionais que participam na transição de cuidados, o processo de tomada de decisão e a redução do tempo da transição de cuidados, o que proporciona uma integração célere de novos profissionais, diminui o risco de erros devido a uma má comunicação, melhorando a segurança do doente (DGS, 2017a).

A nível internacional várias organizações e entidades recomendam a metodologia ISBAR como ferramenta para uma comunicação normalizada na transferência de informação. No Anexo 1 é possível observar o modelo explicativo da técnica ISBAR. É uma metodologia que “fornece estrutura para a comunicação entre os profissionais a respeito da situação e da

condição do paciente, e permite que os profissionais antecipem os próximos passos e alterem o seu modelo mental, se necessário” (Nogueira & Rodrigues, 2015). Segundo Figueiredo et al. (2019), a metodologia ISBAR é considerada eficaz na padronização dos diferentes modos de comunicação, pois reduz a probabilidade de ocorrência de erros e lacunas, promovendo a segurança do doente em situação de transição de cuidados.

2.2. ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Neste subcapítulo serão, então, descritas as etapas do PI intitulado de “Transição de cuidados na admissão do doente crítico após cirurgia cardiotorácica numa Unidade de Cuidados Intensivos”, de acordo com a metodologia de projeto, bem como as atividades desenvolvidas ao longo das mesmas com vista à sua implementação.

2.2.1. Diagnóstico de Situação

A metodologia de planeamento em saúde tem como primeira etapa o diagnóstico de situação. É nesta fase que deve ser feita uma análise fundamentada e ter em conta as necessidades da população alvo de modo a “desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis” (Ruivo et al., 2010, p.10), encorajando o trabalho de equipa entre os vários membros da equipa multidisciplinar de forma a “promover a capacidade, motivação e autonomia da população” (Ruivo et al., 2010, p.10). É uma etapa dinâmica pois a realidade pode sofrer alterações bem como as instituições de saúde e os seus serviços, pelo que é vital caracterizar a situação continuamente, aperfeiçoando o ponto de partida, em vez de ter um ponto de partida fixo (Ruivo et al., 2010). Sucintamente, nesta etapa “definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes” (Ruivo et al., 2010, p.11). O problema “constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projecto” (Ruivo et al., 2010, p.12).

A identificação do problema foi feita devido, em parte, à observação de um incidente crítico na admissão do doente após intervenção cirúrgica devido a falhas na comunicação que poderiam ter resultado em eventos adversos graves para o doente. Esta é uma temática bastante atual e o serviço ainda não implementou a técnica definida pela DGS, assim, ainda existem algumas lacunas acerca da norma da DGS, pela equipa de enfermagem.

Assim sendo, relativamente à necessidade identificada, foi utilizada como instrumento de

diagnóstico, para além da entrevista não estruturada e exploratória com a enfermeira e alguns elementos do serviço, designadamente os enfermeiros especialistas e peritos, e, da observação direta, complementando ainda com a análise SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities e Threats*), representada na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise SWOT

Internos (Serviço)	Forças	Fraquezas
	<ul style="list-style-type: none"> - Temática pertinente no serviço; - Equipa dinâmica e proativa; - Elementos recentes no serviço e motivados; - Problemática relacionada com a segurança do doente; - Melhoria da prestação de cuidados com prevenção de eventos adversos, relacionados com a comunicação ineficaz; - Ausência de norma relativa à comunicação eficaz; - Abertura do serviço à introdução de novos projetos; - Inexistência de custos associados à implementação do projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada carga e complexidade de cuidados; - Sobrecarga horária; - Hábitos de transmissão de informação já enraizados; - Ausência de NOC sobre o tema.
Externos (Ambiente)	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da comunicação entre a equipa multidisciplinar; - Tema inserido no Plano Nacional de Segurança e de Saúde do Doente; - Temática inserida nos padrões de qualidade de enfermagem; - Melhoria das boas práticas, no que concerne à comunicação nos momentos de transição de cuidados: - Existência de norma da DGS; - Processo de acreditação do hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condições políticas atuais, que podem comprometer os recursos humanos disponíveis e orçamentos; - Pandemia com influência na afetação e organização dos recursos humanos na instituição; - Resistência da equipa à mudança nas rotinas estabelecidas e comportamentos.

Autor: o próprio

É um instrumento utilizado na análise de diagnóstico e de utilidade inegável pois permite fazer uma reflexão face aos elementos positivos e negativos relativamente à necessidade identificada (Ruivo et al., 2010). Apurou-se que os pontos fortes superam os pontos fracos. Para além dos pontos fortes as necessidades também eram substanciais; além do preconizado na norma da DGS e no PNSD, é um tema que consta nos padrões de qualidade de enfermagem, podendo servir de exemplo a outros serviços.

Esta fase tem como objetivos identificar os principais problemas derivados de uma

determinada situação e, subsequentemente, registar as necessidades sentidas, percebendo a origem do problema e respetivas consequências. Para se efetuar um diagnóstico de situação há que utilizar vários instrumentos tais como entrevistas, cadeia de valores, observação, escalas de avaliação, questionários, entre outros (Ruivo et al., 2010). Deste modo, o primeiro passo foi conhecer e compreender a realidade do serviço, a respeito do tema em questão, permitindo fazer um diagnóstico de situação adequadamente e que validasse a pertinência da temática a trabalhar. Foi selecionada a técnica da observação e, para tal, foi elaborada uma grelha de observação (Apêndice A) onde, nos itens passíveis de avaliação, estavam incluídas as informações mais importantes a transmitir, de acordo com a técnica ISBAR. É de salientar que foi necessário obter o consentimento informado dos enfermeiros pertencentes ao serviço onde o estágio foi realizado, autorizando serem observados (Apêndice B). A técnica de observação foi aplicada nos momentos de admissão, na UCI CCT, de doentes provenientes do BO, tendo a grelha sido preenchida pela autora para cada momento observado. Na Tabela 2 estão expostos os resultados das 10 observações efetuadas nos momentos de transição de cuidados já referidos, com base na grelha de observação já referida.

Tabela 2 - Resultados da aplicação da grelha de observação da comunicação oral na admissão do doente

Descrição (momento de observação de dados)	S	N
<i>Identify</i> (Identificação)		
a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente	10	0
b) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal	2	8
<i>Situation</i> (Situação atual/causa)		
a) Data e hora da admissão	6	4
b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde	10	0
c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e/ou a realizar	7	3
<i>Background</i> (Antecedentes/Anamnese)		
a) Antecedentes clínicos	10	0
b) Níveis de dependência	3	7
c) Alergias conhecidas	9	1
d) Técnicas invasivas realizadas	9	1
e) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar	2	8
<i>Assessment</i> (Avaliação)		
a) Problemas ativos	6	4
b) Terapêutica (medicamentosa e não medicamentosa) instituída	10	0

c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	5	5
d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas	8	2
<i>Recommendation (Recomendações)</i>		
a) Indicação do plano de continuidade de cuidados	9	1
b) Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica agendados	7	3

Autor: o próprio

De acordo com os resultados observados, verificou-se que existem algumas lacunas no que concerne à transmissão de informação importante para o doente e sua segurança, de acordo com as recomendações plasmadas na norma nº001/2017 da DGS. Observou-se que as maiores lacunas são relativas à referência da pessoa significativa/cuidador informal do doente, aos níveis de dependência do doente e ao risco/presença de infeção ou colonização e medidas a implementar.

Deste modo, identificou-se a necessidade de implementar medidas para reverter esta situação relativamente a alguns pontos relativos à transmissão de informação. Observou-se, na generalidade, que a transição de cuidados do doente aquando da sua admissão na UCI CCT proveniente do BO é feita de forma verbal, em pé, junto ao doente e sem suporte escrito, enquanto se prestam os cuidados necessários ao doente crítico num momento de admissão. A informação que é transmitida depende dos critérios e da experiência do profissional que a realiza, bem como do profissional que recebe a informação, acerca das questões colocadas e às dúvidas que pretende esclarecer.

Deste modo definimos como situação-problema a ausência de uma padronização na comunicação nomeadamente no momento de admissão na UCI CCT do doente proveniente do BO, com possíveis consequências para a segurança do mesmo.

2.2.2. Definição de Objetivos

A metodologia de planeamento em saúde tem como segunda etapa a definição de objetivos que são como que o indicador de resultados a atingir, podendo ser objetivos mais gerais e/ou objetivos mais específicos (Ruivo et al., 2010). Ainda segundo Ruivo et al. (2010) os objetivos gerais enfatizam os resultados esperados, apresentando informações sobre aquilo que se espera atingir e contemplando competências amplas e complexas; os objetivos específicos abrangem secções do objetivo geral que vão sucedendo ao longo do tempo (Ruivo et al., 2010).

Importa frisar que os objetivos devem ser definidos com precisão por forma a prevenir dificuldades na etapa da avaliação, deste modo, devem ser concisos, óbvios, mensuráveis e exequíveis (Ruivo et al., 2010).

Assim, foram definidos objetivos para a implementação da metodologia ISBAR, nos momentos de transição de cuidados na admissão do doente na UCI CCT após cirurgia cardíaca.

O objetivo geral definido para este PI, partindo do problema identificado, foi:

- Promover a segurança do doente admitido na UCI CCT, na transição de cuidados após cirurgia cardiotorácica, com recurso a uma comunicação eficaz, entre os profissionais de saúde.

Inseridos neste objetivo geral, foram definidos os objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição de cuidados;
- Uniformizar a comunicação na transição de cuidados de saúde na admissão na UCI CCT, recorrendo à metodologia ISBAR;
- Elaborar um instrumento padronizado, com base na mnemónica ISBAR para o momento de admissão na UCI CCT, do doente proveniente do BO;
- Avaliar a implementação do PI.

2.2.3. Planeamento

Na terceira etapa, que corresponde ao planeamento, é apresentado o esboço do projeto, procede-se ao levantamento dos recursos necessários e identificam-se os fatores condicionantes da implementação do projeto (Ruivo et al., 2010). É, então, delineada a lista de atividades a desenvolver, identificando as estratégias de ação e o cronograma (Ruivo et al., 2010).

Serão, então, apresentadas as atividades a desenvolver por forma a alcançar os objetivos propostos e os recursos necessários para a realização das mesmas, sendo que, para uma melhor perceção da organização do plano de trabalho e das datas a cumprir, foi criado um cronograma de atividades (Apêndice C). O cronograma, sendo flexível ao longo das etapas do PI, foi reformulado mediante os objetivos a atingir.

Assim, passa-se a descrever as atividades associadas a cada objetivo específico, fazendo referência aos recursos necessários.

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

Para atingir este objetivo específico foram definidas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da qualidade e segurança do doente, mais concretamente sobre comunicação eficaz e transição de cuidados;
- Debate, acerca dos elementos chave da temática, com a Enfermeira Orientadora e a docente;
- Discussão com os enfermeiros da equipa, após os momentos de admissão de doentes, sobre as práticas atuais, incentivando a mudança;
- Divulgação dos resultados das observações feitas à equipa de enfermagem, referindo a importância da mudança.

Em relação aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Orientadora e restante equipa de Enfermagem;
- Recursos Materiais: Computador.

Uniformizar a comunicação na transição de cuidados de saúde na admissão na UCI CCT, recorrendo à metodologia ISBAR

Para atingir este objetivo específico foram definidas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre comunicação eficaz e transição de cuidados;
- Aprofundamento de conhecimentos relativamente à norma nº001/2017 da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”;
- Realização de reunião com a Enfermeira Orientadora acerca da elaboração da NOC “Comunicação Eficaz”, com discussão dos elementos chave a introduzir;
- Elaboração da NOC “Comunicação Eficaz” (Apêndice D).

Em relação aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Orientadora;
- Recursos Materiais: Computador, papel de impressão.

Elaborar um instrumento padronizado, com base na mnemónica ISBAR para o momento de admissão na UCI CCT, do doente proveniente do BO

Para atingir este objetivo específico foram definidas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre transição de cuidados e doente submetido a cirurgia cardiotorácica;

- Observação de momentos de transição de cuidados na admissão do doente pós-cirurgia cardíaca na UCI CCT, de forma a perceber quais as informações pertinentes a inserir no instrumento padronizado;
- Discussão com a equipa de enfermagem, acerca dos elementos chave a inserir no instrumento padronizado;
- Realização de uma proposta de instrumento padronizado para a transição de cuidados de saúde no momento de admissão do doente pós-cirurgia cardíaca, com base na mnemónica ISBAR (Apêndice E)
- Validação do documento pela Docente Orientadora e pela Enfermeira Orientadora;
- Apresentação da proposta de instrumento padronizado à equipa de Enfermagem e recolha de sugestões através de momentos de *focus group*.

Em relação aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Orientadora, Equipa de Enfermagem, Docente Orientadora;
- Recursos Materiais: Computador, papel de impressão.

