



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral

Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de Castro

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, ano 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral

Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de Castro

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, ano 2019

“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído”

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Toda a minha gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Maria do Céu Marques, pelos insights, compreensão e encorajamento ao longo desta caminhada.

À minha amiga Célia Vaz por estar sempre presente nestes momentos, pela motivação e incentivo constante.

A todos os colegas e amigos pelo incentivo constante.

A todos os colegas do serviço de urgência pela forma como me acolheram.

Ao meu marido e aos meus filhos, pedras basilares da minha existência, por todo o cuidado que souberam dar.

A todos vós, mais uma vez, o meu **Muito Obrigado!**

RESUMO

A comunicação eficaz nos momentos de transição de cuidados, assente numa abordagem estruturada, facilita o desenvolvimento de boas práticas, benéficas à tomada de decisão e melhoria contínua dos cuidados, justificando-se