Avaliar a implementação do PI

Para atingir este objetivo específico foram definidas as seguintes atividades:

- Elaboração do documento de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice B);
- Validação do documento pela Docente Orientadora e pela Enfermeira Orientadora;
- Obtenção do consentimento informado junto da Equipa de Enfermagem;
- Observar, após consentimento informado, os momentos de admissão do doente na UCI CCT proveniente do BO antes e após implementação do instrumento padronizado;
- Tratamento dos dados observados;
- Recolha de sugestões para melhoria do instrumento, junto da Equipa de Enfermagem;
- Reformulação do instrumento padronizado sempre que necessário.

Em relação aos recursos humanos e materiais usados:

- Recursos humanos: Enfermeira Orientadora, Equipa de Enfermagem, Docente Orientadora;
- Recursos Materiais: Computador, papel de impressão, *Microsoft Office® Word®*.

A nível de recursos financeiros importa referir que para impressão dos vários documentos elaborados os custos ficaram a cargo do investigador.

2.2.4. Execução

A fase da execução é o “colocar em prática de tudo o que foi planeado” (Ruivo et al., 2010, p.22). Considerando a execução das atividades planeadas em relação aos quatro objetivos específicos, irá ser descrito todo o desenvolvimento efetuado em cada um. É de salientar que durante toda esta fase a pesquisa bibliográfica foi efetuada de forma contínua dando primazia à evidência científica mais recente disponível.

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

De modo a cumprir este objetivo, e após a observação efetuada na etapa do diagnóstico de situação, foi realizada uma revisão bibliográfica, através de bases de dados científicas, de forma a aprofundar o conhecimento sobre a temática. Foram realizadas entrevistas não estruturadas de carácter informal com alguns elementos da Equipa de Enfermagem, debatendo o tema após os momentos de transição de cuidados referidos, incentivando a mudança.

Uniformizar a comunicação na transição de cuidados de saúde na admissão na UCI CCT, recorrendo à metodologia ISBAR

Por forma a alcançar este objetivo, foi realizada pesquisa bibliográfica com especial incidência na norma nº001/2017 da DGS, visto ser uma das principais bases para a elaboração deste PI uma vez que define, regulamenta e orienta as diretivas para uma comunicação eficaz, com contributo para uma prestação de cuidados de qualidade e, conseqüentemente, para a segurança do doente. A revisão bibliográfica efetuada já se encontra esplanada ao longo deste trabalho. Foi, então, realizada uma reunião com a Enfermeira Orientadora com o propósito de delinear os elementos chave necessários à elaboração na NOC sobre a Comunicação Eficaz, abrangendo de modo geral todos os seus aspetos e os vários momentos de transição de cuidados. Foi então elaborada a NOC intitulada de “Comunicação Eficaz”, que foi entregue à Enfermeira Orientadora, e que já foi aprovada encontrando-se em fase de implementação no serviço onde foi realizado o estágio.

Elaborar um instrumento padronizado, com base na mnemónica ISBAR para o momento de admissão na UCI CCT, do doente proveniente do BO

Em relação a este objetivo, manteve-se a constante revisão bibliográfica, acerca da temática, mais concretamente em estudos que sustentem a aplicação desta metodologia de comunicação e sobre diagnósticos de enfermagem nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca resultando num artigo científico em formato de estudo de caso (Apêndice F). Através da observação direta dos momentos de transição de cuidados nos momentos de admissão, à recolha de sugestões junto da Equipa de Enfermagem e da discussão com a Enfermeira Orientadora foi elaborado um instrumento padronizado (Apêndice E), com recurso à metodologia ISBAR e devidamente ajustado ao contexto de trabalho.

Este instrumento foi apresentado à equipa através de vários momentos de *focus group*. Com esta metodologia foi possível recolher os contributos da equipa para otimizar o instrumento proposto e simultaneamente envolver os seus futuros utilizadores. Na generalidade a equipa de enfermagem mostrou-se satisfeita com a metodologia ISBAR aplicada no instrumento e alguns elementos fizeram sugestões de forma a operacionalizar a utilização do mesmo. O referido instrumento está em reformulação constante, consoante as necessidades da Equipa de Enfermagem.

Avaliar a implementação do PI

Previamente, na fase do diagnóstico de situação foi elaborado um documento de consentimento informado, livre e esclarecido e entregue à Equipa de Enfermagem. Nesse consentimento encontram-se abrangidas as várias fases do PI. Assim, após construção do instrumento padronizado e sua divulgação aos elementos da Equipa de Enfermagem, foram efetuadas observações diretas de modo a comparar com os dados previamente recolhidos, antes da implementação do instrumento padronizado.

Foram efetuadas dez observações nos momentos de admissão, na UCI CCT, de doentes provenientes do BO, tendo a grelha sido preenchida pela autora para cada um dos momentos observados. Na Tabela 3 estão expostos os resultados das observações efetuadas.

Tabela 3 - Resultados com base na grelha de observação da comunicação oral na admissão do doente após aplicação do instrumento padronizado

Descrição (momento de observação de dados)	S	N
Identify (Identificação)		
a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente	10	0
b) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal	7	3
Situation (Situação atual/causa)		
a) Data e hora da admissão	8	2
b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde	10	0
c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e/ou a realizar	8	2
Background (Antecedentes/Anamnese)		
a) Antecedentes clínicos	10	0
b) Níveis de dependência	5	5
c) Alergias conhecidas	10	0
d) Técnicas invasivas realizadas	9	1
e) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar	4	6
Assessment (Avaliação)		
a) Problemas ativos	7	3
b) Terapêutica (medicamentosa e não medicamentosa) instituída	10	0
c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	5	5
d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas	8	2
Recommendation (Recomendações)		
a) Indicação do plano de continuidade de cuidados	10	0
b) Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica agendados	8	2

Autor: o próprio

De acordo com os resultados observados, verificou-se que houve uma melhoria em alguns pontos a avaliar, o que significa que, com a introdução deste instrumento a transição de cuidados comportou uma comunicação mais eficaz, com conseqüente melhoria na qualidade dos cuidados e segurança do doente. No entanto, cabe-nos referir que alguns pontos continuam a ser passíveis de melhoria pois ainda apresentam resultados inquietantes como é o caso da referência aos níveis de dependência do doente e ao risco/presença de infeção ou colonização e medidas a implementar em que a melhoria após implementação do instrumento padronizado

foi pouco significativa; na referência às alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas não houve nenhuma mudança com a implementação do instrumento padronizado.

Na generalidade, a equipa de enfermagem mostrou-se satisfeita com a metodologia ISBAR aplicada no instrumento e alguns elementos fizeram sugestões de forma a operacionalizar a utilização do instrumento.

2.2.5. Avaliação e discussão de resultados

Na metodologia de planeamento em saúde a última etapa é a avaliação, onde se verifica a concretização dos objetivos inicialmente delineados (Ruivo et al., 2010). A avaliação deve ser realizada durante a execução de um projeto, ao longo do tempo, de modo a melhorar a atuação, redefinindo constantemente os objetivos traçados com aquisição de novas estratégias de atuação (Ruivo et al., 2010). Deste modo, é fulcral a existência de um método de avaliação, em função dos objetivos do plano implementado.

Atendendo ao esboço da intervenção, consideramos que o seu impacto foi positivo, na medida em houve interesse no tema e na participação com contributos para a padronização do instrumento. Com o decorrer deste PI percebemos que existiam lacunas ao nível do conhecimento sobre esta temática, por parte da equipa de enfermagem, verbalizado pelos próprios nas reuniões de discussão do instrumento. É de salientar que, após a intervenção, se verificou uma melhoria deste conhecimento, visível através dos resultados obtidos na utilização do instrumento proposto.

Verificou-se, também, um interesse elevado, por parte da Equipa de Enfermagem, relativamente ao instrumento padronizado para os momentos de transições de cuidados de saúde compreendendo que leva à sistematização, eficiência, qualidade e satisfação. Assim, acreditamos que este terá sido um contributo válido para a melhoria dos cuidados no que concerne à qualidade e, conseqüentemente, ao aumento da segurança não só do doente, mas também dos prestadores de cuidados.

Pretende-se e prevê-se que os enfermeiros, ao fim de seis meses, estejam familiarizados e utilizem o instrumento padronizado no momento de transição de cuidados para o qual foi criado. É de suma importância a sua utilização visto que através da análise comparativa entre as observações efetuadas antes e após a introdução do instrumento houve diferenças no que respeita a informação importante e preconizada pela DGS como sendo essencial para uma comunicação eficaz. A mnemónica ISBAR concede maior viabilidade aos momentos de transição

de cuidados permitindo a padronização e sistematização da transferência de informação entre os profissionais de saúde.

É de referir, ainda, uma limitação à implementação deste PI que se prende com a existência de hábitos já enraizados relativamente à transição de cuidados, pelo que houve elementos da equipa de enfermagem que se mostraram renitentes à mudança. Deste modo, foi reforçado juntos dos mesmo a importância desta mudança com a apresentação dos dados observados e com referência a evidência científica.

Face aos resultados apresentados, depreende-se uma necessidade de continuar a monitorizar estes processos, no âmbito da procura e manutenção de políticas de qualidade e segurança na prestação de cuidados, reforçado pela investigação nesta área.

3. ANÁLISE CRÍTICA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretende-se abordar as questões relacionadas com o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, tais como as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem. Este processo tem como base os objetivos delineados para os estágios efetuados.

Assim, será feita uma análise reflexiva, sobre as competências adquiridas, devidamente fundamentada, do percurso efetuado ao longo do Mestrado, com enfoque nos estágios efetuados no SUP e na UCI CCT.

O Enfermeiro Especialista é definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744), detentor de “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011, p.8648).

Segundo Benner (2001) a aquisição de competências é um processo que decorre no tempo, através de diversos fatores e que é suscetível ao desenvolvimento. Assim, pode afirmar-se que os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos têm uma influência significativa na aquisição de competências. As competências especializadas são adquiridas e desenvolvidas através da reflexão crítica e consciencialização incessante das experiências clínicas experimentadas.

Deste modo, com a frequência deste curso, é impulsionada a aquisição de competências necessárias para atribuição do título de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Neste contexto, interessa descrever as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem de acordo com o documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015, p.24):

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Dado que as competências associadas ao grau de Mestre em Enfermagem estão inter-relacionadas com as competências comuns do Enfermeiro Especialista e com as competências específicas de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, optou-se por descrever, analisar e refletir sobre as mesmas em conjunto, sendo fundamentadas de acordo com a prática baseada na evidência.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com a OE (2019) as competências comuns do enfermeiro especialista “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019, p.4745). Estas competências enquadram-se em 4 domínios de ação, são eles a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2019).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Aqui inserem-se as competências:

- A1 - 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.
- A2 - Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- Competência de mestre: 3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Na aquisição e desenvolvimento destas competências foi determinante, não só as atividades

realizadas no âmbito dos estágios, mas também os conhecimentos teóricos lecionados na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Os conhecimentos adquiridos na referida UC foram, posteriormente, colocados em prática nos dois estágios efetuados.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde está plasmado o Código Deontológico da Profissão de Enfermagem, é exemplo de um diploma legal que regula a profissão de Enfermagem. De acordo com o Código Deontológico, Lei nº 156/2015 publicada em Diário da República, 1ª série - Nº181 - 16 de setembro de 2015, artigo 100º na alínea C, o enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”.

Para além do Código Deontológico foi, também, imprescindível a revisão bibliográfica de outros documentos, tais como a Lei de Bases da Saúde, o já referido PNSD, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e a legislação dos direitos e deveres do utente nos serviços de saúde. Esta revisão possibilitou uma prestação de cuidados sustentada pelo respeito pelos direitos do doente em todas as suas vertentes, sem qualquer tipo de discriminação. Todos estes documentos permitiram um conhecimento aprofundado e um guiar na atuação, sobretudo em momentos de maior complexidade ética, como é o caso de situações relacionadas com o doente crítico.

Em sala de aula, durante o primeiro semestre deste curso de Mestrado, foram também realizados trabalhos académicos que permitiram basear a prática clínica em contexto de estágio. Um dos temas abordados foi a obstinação terapêutica, situação presenciada em ambos os estágios. A obstinação terapêutica representa a busca persistente de medidas terapêuticas, em situações-limite, para as quais a medicina e a enfermagem nada têm a oferecer. Estas medidas “não aumentam a sobrevivência, mas simplesmente prolongam o processo de morrer.” (Nunes, 2020:84). Não é fácil lidar com esta situação pois há que ter em conta os vários princípios éticos, o que se buscou nos momentos de prática clínica. São exemplos de princípios éticos a dignidade humana, a beneficência, a não maleficência e o respeito pela autonomia (Nunes, 2020).

Durante os dois estágios houve vários momentos de necessidade de tomada de decisão. Sempre que possível foi incluído o doente na resolução de problemas, sendo o processo de tomada de decisão discutido em equipa multidisciplinar. A participação nos processos de tomada de decisão foi bastante importante no processo de aquisição de competências visto que foram sempre tidos em consideração os princípios ético-legais.

No estágio no SUP, serviço com grande afluência de doentes, são inúmeras as situações em que surgem questões relacionadas com este domínio de competências. Tem-se como exemplo

a privacidade do doente que, por vezes, é difícil de manter devido ao espaço físico deste, sendo necessário encontrar estratégias para superar esta dificuldade. É igualmente importante manter a proteção de dados do utente e sigilo profissional em qualquer contexto de prática clínica. Assim, houve sempre a preocupação de não descurar aspetos de suma importância.

Numa UCI, como é o caso da UCI CCT onde o estágio foi realizado, por vezes, alguns princípios éticos e deontológicos intrinsecamente relacionados com os profissionais de saúde tendem a ser secundarizados, devido à especificidade, complexidade de cuidados e dinâmica, valências e recursos tecnológicos. Assim, considera-se vital uma prática profissional eticamente e deontologicamente delimitada pois como se encontra plasmado no Código Deontológico, Lei nº 156/2015 publicada em Diário da República, 1ª série - Nº181 - 16 de setembro de 2015, artigo 99º no ponto 1, “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”.

No decorrer dos estágios todos os momentos vivenciados foram sempre norteados e assentes em princípios ético-legais, permitindo um processo de aprendizagem, reflexivo e de grande contributo na aquisição de competências deste domínio. Na prática procurou-se sempre considerar valores tais como a justiça a igualdade, a solidariedade, a liberdade responsável, a verdade, o altruísmo, a competência e aperfeiçoamento profissional, conforme imputa a deontologia profissional (Diário da República, 2015a). É de suma importância referir que um dos princípios orientadores dos cuidados de enfermagem é “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (Diário da República, 2015a, p. 8078).

A temática do PI desenvolvido insere-se neste domínio uma vez que a implementação da técnica ISBAR em momentos de transição de cuidados promove a segurança do doente. Houve, assim uma apropriação na gestão de práticas que poderiam comprometer a segurança do doente. É importante referir, também, que para a implementação do PI, de modo a cumprir todos os princípios éticos, foi feito um pedido à comissão de ética da UE (Apêndice G) e aplicado um consentimento aos enfermeiros (Apêndice B).

Neste processo de aquisição de competências importa salientar a relevância das enfermeiras orientadoras, cujo exemplo na prestação dos cuidados especializados neste domínio ajudou a direcionar os cuidados.

Assim, contemplando o que foi explanado, consideram-se adquiridas as competências que fazem parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Aqui inserem-se as competências:

- B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
- B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.
- Competência de mestre: 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, de acordo com a OE (2017), salienta-se a extrema importância da qualidade dos cuidados de enfermagem. Especificando, segundo a OE (2015b), no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem PSC, os enfermeiros mostram-se “como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (Diário da República, 2015b, p. 17241). Assim, os enfermeiros devem contribuir, em articulação com as várias áreas, para um *continuum* na demanda da qualidade em saúde. Qualidade em saúde pode definir-se como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do mesmo” (Ministério da Saúde, 2015).

Neste curso de Mestrado, a componente teórica contribuiu para o desenvolvimento das competências deste domínio com alguns conteúdos ministrados. Como exemplo refere-se a UC de Investigação em Enfermagem pois é através da investigação que se alcança a prática baseada na evidência que permite o conhecimento científico mais recente levando à melhoria dos cuidados.

Os estágios realizados também contribuíram na aquisição destas competências através do contacto com os protocolos existentes nos serviços e com a possibilidade de colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade, sendo de salientar a formação efetuada no âmbito do estágio no SUP (Apêndice H) relativa uma necessidade identificada nesse serviço, concretamente sobre o encaminhamento do doente que necessita de intervenção coronária percutânea em contexto de via verde coronária. Houve sempre a preocupação, nos serviços de estágio, no conhecimento dos recursos humanos e materiais, da estrutura física, de normas e protocolos de atuação de modo a dar uma melhor resposta no cuidado do doente crítico reduzindo complicações, o que leva a uma melhoria na qualidade dos cuidados.

Durante a prestação de cuidados houve sempre a procura pela criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros para o doente, havendo um seguimento rigoroso das diretrizes

nacionais e institucionais.

O PI elaborado consiste num programa de melhoria contínua da qualidade na medida em que a intervenção levou à melhoria dos cuidados e à criação de um ambiente terapêutico e seguro.

Assim, contemplando o que foi explanado, consideram-se adquiridas as competências que fazem parte do domínio da melhoria contínua da qualidade.

Domínio da gestão dos cuidados

Aqui inserem-se as competências:

- C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
- C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
- Competência de mestre: 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Ao longo deste curso foram vários os contributos para a aquisição de competências neste domínio. Uma vez mais, a componente teórica foi fundamental, salientando-se como exemplo a UC Gestão em Saúde e Governação Clínica. Nesta UC, para além dos conteúdos ministrados, foi elaborado um trabalho relativo a dotações seguras cujo conceito remete para a adequada dotação de enfermeiros não só em quantidade, mas também em qualidade (experiência/formação) relativamente às necessidades dos pacientes; é uma condição favorável para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Freitas & Parreira, 2013 citado por Freitas, 2015). Uma gestão dos cuidados em que são estabelecidas dotações seguras adequadas consegue ganhos qualitativos e quantitativos. De um modo geral, constata-se que, em Portugal, as dotações não estão adequadas às necessidades, o que se traduz numa reduzida qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, no aumento de complicações. Desta forma, gerir recursos humanos e materiais em ambientes onde há a sua escassez torna-se um desafio da máxima importância.

No estágio realizado no SUP houve a possibilidade de fazer alguns turnos com o enfermeiro responsável de turno. É este elemento que gere a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, e quando necessário, gere também equipamentos, material clínico e farmacêutico. Este enfermeiro assume ainda o posto da sala de emergência pelo qual fica responsável. Um SUP é um serviço de carácter complexo que sofre mudanças repentinas devido

aos picos de afluência de doentes. Assim, torna-se imprescindível a gestão e organização de cuidados e de recursos durante o turno, em função desses picos de afluência, para garantir uma prestação de cuidados segura, com vista à qualidade dos mesmos.

No estágio realizado na UCI CCT, a enfermeira orientadora assumiu, em vários turnos, o papel de responsável, pelo que geria toda a dinâmica do turno, adequando recursos humanos e materiais em função das necessidades de cuidados dos doentes e das possíveis transferências e admissões. Foi ainda possível fazer dois turnos no BO, serviço de onde provém a maioria dos doentes admitidos na UCI CCT, pelo que foi importante perceber os seus métodos de trabalho e a forma como os mesmos são geridos em articulação com a UCI CCT. A prestação direta de cuidados aos doentes da UCI CCT também deu um importante contributo na aquisição de competências deste domínio. Os doentes neste serviço são doentes complexos que necessitam de cuidados elaborados e morosos, pelo que foi imperioso não só a correta gestão do tempo e dos cuidados, mas também uma boa articulação com a equipa multidisciplinar.

Nos serviços de realização dos estágios foi possível observar a utilização de várias formas de gestão, tais como, a tomada de decisão, o trabalho em equipa, a organização e planeamento, a comunicação, o autodesenvolvimento, a flexibilidade, a liderança, a resolução de problemas e a partilha de conhecimento.

A implementação do PI também contribuiu para o desenvolvimento das competências deste domínio uma vez que todo este processo requer uma gestão de recursos humanos, físicos e materiais eficaz.

A reflexão e discussão, com as enfermeiras orientadoras, acerca das principais dificuldades associadas aos processos de liderança e gestão nos serviços foi bastante importante na medida em que permitiu encontrar estratégias para as ultrapassar.

Assim, contemplando o que foi explanado, consideram-se adquiridas as competências que fazem parte do domínio da gestão dos cuidados.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Aqui inserem-se as competências:

- D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
- D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
- Competências de mestre: 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de

colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

O profissional de enfermagem deve estar em constante atualização e aprendizagem de modo a aplicar o mais recente conhecimento científico na prestação de cuidados. Por forma a identificar as suas lacunas de conhecimento e dificuldades, o enfermeiro deve ser detentor de um elevado autoconhecimento, o que irá impulsionar a busca de conhecimento e estratégias para colmatar essas carências. A pesquisa bibliográfica, com a finalidade de aquisição de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, foi uma constante ao longo de todo o curso de Mestrado. Na componente teórica, para elaboração dos vários trabalhos solicitados, foi tida em conta uma evidência científica atual, uma vez que esses trabalhos dão suporte a alguns aspetos da prática clínica.

Para o enfermeiro especialista, para além do saber, é extremamente importante saber como e porquê (Benner et al., 2011). Assim, nos contextos de estágio, foi determinante a pesquisa bibliográfica de modo a adquirir conhecimentos que permitissem uma intervenção precoce, assertiva e de raciocínio rápido para evitar complicações. No sentido de aumentar o conhecimento na área da prestação de cuidados à PSC, quer em contexto de urgência, quer em contexto de cuidados intensivos foi efetuado um estudo profundo de bibliografia relevante nestas áreas. Durante o estágio no SUP foi feita uma formação em serviço, após pesquisa de evidência científica recente, sobre um tema onde se verificou a existência de lacunas ao nível do conhecimento por parte da equipa de enfermagem (Apêndice H) cujo plano de sessão se apresenta no Apêndice I, intervindo com autonomia na formação da equipa de enfermagem em contexto clínico. Durante o estágio na UCI CCT, com a pesquisa de artigos atuais e que fundamentam a prática clínica, foi elaborado um artigo científico em formato estudo de caso (Apêndice F) direcionado para o tipo de doentes encontrados neste serviço, fazendo a ponte com a importância de uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

No decorrer dos estágios foi feita uma reflexão sobre dificuldades sentidas, lacunas de conhecimento, ansiedade e receios de modo a poder superá-los aumentando a confiança, a segurança e autonomia.

Assim, contemplando o que foi explanado, consideram-se adquiridas as competências que fazem parte do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC-PSC E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018, p.19362) o enfermeiro especialista em EMC-PSC é aquele que presta cuidados “(...) de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. O perfil de competências refere que o enfermeiro especialista em EMC-PSC:

“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 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” (OE, 2018, p.19359).

As competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem serão abordadas em conjunto com as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, mantendo a metodologia usada para a descrição, análise, reflexão e fundamentação utilizada nas competências comuns do enfermeiro especialista.

Competência de enfermeiro especialista em EMC-PSC: 1 - *Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*

Competência de mestre: 4 - Realiza o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Esta competência específica de enfermeiro especialista foi aquela que exigiu um maior investimento devido à sua abrangência e complexidade. Cuidar da PSC requer um elevado nível de conhecimento teórico-prático, destreza e capacidade de raciocínio de modo a estabelecer prioridades na gestão dos cuidados.

Importa salientar a importância da componente teórica do curso de mestrado como é o caso da UC Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada onde foram tratados temas como a abordagem ao doente crítico considerando os vários sistemas corporais e processos fisiopatológicos que podem despoletar a instabilidade, levando ao estado crítico do doente. Na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2, foi possível o papel do enfermeiro

especialista em EMC-PSC, tendo como base o processo de enfermagem, relativamente aos doentes que experimentam processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica.

Importa, ainda, referir a realização de cursos, na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, como o de Suporte Básico de Vida (Anexo 3), Suporte Avançado de Vida (Anexo 4) e de *International Trauma Life Support* (Anexo 5) que são cursos munidos de conteúdos teórico-práticos extremamente importantes para a prestação de cuidados à PSC.

Quer para a componente teórica do curso de mestrado, quer para a componente prática surge a importância da pesquisa bibliográfica na busca da mais recente evidência científica pois, para prestar cuidados de enfermagem especializados é fundamental uma incessante atualização de conhecimentos e aptidões.

Nos dois estágios realizados houve a possibilidade de prestar cuidados à PSC. Especificando, no SUP, foram vários os momentos de colaboração na Sala de Emergência, onde são admitidos os doentes críticos como é o caso de doentes politraumatizados, queimados, com enfarte agudo do miocárdio, em paragem cardiorespiratória, com acidente vascular cerebral, com edema agudo do pulmão, com arritmias, com insuficiência respiratória, com lesão renal aguda, entre outros. Neste contexto é necessária uma abordagem célere e perspicaz no sentido de detetar alterações e prevenir complicações. Foram, assim, postos em prática os conhecimentos adquiridos previamente, como por exemplo nos cursos de Suporte Avançado de Vida e *International Trauma Life Support*.

Na UCI CCT existe uma grande especificidade e complexidade a nível de doentes, procedimentos e equipamento. Os doentes críticos aí internados, na sua maioria no período pós-cirurgia cardiotorácica, estão sob monitorização hemodinâmica e vigilância rigorosas e, frequentemente, são sujeitos a protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente a ventilação mecânica invasiva, monitorização invasiva, terapêutica com fármacos inotrópicos, técnicas de substituição da função renal, oxigenação por membrana extracorporal (ECMO), transplante cardíaco, entre outros. Nestas situações o enfermeiro especialista em EMC-PSC tem um papel essencial no que concerne à prestação de cuidados complexos e sua gestão, devendo ser detentor de conhecimentos que permitam reconhecer precocemente alterações e a sua resolução. Dada a especificidade e variedade de equipamento necessário, procurámos ler os manuais de funcionamento dos mesmos e esclarecer dúvidas assim que estas surgiam.

Em ambos os estágios, foi valorizada a dor do doente, pois, como refere Batalha (2016) a dor é considerada o 5º sinal vital e a sua avaliação e subsequente registo deve ser efetuado conforme o estado clínico do doente, após cada intervenção passível de provocar dor e sempre que haja sinais de dor ou alterações nos restantes sinais vitais. Foram, assim, implementadas

medidas farmacológicas (administração e titulação de terapêutica prescrita e sob protocolo) e não farmacológicas (mobilização e posicionamento de doentes no momento e com uma frequência adequados, musicoterapia) com vista à sua otimização. Houve, também, contacto com doentes sob sedo-analgésia cuja gestão e titulação de ritmos de perfusão é feita pelo Enfermeiro de modo a obter resultados com o mínimo de complicações.

A comunicação e a relação com o doente crítico têm algumas particularidades pois este pode estar impossibilitado de interagir com os profissionais de saúde e com os seus familiares/cuidadores de referência. Comunicar com um doente com tubo orotraqueal é sempre um desafio, pelo que é necessário encontrar estratégias comunicacionais e de avaliação de alguns parâmetros como é o caso da dor que tem escalas específicas para este tipo de doentes, como é o exemplo da *Behavioral Pain Scale*.

Considerando que os estágios decorreram em período pandémico foi um desafio comunicar com os familiares dos doentes e permitir que houvesse contacto entre estes. A falta de informação por parte dos familiares e a distância física (pelos constrangimentos nas visitas) são causadores de ansiedade e medo. Sempre que possível, foram encontradas estratégias comunicacionais de modo a tranquilizar doentes e familiares.

O PI desenvolvido, estando inserido no âmbito da comunicação e segurança do doente, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências, não só no estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente, mas também ao nível da comunicação entre profissionais de saúde.

Cabe-nos ainda destacar o importante papel das enfermeiras orientadoras, detentoras de vastos conhecimentos nos seus contextos de trabalho, no processo de aprendizagem e reflexão.

Assim, contemplando o que foi explanado, considera-se adquirida a competência específica de enfermeiro especialista e a competência de mestre supracitadas.

Competência de enfermeiro especialista em EMC-PSC: 2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A catástrofe é um acontecimento de elevada imprevisibilidade pois nunca se sabe quando irá acontecer. Ainda assim, devem estar bem definidos os procedimentos a ter de forma a reduzir os danos, muitas vezes devastadores, que essa situação pode trazer. Deste modo, dentro das organizações, nomeadamente das instituições de saúde, os planos de emergência assumem uma importância vital.

Perante a imprevisibilidade de ocorrência de uma catástrofe, não se verificou, durante os períodos de estágio, nenhum evento passível de ser classificado como tal. Assim, constituiu-se

uma prioridade a pesquisa, leitura e reflexão sobre o tema. Foi, então, considerado essencial conhecer o plano de emergência e catástrofe dos serviços onde se realizou o estágio, bem como fazer uma análise reflexiva dos mesmos junto das enfermeiras orientadoras.

A componente teórica deste curso de mestrado contribuiu para a aquisição de conhecimentos nesta área, nomeadamente através da UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 pelos assuntos abordados. Foram feitos pósteres pelos vários grupos de trabalho que foram apresentados à turma e debatidos, subordinados ao tema de situações de exceção e catástrofe. Outro grande contributo foi o curso de *International Trauma Life Support*, frequentado na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, que simulou cenários de catástrofe com situações de emergência multi-vítimas em ambientes não controlados, dando ênfase ao exame rápido de trauma que permite uma rápida observação das vítimas de trauma levando a uma rápida intervenção nas situações em que há compromisso das funções vitais das vítimas.

Estando o mundo a atravessar um período pandémico, devido ao COVID-19, durante a realização dos estágios, é importante salientar que, num SUP, há uma enorme afluência e tipologia de doentes, pelo que o seu funcionamento e a abordagem dos doentes sofreram algumas alterações. No doente crítico, que é admitido na sala de emergência, ou até mesmo doentes em balcão que descompensam, a abordagem deve ser célere. Ainda assim, é importante a utilização de equipamentos de proteção individual devido a não existir ainda qualquer tipo de diagnóstico. Essas medidas de proteção e toda a logística envolvente são cruciais para proteção do enfermeiro, mas também condiciona a prestação de cuidados pois o enfermeiro fica, assim, subordinado à prestação de cuidados ao doente “suspeito”, não devendo contactar com outros doentes sem antes se desequipar e desinfetar, o que requer o seu tempo. Não sendo nenhuma catástrofe é uma condição que levou à reorganização dos serviços e a um ajuste na gestão dos cuidados, reforçando-se aqui, uma vez mais, o papel do enfermeiro especialista.

Assim, contemplando o que foi explanado, considera-se adquirida esta competência específica de enfermeiro especialista.

Competência de enfermeiro especialista em EMC-PSC: 3 - Maximiza a intervenção na prevenção 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

Esta competência está bastante relacionada com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) que são infeções adquiridas, em meio hospitalar, durante o período de

internamento do doente. Com os avanços na área da saúde existem procedimentos cada vez mais invasivos, expondo mais o doente à possibilidade de aquisição de IACS, o que acaba por levar a atrasos no tratamento do doente e, conseqüentemente, a mais custos para a instituição. A existência de IACS leva ao aumento do uso de antimicrobianos, e, quando estes são prescritos de forma inadequada ou desnecessária, conduzem ao aumento da sua resistência, ameaçando a segurança dos cidadãos.

A PSC está sujeita a períodos de internamento mais longos e a um maior número de procedimentos invasivos, tornando-a mais vulnerável às IACS. Deste modo, é de suma importância que o enfermeiro especialista em EMC-PSC seja detentor de conhecimentos e competências na área da prevenção e controlo de infeção.

Durante este curso de mestrado houve vários contributos para a aquisição desta competência, nomeadamente a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 onde foram abordadas várias questões sobre IACS no que diz respeito à sua tipologia, tipos de isolamento e equipamentos de proteção individual necessários.

No decorrer dos estágios foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tema, tendo sido consultados, entre outros, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (DGS, 2017b), normas hospitalares e feixes de intervenção. Devido à importância da temática a OE (Diário da República, 2015b), refere, nos Padrões de Qualidade, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde como um dos sete enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional.

Em ambos os estágios, mas essencialmente no estágio na UCI CCT, houve contacto com doentes sob ventilação mecânica invasiva, que se tornam mais vulneráveis e suscetíveis a desenvolver uma Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Deste modo, foi cumprido o feixe de intervenções utilizado para a prevenção da PAV, prevenindo assim as complicações associadas e a necessidade em prolongar o internamento. No estágio na UCI CCT houve contacto com doentes com necessidade de isolamento por IACS, tendo sido cumpridas as normas existentes no serviço para tal. Houve também contacto com doentes após transplante cardíaco, que exigem um isolamento protetor visto estarem sob imunossupressão pra evitar a rejeição de órgão. Nestes doentes é imprescindível o cumprimento das normas de isolamento instituídas para evitar eventos adversos que resultem em danos para o doente. É de salientar, a oportunidade de participação num programa de auditoria, enquadrada no Plano Nacional de Controlo de Prevenção e Controlo das IACS. Os dados observados são registados numa base de dados nacional, contribuindo para a avaliação e adaptação das recomendações nacionais.

Tal como previamente referido os estágios foram realizados durante um período pandémico.

Tornou-se, então fundamental, cumprir e fazer cumprir as novas *guidelines* nacionais e institucionais por forma a evitar a infeção cruzada e a disseminação da doença.

Nos locais de estágio foi feita uma consulta das normas e protocolos existentes sobre controlo e prevenção de infeções, tendo sido prestados cuidados de acordo com as indicações emanadas nesses documentos.

Assim, contemplando o que foi explanado, considera-se adquirida esta competência específica de enfermeiro especialista.

Cabe-nos, ainda, referir a **Competência de mestre: 7** - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Perante a fundamentação e reflexão das atividades desenvolvidas nos estágios, com o intuito de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e competências de Mestre em Enfermagem, consideramos que esta última competência associada ao grau de mestre foi adquirida.

4. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio representa o culminar de mais uma etapa profissional, a finalização do ciclo de estudos do curso de mestrado. O percurso percorrido foi rico em variedade de situações e possibilidades de aprendizagem, o que exigiu uma busca de conhecimentos e a reflexão crítica, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e competências de Mestre em Enfermagem.

Deste modo, com vista ao enquadramento dos momentos de aprendizagem, foi, inicialmente, feita uma breve caracterização dos contextos de estágio. Seguidamente foram apresentadas as várias etapas do PI desenvolvido no estágio final, tendo por base a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010), com fundamentação das mesmas e descrição das atividades que as concretizam. Foi também efetuada uma ligação com o referencial teórico em que nos baseámos, a Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner (Benner et al., 2011). Com a elaboração do PI constatou-se a importância de uma comunicação eficaz, não só por ser um elemento fulcral na continuidade dos cuidados de enfermagem, mas também pela questão da segurança para o doente. É exigido um aperfeiçoamento incessante nas questões comunicacionais visto constituírem a base dos cuidados de enfermagem (Brás & Ferreira, 2016). O PI implementado culminou na construção de um instrumento padronizado, de acordo com a metodologia ISBAR, para o momento da transição de cuidados do doente pós-cirurgia cardiotorácica aquando da sua admissão na UCI CCT, com o intuito de diminuir a existência de erros/lacunas, promovendo a segurança do doente. Este PI mostrou ser uma mais-valia para o serviço através da necessidade identificada que tem uma influência na qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na segurança do doente.

Na última parte deste relatório é apresentada uma análise reflexiva, devidamente fundamentada, do processo de aquisição do conjunto de competências anteriormente referido. Procurou-se descrever as atividades desenvolvidas e os desafios que emergiram durante todo este percurso, relacionando a componente teórica com a componente prática deste curso de mestrado. Destaca-se, novamente, o PI por todo o investimento nele aplicado e pelo seu contributo no consolidar de várias aprendizagens importantes para a aquisição de competências. Analisar e refletir são ações cruciais para a evolução pessoal e profissional.

Face ao exposto, considera-se que foram alcançados os objetivos traçados no presente relatório, pois consideram-se adquiridas as competências que atribuem o título de enfermeiro

especialista em EMC-PSC, bem como as competências que conferem o grau de Mestre em Enfermagem.

O caminho percorrido não foi fácil, salientando-se a gestão da disponibilidade para a realização dos turnos de estágio, principalmente no estágio da UCI CCI devido à sua localização geográfica.

Em suma, este longo e desafiante, mas gratificante percurso académico, proporcionou crescimento e desenvolvimento, considerando que a busca contínua de novos conhecimentos e novas experiências permitiu a aquisição de novas aprendizagens a nível pessoal e profissional. Todas estas aquisições irão contribuir para uma mudança de atitudes e comportamentos enquanto futura enfermeira especialista em EMC-PSC e Mestre em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da Dor: Manual de Estudo*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Birmingham, P., Buffum, M., Blegen, M., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *West Journal of Nursing Research*, pp. 1458-1478.
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). *A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura*. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572–577. Obtido de <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/796/782>
- Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). *Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão*. *Sinais Vitais*, 13–18. Obtido de https://www.academia.edu/10982065/PASSAGEM_DE_TURNO_EM_ENFERMAGEM_uma_reflexão
- Colvin, M., Eisen, L., & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit - Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*, pp. 96-106.
- Coriolano-Marinus, M. W. de L., de Queiroga, B. A. M., Ruiz-Moreno, L., & de Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: Revisão integrativa da literatura. *Saude e Sociedade*, 23(4), 1356–1369. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
- Cunha, J. M. (2019). *Cuidados de enfermagem especializados no controlo de temperatura do doente vítima de paragem cardiorrespiratória*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28664/3/Joana%20Cunha%20-%20Cuidados%20de%20enfermagem%20especializados%20no%20controlo%20de%20temperatura%20do%20doente%20vítima%20de%20paragem%20cardiorrespiratoria.pdf>
- Diário da República. (2015a). Lei no 156/2015 - Código Deontológico, de 16 de setembro.

- Diário da República. (2015b). Diário da República, 2.ª série — N.º 123 — 26 de junho de 2015. Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, Portugal: Diário da República.
- Diário da República. (2018). Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017*. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Obtido de SNS: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Dusse, F., Putz, J., Bohmer, A., Schieren, M., Joppich, R., & Wappler, F. (2021). Completeness of the operating room to intensive care unit handover: a matter of time? *BMC Anesthesiology*, 21(38). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12871-021-01247-3>
- Ferreira, M., Consciência, J., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Patient safety culture: Study of some intervening factors. *Millenium*, 2(6), 33-39. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0206.03.00174>.
- Ferreira, M. A. G. A., Sequeira, A. R. C., Molina, D. M. M., Boiças, R. I. da S., & Wees, S. P. W. Van. (2020). Utilização de comunicação estandardizada na transição de cuidados do doente. *Revista Eletrônica Nurses*, 1(1), 42–56.
- Figueiredo, A. R., Santos Potra, T., & Lucas, P. B. (2019). Comunicação Eficaz Na Transição De Cuidados De Saúde: Uma Revisão Scoping. *Atas CIAIQ2019*, 2, 279–288.
- Freitas, M. J. (2015). Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde. (Tese de Doutoramento em Enfermagem), Universidade Católica Portuguesa.
- Graan, S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, pp. 165-171.
- Hospital (2021a). Portal do Hospital. <http://www.hospital.pt/2019/12/27/o-hospital>
- Hospital (2021b). Portal do Hospital. <https://www.hospital.pt/index.php/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores>
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota, L., & Príncipe, F. (2018). Percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 99–106.
- Medeiros, A., Enders, B. & Lira, A. (2015). *Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma*

- Análise Crítica*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 19(3), 518–524. Obtido de <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>
- Mendes, J. L. V., Cardoso, S., Hott, A. R. N., & Souza, F. L. S. (2020). Importância da comunicação para uma assistência de enfermagem de qualidade: uma revisão integrativa. 32, 169–174.
- Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República, 2ª série Nº 153 Despacho nº 10319/2014*, (pp. 20673-20678).
- Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República. 2.ª série, n.º 102, 13550- 13553
- Ministério da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República 2.ª Série. n.º 187 (96-103).
- Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, pp. 1 - 10.
- Nagammal, S., Nashwan, A., Nair, S., & Susmitha, A. (2016). Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*, pp. 103 - 110.
- Nogueira, J. & Rodrigues, M. (2015). *Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente**. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636–640.
- Nunes, L. (2020). *E se eu não puder decidir? – Saber escolher no final da vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, nº35, 2ª série*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (...). *Diário da República, nº 135, 2ª série*. Lisboa.

- Ordem do Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 26, Série II, 4744 - 4750. Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Randmaa, M. (2016). *Communication and Patient Safety. Transfer of information between healthcare personnel in anaesthetic clinics*. Uppsala University. Obtido de <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:906914/FULLTEXT01.pdf>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, A., & Ferrão, S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica - Revisão da Literatura. *Research Gate*.
- Silva, E. & Rodrigues, F. (2016). *Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório*. *Revista de Enfermería y Humanidades: Cultura de los Cuidados*, (46), 134–135. Obtido de <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.46.13>
- Silva, A.; Alves, M.; Sanches, R.; Terra, F. & Resck, Z. (2016). *Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro*. *Saúde Debate*, 40(111), 292–301. Obtido de <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>
- Stewart, K. (2016). *SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review*. University of Tennessee at Chattanooga. Obtido de <http://scholar.utc.edu/honors-theses>
- The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- Tranquada, M. (2013). *A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Obtido de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE - COMUNICAÇÃO NAS PASSAGENS DE TURNO.pdf>
- Universidade de Évora [UE] (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos. Retirado de <http://gdoc.uevora.pt/384829>.

APÊNDICES

Apêndice A: Grelha de observação

Descrição (momento de observação de dados)	S	N
Identify (Identificação)		
c) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente		
d) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal		
Situation (Situação atual/causa)		
d) Data e hora da admissão		
e) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde		
f) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados e/ou a realizar		
Background (Antecedentes/Anamnese)		
f) Antecedentes clínicos		
g) Níveis de dependência		
h) Alergias conhecidas		
i) Técnicas invasivas realizadas		
j) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar		
Assessment (Avaliação)		
e) Problemas ativos		
f) Terapêutica (medicamentosa e não medicamentosa) instituída		
g) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas		
h) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas		
Recommendation (Recomendações)		
c) Indicação do plano de continuidade de cuidados		
d) Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica agendados		

Apêndice B: Consentimento Informado, livre e esclarecido

Consentimento Informado

O Projeto de Intervenção denominado “*Transição de cuidados na admissão do doente crítico após cirurgia cardiotorácica numa Unidade de Cuidados Intensivos*” surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Universidade de Évora sob a orientação da Professora Mariana Pereira.

Com o estudo em causa pretende-se promover a segurança do doente admitido nesta Unidade, na transição de cuidados, após cirurgia cardiotorácica. Para a sua concretização solicito a sua participação ao consentir a observação direta da transmissão de informação aquando da admissão do doente nesta Unidade após cirurgia cardiotorácica.

A participação é de carácter voluntário, podendo ser interrompida a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo. Importa referir que não será identificado durante o decorrer do estudo e será mantido o carácter confidencial da informação recolhida.

O estudo foi submetido a aprovação pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Grata pela sua colaboração,

(Cátia Sofia Espingardeiro Machado)

Enfermeira do Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.

Contacto: 934301399

Endereço e-mail: ksem17@hotmail.com

.....
Declaro ter compreendido e concordado inteiramente com as condições que me foram apresentadas, consentindo participar neste estudo e autorizando a análise dos dados fornecidos, confiando que serão apenas utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de 2021

Apêndice C: Cronograma de atividades

Atividades	Setembro				Outubro			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Estágio na UCI CCT								
Reunião com enfa supervisora e enfa chefe								
Observação de necessidades de intervenção								
Análise SWOT								
Definição do tema/objetivo geral								
Elaboração e entrega de projeto								
Observação direta								
Elaboração da norma								
Construção de instrumento padronizado								
Observação direta após implementação do instrumento								
Pesquisa bibliográfica em bases de dados								
Aquisição de competências								
Elaboração e entrega de estudo de caso								

Atividades	Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Estágio na UCI CCT												
Reunião com enfa supervisora e enfa chefe												
Observação de necessidades de intervenção												
Análise SWOT												
Definição do tema/objetivo geral												
Elaboração e entrega de projeto			15									
Observação direta												
Elaboração da norma												
Construção de instrumento padronizado												
Observação direta após implementação do instrumento												
Pesquisa bibliográfica em bases de dados												
Aquisição de competências												
Elaboração e entrega de estudo de caso												28

Apêndice D: Norma de Orientação Clínica “Comunicação Eficaz”

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM		Edição: 01 Revisão: 00 Página 1 de 6
Comunicação Eficaz		
COMUNICAÇÃO EFICAZ		
1. Objetivos		
<ul style="list-style-type: none">✔ Definir princípios orientadores ao nível da comunicação eficaz✔ Implementar a utilização da técnica ISBAR na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica (UCI CCT)✔ Uniformizar os padrões comunicacionais, tornando eficaz e efetiva a comunicação na UCI CCT✔ Minimizar as falhas na transmissão de informação✔ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente		
2. Âmbito		
Aplica-se aos enfermeiros da UCI CCT		
3. Definições		
Comunicação eficaz	Transmissão de informação oportuna, atempada, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo recetor.	
Transmissão de informação	Comunicação entre profissionais de saúde e/ou instituições prestadoras de cuidados, relativamente a identificação e informação do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência da responsabilidade de prestação de cuidados (temporária ou permanente).	
ISBAR	Ferramenta de padronização de comunicação em saúde reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados em vários contextos. Fomenta o pensamento crítico e reduz o tempo na transferência da informação.	
Mnemónica ISBAR	Auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas, que serão utilizadas na transmissão verbal. <ul style="list-style-type: none">- I (Identificação Identificação): Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação bem como do doente a que diz respeito a informação;- S (Situação Situação atual): Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;- B (Background Antecedentes): Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;- A (Assessment Avaliação): Informações sobre o estado do doente, terapêutica instituída (medicamentosa e não medicamentosa), estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;- R (Recommendation Recomendações): Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	
Segurança do doente	Redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é direcionado para o conhecimento atual, contexto da prestação	
ELABORADO/		APROVADO
Data: <u> / / </u>		Data: <u> / / </u>

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM		Edição: 01
Comunicação Eficaz		Revisão: 00
		Página 2 de 6

	de cuidados, recursos disponíveis em oposição ao risco de não tratamento ou outro.
Transição de cuidados de saúde	<p>É qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como função a continuidade e segurança dos mesmos. Exemplos: transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra inter instituições.</p> <p>São momentos vulneráveis da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação: admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e mudanças de turno na mesma instituição.</p>

4. Referências

- Direção Geral da Saúde [DG5] (2017). Norma nº001/2017 de 06 de fevereiro de 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde, 1-8.
- Ferreira, M., Consciência, J., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Culture of patient safety: Study of some intervening factors. *Milennium*, 2(6), 33-39. DOI: <https://doi.org/10.29352/mil0206.03.00174>.
- Ferreira, M. A. G. A., Sequeira, A. R. C., Molina, D. M. M., Boiças, R. I. da S., & Wees, S. P. W. Van. (2020). Utilização de comunicação estandardizada na transição de cuidados do doente. *Revista Eletrónica Nurses*, 1(1), 42-56.
- Ministério da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República 2.ª Série. n.º 187 (96-103).

5. Responsabilidades

Enfermeiros da UCI CCT [REDACTED]

6. Descrição

6.1 Orientações Gerais

- É um conjunto de ações que visam a manutenção de uma comunicação eficaz, assegurar a comunicação e prevenir complicações.
- A comunicação é crucial ao longo do ciclo de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, de transferência de responsabilidade ou de passagem de informação entre profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2021).
- Na área da saúde, os profissionais trabalham em ambientes complexos, pelo que é fundamental a equipa ter um bom exercício e, conseqüentemente, uma comunicação eficaz entre a mesma (Ferreira et al., 2020).
- O processo de transferência de informação (~~handoff~~) de um doente durante a transição de cuidados (passagem de turno, transferência de responsabilidade entre profissionais de saúde) pode originar erros na comunicação, o que

ELABORADOR	APROVADO
Data: <u> / / </u>	Data: <u> / / </u>

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM		Edição: 01 Revisão: 00 Página 3 de 6
Comunicação Eficaz		
<p>se repercute na segurança do doente. Os erros de comunicação podem originar consequências graves como erros de medicação, atrasos no tratamento, infeções nosocomiais, quedas, entre outros (Ferreira et al., 2020). Errar é uma condição humana, mas, reconhecer o erro e alcançar competências para a sua prevenção, é imperativo para o desenvolvimento pessoal e profissional (Santos et al., 2010 citado por Ferreira et al., 2018).</p> <ul style="list-style-type: none">• Em Portugal, este é um paradigma prioritário para a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e para o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) que assinalam a cultura de segurança como urgente nas intervenções de melhoria (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015 citado por Ferreira et al., 2018). Deste modo, no PNSD 2021-2026 a comunicação é contemplada como um dos pilares que requerem intervenção pelo que foram definidas metas a atingir. Foram delineados 3 objetivos estratégicos, dando-se enfoque ao seguinte: Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. Para tal, são propostas as seguintes ações: a) Atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde; b) 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; c) Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados. Como meta para 2026 pretende-se que: 90 % das instituições de prestação de cuidados de saúde com monitorização e realização de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.• Como instrumento de padronização da comunicação, surge a técnica ISBAR "(...)" que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados "(...)" (DGS, 2017, p.4). É uma ferramenta que permite aos enfermeiros "(...)" através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações "(...)" (DGS, 2017, p.4).• A presente norma de procedimento, elaborada com base na norma nº001/2017 da Direção Geral da Saúde (DGS), tem como propósito melhorar a transmissão de informação na equipa de enfermagem com recurso à técnica ISBAR. Permite operacionalizar a norma nº001/2017 elaborada pela DGS adequando a mesma ao contexto específico da UCI CCT. Neste contexto clínico são efetuadas inúmeras admissões e transferências de doentes para outros serviços, para além dos momentos de passagem de turno.• Relativamente à transmissão interna, esta está relacionada com a passagem de informação na mudança de turno. Na UCI CCT a permanência do doente é relativamente curta (o doente é transferido para outro serviço após 24-48h na maioria das situações) pelo que é extremamente importante, a nível interno, transmitir todos os pontos da técnica ISBAR com exceção ao ponto I alínea b) nome e função do profissional de saúde emissor; e nome e função do profissional de saúde recetor, uma vez que a transmissão de informação se faz entre enfermeiros da mesma equipa, em que todos se conhecem.• Em relação à transmissão externa de informação, toda a informação contida na mnemónica ISBAR deve ser transmitida de modo a garantir a inexistência de falhas na transmissão de informação relativa ao estado de saúde do doente.		
ELABORADO/ Data: <u> / / </u>	APROVADO Data: <u> / / </u>	

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM	Edição: 01
Comunicação Eficaz	Revisão: 00
	Página 4 de 6

6.2 Requisitos

Os enfermeiros devem conhecer a técnica ISBAR e adequar o seu uso na transmissão de informação.

6.3 Procedimento

- Nos momentos de transição de cuidados, em qualquer nível de prestação, deve ser aplicada a técnica ISBAR.
- Entre profissionais de saúde, a transferência de informação deve ser prioritária em todos os momentos críticos de transição de cuidados.
- Na transição de cuidados, os responsáveis pela transmissão de informação devem estar identificados inequivocamente (nome, categoria e função).
- Nas transições a transmissão de informação deve ser escrita de forma clara e legível:
 - Nas situações não contempladas do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro (Define regras relativamente aos registos eletrónicos no que respeita às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos, nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde), a informação deverá corresponder aos conteúdos explanados no Anexo I da norma nº001/2017 da DGS;
 - Nas situações em que a transmissão de informação é executada de forma oral esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando como modelo o Anexo I da norma nº001/2017 da DGS.

Anexo I - modelo explicativo da técnica ISBAR

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

- Na comunicação oral de prescrições emergentes: são prescrições orais não recomendadas, aplicáveis apenas em situação de emergência. O recetor deve ouvir com atenção e repetir em voz alta. As indicações orais devem ser posteriormente registadas em notas de enfermagem.

ELABORADO/	APROVADO
Data: <u> / / </u>	Data: <u> / / </u>

- Comunicação oral de resultados críticos de MCDT'S: um resultado crítico resulta de valores que evidenciam uma situação ou quadro clínico que coloca em risco a vida do doente. Implica uma transmissão do resultado ao médico para posterior intervenção. O recetor deve ouvir a mensagem com atenção, registar a informação (data e hora da comunicação do resultado crítico, resultado identificado como resultado crítico, identificação do emissor), repetir e confirmar a informação.
- Na UCI CCT a maioria dos doentes admitidos são provenientes do BO (Bloco Operatório). De modo a assegurar uma transição de cuidados eficaz que promova a segurança do doente e cuidados de qualidade, o doente deve sair do BO acompanhado pelo enfermeiro e médicos responsáveis que transmitirão a informação necessária à chegada à UCI CCT.

6.4 Registos

Os registos de enfermagem devem ser efetuados, tendo em conta a mnemónica ISBAR, em folha própria para o efeito, consoante o tipo de transição de cuidados (passagem de turno, transferência de [serviço](#)).

7. Anexos

Anexo I – Grelha de auditoria

8. Siglas

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral da Saúde

PN5D – Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes

UCI CCT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM	Edição: 01
Comunicação Eficaz	Revisão: 00
	Página 6 de 6

Anexo I – Grelha de Auditoria

Grelha de Auditoria – Comunicação Eficaz				
Local:	Data:			
Realizado por:				
Momento da transição de cuidados				
Admissão hospitalar				
Alta hospitalar				
CrITÉrios	S	N	NA	Observações
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
2. Nos momentos críticos a transferência de informação entre profissionais é prioritária?				
3. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?				
4. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?				
5. Na transmissão de informação é referido:				
a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente				
b) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal				
c) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde				
d) MCOTs realizados e/ou a realizar				
e) Antecedentes clínicos				
f) Níveis de dependência				
g) Alergias conhecidas				
h) Técnicas invasivas realizadas				
i) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar				
j) Problemas ativos				
k) Terapêutica (medicamentosa e não medicamentosa) instituída				
l) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas				
m) Indicação do plano de continuidade de cuidados				
n) Informação sobre consultas e MCOTs agendados				
Subtotal	/	/	/	
Índice de conformidade	%			

ELABORADO/	APROVADO
Data: <u> / / </u>	Data: <u> / / </u>

Apêndice E: Instrumento padronizado para a transição de cuidados

LISTA DE VERIFICAÇÃO/ADMISSÃO PÓS-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE
(COLLAR ETIQUETA)

PROVENIÊNCIA:
DATA/HORA DE ADMISSÃO:
ENF(A) QUE RECEBE O DOENTE:

I	IDENTIFY	Gênero: _____ Idade: _____ Nacionalidade: _____ Peso: _____ Pessoa significativa: _____	
	S	SITUATION Motivo de admissão: _____ Meios Complementares de Diagnóstico realizados: _____ _____	
B	BACKGROUND	Antecedentes pessoais: _____ _____	
		Alergias: Sim [] _____ Não [] _____ Níveis de dependência: _____ _____	
A	ASSESSMENT	A	Permeável [] Não permeável [] Tubo ET nº _____ Nivel _____ Data: _____
		B	Oxigenoterapia: Sim [] Não [] MV _____% ON _____ L/min Oxido nitrico: Sim [] Não [] FR (cpm): _____ SpO2 (%): _____
		C	Pressão arterial (mmHg): _____ Traçado cardíaco: _____ FC (bpm): _____ Drenos: Sim [] Não [] Necessidade de UCE: Sim [] Não []
		D	Glasgow: _____(O), _____(V), _____(M) BMT (mg/dL): _____
		E	Temperatura (°C): _____ Integridade de pele: Sim [] Não [] Pensos: _____
		ACESSOS: Periférico: _____ Data: _____ CVC: _____ Data: _____ LA: _____ Data: _____ Outro: _____ Data: _____	
		RASS: _____	
		Algaliação: Sim [] Não [] Nº _____ Data: _____ SNG: Sim [] Não [] Nº _____ Data: _____	
		Terapêutica administrada e em curso:	
R	RECOMMENDATION	Plano (MCDT's e consultas agendados, ...):	

Apêndice F: Estudo de caso

Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: um Estudo de Caso

Nursing diagnoses in immediate postoperative period of cardiac surgery: a case study

Cátia Sofia Espingardeiro Machado, Enfermeira no Hospital do Espírito Santo Évora E.P.E., Aluna do Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade de Évora – ksem17@hotmail.com

Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira, Enfermeira. Mestre em Ciências da Educação. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal - mariana.pereira@ess.ips.pt

RESUMO


Introdução: A comunicação interventricular pode ocorrer na sequência do Enfarte Agudo do Miocárdio e tem como tratamento a correção cirúrgica. O pós-operatório de cirurgia cardíaca é caracterizado por inúmeras particularidades exigindo do enfermeiro cuidados de elevada complexidade. O enfermeiro deve cumprir as etapas do processo de enfermagem de modo a formular um plano de cuidados personalizado. Utilizar o processo de enfermagem e uma comunicação eficaz contribui para a segurança do doente.

Objetivo: Enunciar os diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de doença cardíaca e respetivas intervenções. **Metodologia:** Estudo de caso clínico com recurso ao processo de enfermagem. Para a elaboração dos diagnósticos e respetivas intervenções foi utilizada a nomenclatura CIPE. **Resultados:** Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram “dor”, “ferida cirúrgica presente”, “risco de choque”, “risco de desequilíbrio eletrolítico”, “risco de hipotermia”, “risco de infeção”, “risco de processo do sistema respiratório comprometido”. Para cada diagnóstico foram planeadas intervenções de enfermagem. **Discussão:** Vários estudos reforçam a importância de identificar os diagnósticos de enfermagem com vista à prestação de cuidados adequados. A execução das intervenções planeadas exige uma atuação rápida e eficaz no sentido de evitar possíveis complicações, atingindo o melhor resultado possível. As competências específicas do Enfermeiro Especialista sustentam a prática do cuidar da pessoa em situação crítica. **Conclusão:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem e o planeamento das intervenções são essenciais para uma resposta holística, personalizada, atempada, de alta complexidade e qualidade com o mínimo de complicações. **Descritores:** enfarte agudo do miocárdio, comunicação interventricular, diagnósticos de enfermagem, cirurgia cardíaca, período pós-operatório.

ABSTRACT

Introduction: Interventricular communication can occur following Acute Myocardial Infarction and its treatment is surgical correction. The postoperative period of cardiac surgery is characterized by numerous particularities requiring highly complex care from nurses. Nurses must complete the steps of the nursing process in order to formulate a personalized care plan. Using the nursing process and effective communication contributes to patient safety. **Objective:** To enunciate nursing diagnoses in the postoperative period of heart disease and respective interventions. **Methodology:** Clinical case study using the nursing process. For the elaboration of diagnoses and respective interventions, the CIPE nomenclature was used. **Results:** The main nursing diagnoses identified were "pain", "surgical wound present", "risk of shock", "risk of electrolyte imbalance", "risk of hypothermia", "risk of infection", "risk of compromised process of respiratory system". For each diagnosis, nursing interventions were planned. **Discussion:** Several studies reinforce the importance of identifying nursing diagnoses in order to provide adequate care. The execution of the planned interventions requires rapid and effective action to avoid possible complications, achieving the best possible result. The specific competencies of the Specialist Nurse support the practice of caring for the person in a critical situation. **Conclusion:** The identification of nursing diagnoses and the planning of interventions are essential for a holistic, personalized, timely, high-complexity and quality response with minimal complications. **Keywords:** myocardial infarction, interventricular communication, nursing diagnoses, cardiac surgery, postoperative period.

Apêndice G: Pedido à Comissão de Ética da UE

 Serviços Académicos	Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto	MODELO T-013
	PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA	Ano Letivo: 2021 / 2022
Impresso a anexar ao T-005 no caso de projetos que contemplem experiências com seres vivos, com vista ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora		
1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		
Nome Completo: <u>Cátia Sofia Espingardeiro Machado</u>		
Número: <u>m47030</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica</u>		
2. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: <u>934301399</u> E-mail: <u>m47030@alunos.ucvora.pt</u>		
3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO		
Título do Projeto: <u>Transição de cuidados na admissão do doente crítico após cirurgia cardiotorácica numa Unidade de Cuidados Intensivos.</u>		
Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: <u>Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira</u>		
Responsáveis Académicos - Colaboradores: <u>Enf.ª Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica L [REDACTED]</u>		
4. RESUMO		
<p>Na prestação de cuidados a comunicação é essencial, salientando-se os momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade ou passagem de informação entre os profissionais envolvidos nos cuidados ao doente (Ministério da Saúde, 2021).</p> <p>A transição de cuidados deve respeitar a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre os elementos prestadores de cuidados, em prol da segurança do doente, devendo ser uniformizada utilizando a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation). A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos críticos de transição de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017), sendo a admissão na Unidade de Cuidados Intensivos após cirurgia cardiotorácica um desses momentos.</p> <p>Face ao exposto considera-se pertinente a presente proposta de projeto que recai sobre o tema da segurança do doente mais concretamente na transição de cuidados no período pós-cirurgia cardiotorácica. No contexto de estágio, Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Cruz, esta é uma área de oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados, em concreto na sistematização da informação a transmitir entre os profissionais. Realizada validação sobre a pertinência da temática com Enfermeira Chefe do serviço e Enfermeira Orientadora.</p> <p>Pretendemos com este projeto: Promover a segurança do doente admitido numa UCI, na transição de cuidados, após cirurgia cardiotorácica.</p> <p>Método: Recurso à metodologia de projeto, nas diferentes fases (diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados).</p> <p>Pretendemos com este projeto capacitar os enfermeiros na transição de cuidados, nomeadamente na informação que deve ser recebida e registada no período pós cirurgia cardiotorácica aquando da admissão na UCI CCT. Espera-se, também, que este projeto incentive a uma prática profissional que conduza à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.</p>		

[Página 1 de 4]

5. FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A segurança do doente é, atualmente, alvo de progressiva preocupação e atenção por parte de organizações a nível mundial. Em Portugal, essa atenção está plasmada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 onde estão definidos objetivos estratégicos e metas a atingir em vários pilares sendo um deles a comunicação.

Na área da saúde, a comunicação e a sua importância têm, nas últimas décadas, sido alvo de estudo. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde salienta-a como fulcral na qualidade da segurança na prestação dos cuidados (Santos et al., 2010 citado por Ferreira et al., 2018).

Para o enfermeiro, a comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial, uma vez que lhe permite conhecer a pessoa, o seu ambiente de vida e a visão que tem do mundo. Encoraja os esforços da pessoa em se proteger da doença, na consciencialização da doença e na responsabilização pelo seu tratamento (Phaneuf, 2005).

Na prestação de cuidados a comunicação é essencial, salientando-se os momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade ou passagem de informação entre os profissionais envolvidos nos cuidados ao doente (Ministério da Saúde, 2021).

A transição de cuidados deve respeitar a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre os elementos prestadores de cuidados, em prol da segurança do doente, devendo ser uniformizada utilizando a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation). A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos críticos de transição de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017), sendo a admissão na Unidade de Cuidados Intensivos após cirurgia cardiotorácica um desses momentos.

Os Enfermeiros são os profissionais mais próximos do doente e mais presentes durante o processo de cuidar. Como refere a Ordem dos Enfermeiros no preâmbulo do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista promove "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.17240). Para tal, é imprescindível que os dados e informação clínica que transitam entre cuidados sejam fiáveis.

6. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Promover a segurança do doente admitido numa UCI, na transição de cuidados, após cirurgia cardiotorácica.

Objetivos específicos:

Elaborar Norma de Orientação Clínica sobre Transição de Cuidados na pessoa admitida numa UCI.

Introduzir uma abordagem padronizada no registo de informação do doente admitido na Unidade de Cuidados Intensivos após cirurgia cardiotorácica.

7. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes são os enfermeiros que exercem funções na UCI [REDACTED], no decorrer do período de implementação do projeto.

(Página 3 de 4)

8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS
Observação não participante de momento de transição de cuidados com recurso a check-list (elaborada a partir do Anexo I da Norma 001/2017)
9. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
Anexo I da norma nº001/2017 da DGS
10. COMO SERÃO RECOLHIDOS OS DADOS
Os momentos de avaliação inicial e final serão os momentos oportunos para a recolha de dados, estes serão registados no formulário presente no anexo I da norma nº001/2017 da DGS. Posteriormente, os dados serão submetidos a uma análise descritiva.

11. COMO SERÁ MANTIDA A CONFIDENCIALIDADE NOS REGISTOS	
<p>Assegurado o anonimato e confidencialidade das fontes, registo com codificação numérica. Os dados serão da responsabilidade do investigador, permanecendo em local seguro e de acesso restrito. Será ainda salvaguardada a confidencialidade do contexto pela não identificação da instituição, local ou contexto.</p> <p>Serão tidos em conta os princípios ético-deontológicos em vigor.</p>	
12. ESTUDOS PRÉVIOS EM QUE SE BASEIA ESTA INVESTIGAÇÃO	
<p>Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde. Acedido a 10 de outubro de 2021 em http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx</p> <p>Ferreira, M., Consciência, J., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Culture of patient safety: Study of some intervening factors. <i>Millenium</i>, 2(6), 33-39. DOI: https://doi.org/10.29352/mil00206.03.00174</p> <p>Ministério da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <i>Diário da República 2.ª Série</i>. n.º 187 (96-103).</p> <p>Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento no 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. <i>Diário Da República</i>, 2.ª Série N.º 123, 17240–17243. https://www.odemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf</p> <p>Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda</p>	
13. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO ESTUDO	
<p>Será apresentada à equipa de enfermagem documento de consentimento livre e esclarecido, podendo os participantes recusar a qualquer momento a participação.</p>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input type="checkbox"/> _____ <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Orientador <input type="checkbox"/> _____	<p><i>Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.</i></p>

Apêndice H: Formação efetuada no SUP



REGISTADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Formação em Serviço

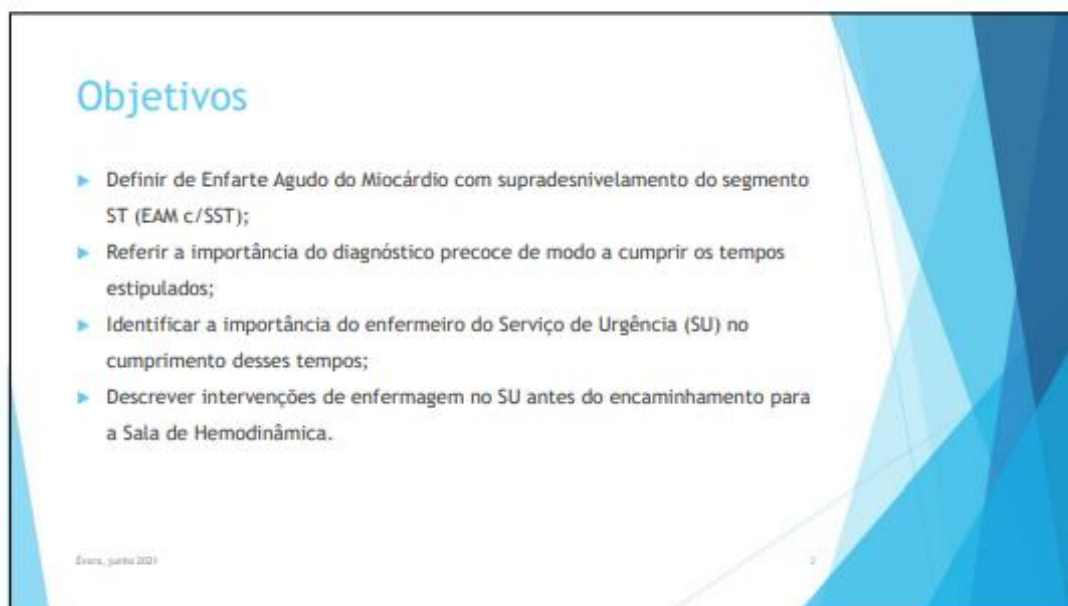
Via Verde Coronária: Encaminhamento para Intervenção Coronária Percutânea (ICP) e cuidados de enfermagem

Serviço de Urgência - Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente: Prof.ª Dr.ª Mariana Pereira
Enfermeira Supervisora: [REDACTED]
Aluna: Cátia Machado nº m47030

Evora, junho 2021

1

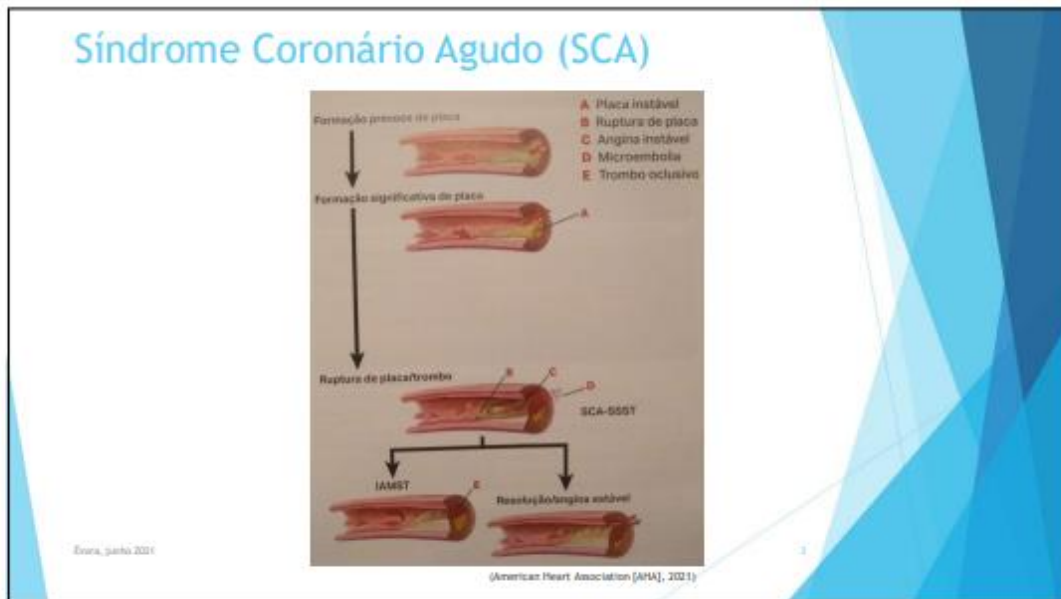


Objetivos

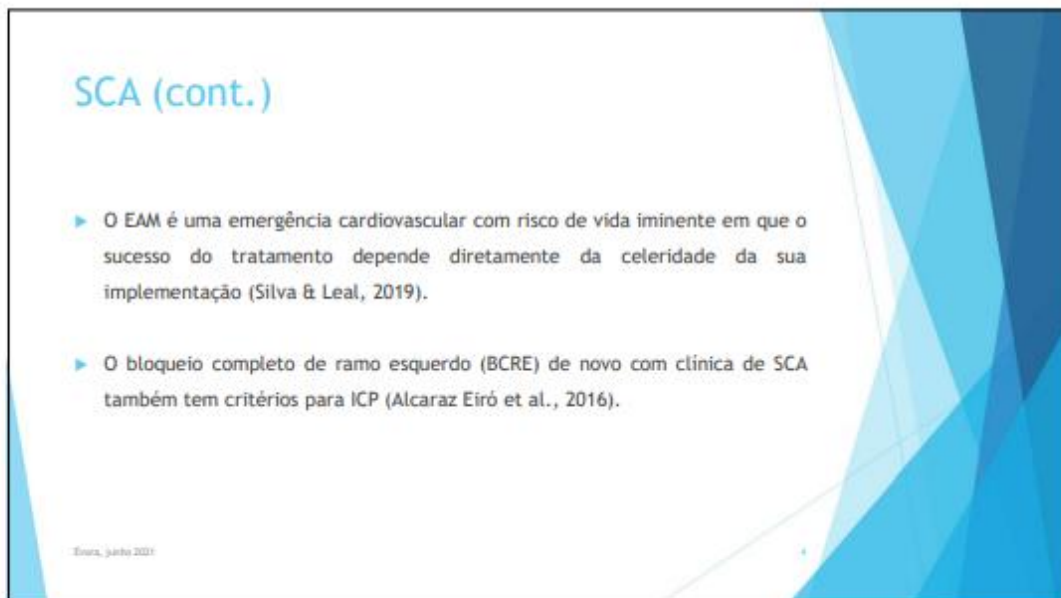
- ▶ Definir de Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAM c/SST);
- ▶ Referir a importância do diagnóstico precoce de modo a cumprir os tempos estipulados;
- ▶ Identificar a importância do enfermeiro do Serviço de Urgência (SU) no cumprimento desses tempos;
- ▶ Descrever intervenções de enfermagem no SU antes do encaminhamento para a Sala de Hemodinâmica.

Evora, junho 2021

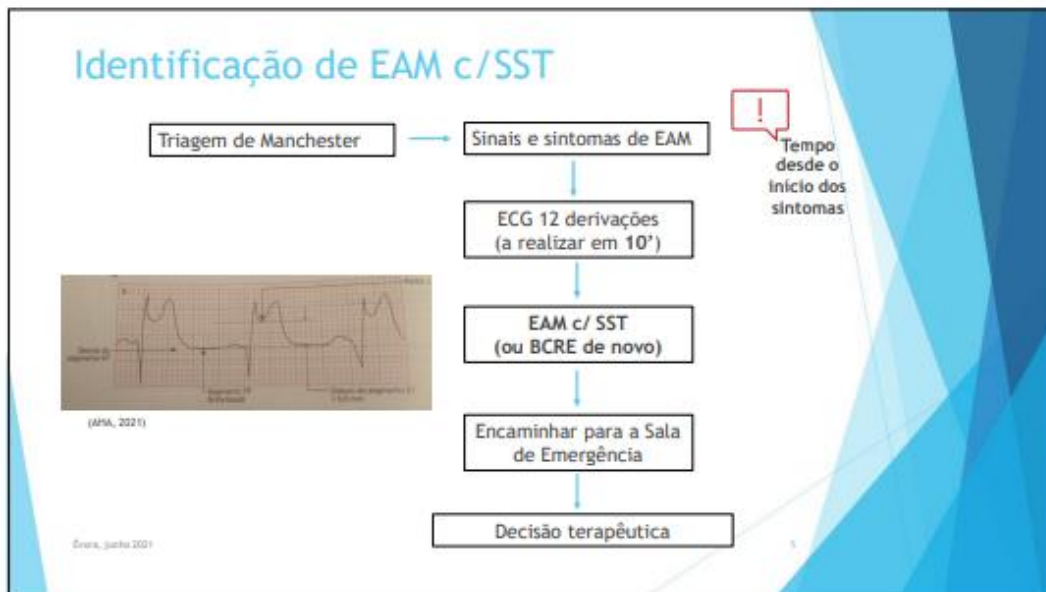
2



3



4



5

Revascularização

- ▶ A reperfusão do fluxo sanguíneo das coronárias é fundamental para na melhoria do prognóstico; atrasos na reperfusão estão associados a piores resultados (Alcaraz Eiró et al., 2016).
- ▶ A ICP é a opção terapêutica *gold-standard* sempre que se encontre disponível (Su et al., 2021; Soares & Ferreira, 2017). Deve ser efetuada nos primeiros 90 minutos desde a entrada do doente no SU de um hospital com Sala de Hemodinâmica (AHA, 2021).
- ▶ A fibrinólise está indicada na impossibilidade de ICP em menos de 120 minutos desde a entrada do doente no SU e na ausência de contraindicações (Alcaraz Eiró et al., 2016).

Evora, junho 2021

6

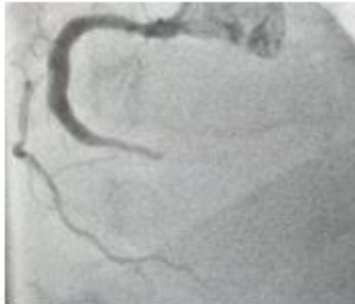


Fig.1: artéria coronária direita ocluída



Fig.2: artéria coronária direita após ICP

Esora, junho 2021

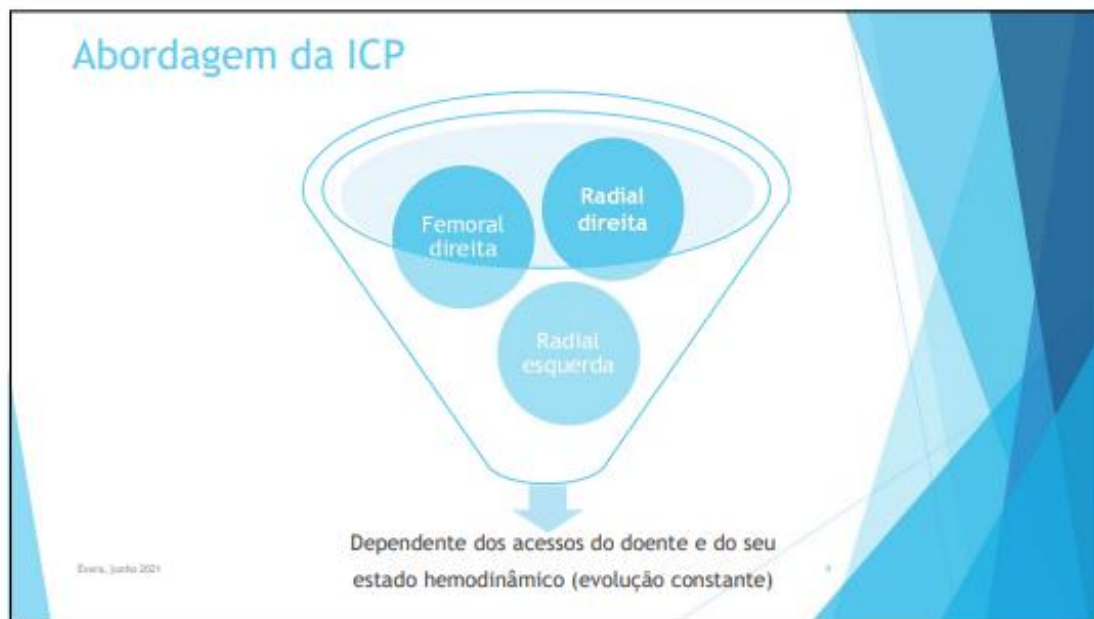
7

A importância da intervenção no SU

- ▶ A experiência dos enfermeiros do SU, a sua tomada de decisão e intervenções têm um papel importante na redução do intervalo porta-balão, melhorando assim o resultado do tratamento do doente (Yekefallah et al., 2019).
- ▶ O enfermeiro garante a continuidade de cuidados à pessoa com EAM através da transmissão de informação relevante aos outros elementos da equipa multidisciplinar, o que permite ativar precocemente os procedimentos para a Via Verde Coronária, de modo a que a pessoa receba o tratamento adequado no menor tempo possível (Silva & Leal, 2019).
- ▶ É igualmente importante a passagem de informação aquando da transferência do doente (evolução hemodinâmica, características e evolução da dor, terapêutica administrada, etc).

Esora, junho 2021

8



9

Cuidados de Enfermagem

- ▶ Monitorização cardíaca contínua
- ▶ Avaliação de Sinais Vitais
- ▶ Administrar O₂ se SpO₂ < 90%
- ▶ Avaliar presença de Dor
- ▶ Acesso Venoso Periférico (MSE preferencialmente) + análises (despiste de alterações)
- ▶ Administrar terapêutica de acordo com prescrição médica: AAS + inibidores P2Y₁₂ + nitratos + morfina + heparina
- ▶ Tricotomia (radial e femoral direitas)
- ▶ Recolha de informações: fatores de risco, alergias, medicação habitual, perdas sanguíneas, cirurgias recentes...

(Alcaraz ERO et al., 2016; AHA, 2021)

Evora, junho 2021

10

Cuidados de Enfermagem



- ▶ Manter a estabilidade hemodinâmica e detetar riscos potenciais para a reperfusão coronária no menor tempo possível.
- ▶ Detecção precoce de arritmias, choque e dificuldade respiratória.

NÃO ESQUECER...

- ▶ Informar devidamente o doente (redução da ansiedade, relação empática, transmissão de segurança).
- ▶ Envolver a família no processo terapêutico, sempre que possível.

Évora, junho 2021

11

11

Conclusões

- ▶ Um rápido acesso ao ECG para identificação de EAM c/SST é crucial para alcançar a reperfusão da artéria coronária;
- ▶ A reperfusão da artéria coronária em tempo oportuno é importante na redução das taxas de mortalidade e morbidade para doentes com EAM c/SST;
- ▶ Os enfermeiros do SU têm um papel fundamental;
- ▶ Os cuidados de enfermagem são cruciais na redução dos tempos e deteção de complicações;
- ▶ A simplificação de algoritmos de atuação, a priorização da ICP como tratamento de eleição na revascularização coronária e equipas treinadas no SU são essenciais para o cumprimento dos standards mínimos de tempos de atuação.

Évora, junho 2021

12

12

Referências Bibliográficas

- ▶ Alcaraz Eiró, A., Devesa Pradells, E., Calvillo Garcia, Á., Pueyo Villagrasa, Y., & Villamor Ordozgoiti, A. (2016). Actualización en atención de Enfermería al paciente con síndrome coronario agudo en Urgencias. *Metas Enferm*, 19(9), 6-13.
- ▶ American Heart Association [AHA] (2021). *SAVC: Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - Manual do Profissional*. Orora Visual
- ▶ Silva, C., Sá, F., & Leal, M. (2019). Continuidade de cuidados à pessoa com enfarte agudo do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 59-72.
- ▶ Soares, S. O. de M., & Ferreira, P. A. C. (2017). A pessoa com enfarte agudo do miocárdio no serviço de urgência: fatores que influenciam o tempo de atendimento. *Revista de Enfermagem Referência, série IV*(15), 31-42. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50874-02832017000400004&lang=pt&http://www.scielo.mec.pt/pdf/vserIVn15/serIVn15a04.pdf
- ▶ Su, H.-Y., Tsai, J.-L., Hsu, Y.-C., Lee, K.-H., Chang, C.-S., Sun, C.-K., Wang, Y.-H., Chi, S.-C., & Hsu, C.-W. (2021). A modified cardiac triage strategy reduces door to ECG time in patients with ST elevation myocardial infarction. *Scientific Reports*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-86013-8>
- ▶ Yekefallah, L., Pournorooz, M., Noori, H., & Alipur, M. (2019). Evaluation of Door-To-Balloon Time for Performing Primary Percutaneous Coronary Intervention in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Patients Transferred by Pre-Hospital Emergency System in Tehran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24, 281-286. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_130_18

Evans, junho 2021

13

Apêndice I: Plano da sessão de Formação efetuada no SUP

	Objetivos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração
Introdução e apresentação	<ul style="list-style-type: none"> -Preparação do ambiente -Apresentação da formadora, temática e objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> -Definição de objetivos da sessão 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Microsoft Office PowerPoint® - Computador - Suporte papel 	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> -Exposição da temática; -Proporcionar aprendizagem na área abordada -Familiarizar os participantes com os cuidados ao doente encaminhado para ICP 	<ul style="list-style-type: none"> -Breve enquadramento teórico sobre o tema com as várias definições - Apresentação dos meios de diagnóstico e tratamentos disponíveis bem como dos tempos estipulados em <i>guidelines</i> -Descrição dos cuidados de enfermagem de modo à sua uniformização e ao cumprimento dos tempos - Referir a importância do enfermeiro na celeridade do tratamento 	Expositivo Interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> - Microsoft Office PowerPoint® - Computador - Suporte papel 	8 min
Conclusão e esclarecimento de dúvidas	<ul style="list-style-type: none"> -Realçar a importância da temática -Perceber o impacto da sessão através de diálogo -Compreender a existência de dúvidas e seu esclarecimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir os pontos-chave da sessão - Esclarecer dúvidas 	Expositivo Interrogativo Discussão em grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador -Projetor -Microsoft Office® PowerPoint 	3 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a sessão 		Questionário de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> -Canetas -Papel 	2 min

ANEXOS

Anexo 1: Modelo explicativo da técnica ISBAR

<p>I Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;d) Serviço de origem/destinatário;e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
<p>S Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Data e hora de admissão;b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
<p>B Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Antecedentes clínicos;b) Níveis de dependência;c) Diretivas antecipadas de vontade;d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;e) Hábitos relevantes;f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;g) Técnicas invasivas realizadas;h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
<p>A Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Problemas ativos;b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
<p>R Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Anexo 2: Norma nº001/2017 da DGS



NORMA

Francisco Henrique Moura George
Direção-Geral da Saúde

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

NORMA

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.
2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no n.º 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro.
3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).
5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação;
 - a) Nas situações de transição não contempladas do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, a informação a transmitir deverá corresponder aos conteúdos constantes do Anexo I;
 - b) No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I.

¹ ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).



6. As instituições devem assegurar que:

- a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
- b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013.

Instrumento de auditoria organizacional:

Instrumento de Auditoria				
Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"				
Unidade:				
Momentos da transição de cuidados:				
<input type="radio"/> Admissão hospitalar <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados de saúde primários <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados continuados integrados <input type="radio"/> Alta hospitalar				
Data: __/__/__				
Equipa auditora:				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência / Fonte
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o nº 1 do Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?				
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?				
5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?				
6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?				
7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?				
Subtotal	/	/	/	
ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)	%			



Avaliação final:

$$IC = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{---}\%$$

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

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

Conceitos, definições e orientações

- A. **Segurança do doente:** redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.
- B. **Transição de cuidados de saúde:** 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.
São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/inter-instituições.
São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.
- C. **Transmissão de informação:** comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.
- D. **Comunicação eficaz entre profissionais de saúde:** Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.
- E. **ISBAR:** ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.
- F. **Mnemónica ISBAR:** auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;

Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;

Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



- G. **Profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação:** o médico e/ou o enfermeiro da equipa que acompanha o doente na instituição de origem e de receção, bem como o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar, aquando da admissão nos serviços de urgência.
- H. É utilizado o termo **doente**, sendo o racional da sua escolha o “Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, que, tendo em mente a transversalidade do Serviço Nacional de Saúde, engloba a pessoa que não está doente, como o adulto submetido a imunização, a grávida, a puérpera, o recém-nascido e a criança/adolescente.

Fundamentação

- A. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo, “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS” e para isso recorre a objetivos estratégicos, entre os quais, o aumento da segurança da comunicação.
- B. A qualidade na 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 mortalidade.
- C. As transições de cuidados no doente são momentos frequentes nas organizações de saúde, que podem até passar despercebidos. Mas são consideradas situações vulneráveis para o doente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.
- D. As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.
- E. As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.
- F. As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.
- G. Em relação aos estudos nacionais, apesar da pouca diversidade, no que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, é de referenciar um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde.
- H. A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos.
- I. A comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que



devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.

- J. Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa.
- K. A metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados.
- L. Para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Cristina Ribeiro (coordenação), António Menezes da Silva (Ordem dos Médicos), Tânia Vieira Soares (Ordem dos Enfermeiros) e Tiago Soares.
- C. Foi ouvido o INEM.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Maria João Gaspar.

Bibliografia

- AZEVEDO, Paulo; SOUSA, Paulino. Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. Revista de enfermagem Referência. Lisboa. ISBN, n7 julho 2012,113-122;
- CLARK, Eileen et al. The PACT Project: improving communication at handover. Medical Journal of Australia. 190:11 (2009) 125-127.



CORNELL, Paul et al. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. United States. ISSN 1092-0811. 23:5 (2014) 334-342.

DAWSON, Sarah; KING, Lindy; GRANTHAM, Hugh. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency medicine Australia: EMA*. ISSN 1742-6723. 25:5 (2013) 393-405. doi: 10.1111/1742-6723.12120.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. DGS: Lisboa, 2011.

JEFFCOTT, S. A. et al. Improving measurement in clinical handover. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 272-7.

JOHNSON, Julie K; ARORA, Vineet M. Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 244-5.

JORM, Christine M.; WHITE, Sarah; KANEEN, Tamsin. Clinical handover: critical communications. *The Medical Journal of Australia*. 190:11 Suppl (2009) S108-9.

MARSHALL, S et al. The Evaluation of Structured Communication Tools in Healthcare in Proceedings of The Human Factors And Ergonomics Society 52nd Annual Meeting. 2008 set 22-26; Nova Iorque, Estados Unidos da América [Consult. 21/12/2016]. Disponível em <http://pro.sagepub.com/content/52/12/860.abstract>.

Meester, K et al. SBAR improves nurse – physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Elsevier Ireland Ltd*. 84 (2013) 1192-1196.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 2784/2013, de 11 de fevereiro de 2013. Aprova os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 20 fev 2013; 36 (II série): 6908-6909.

PORTEOUS, J et al. iSoBAR - a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*. 190:11 (2009) 152-156.

POTHIER, D et al. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*. 14:19 (2005) 1034-1038.

RENZ, S et al. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long term care. *Geriatric Nurse*. 34:4 (2013) 295-301.

SANTOS, M et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10 (2010) 47-57.

SCOTTEN, M et al. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Education and Counseling*. United States. ISSN 07383991, Julho, vol 98, 895-900.

THE JOINT COMMISSION; THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; WORLD HEALTH ORGANIZATION - Communication During Patient Hand-Over. *Patient Safety Solutions*. 1:3 (2007) 1-4.

THOMAS, M et al. Failures in Transition: Learning from Incidents Relating to Clinical Handover in Acute Care. 35:3 (2013) 49-56.

THOMPSON, J et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal - BMJ Journals*. 87 (2011) 340-344.

VARDAMAN, James M et al. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*. 37:1 (2012) 88-97.



ANEXOS

Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

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

Anexo 3: Certificado curso Suporte Básico de Vida



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

Cátia Machado

13/11/1989

Obteve a qualificação de ERC
**Basic Life Support (BLS)
Operacional**

No Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
instructor líder

Maria Do Céu Mendes Pinto Marques



Data do último curso: 30/04/2021

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-290-821602

Anexo 4: Certificado curso Suporte Avançado de Vida



Certifica-se que **Cália Sofia Espingardeiro Machado**, nascida em 13/11/1989, com o Número de Identificação Civil 13489337, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da American Heart Association, que decorreu de 08/05/2021 a 09/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 09 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



Certificado nº 21036-4/2021

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

Anexo 5: Certificado curso *International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Cátia Sofia Espingardeiro Machado, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/16/2021

course site

Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL
(International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-4583 CEM Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jcc@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

329293-44583

Cátia Sofia Espingardeiro Machado, RN

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date 5/16/2021 Expiration Date 05/2024

Course Number 44583

Course Location

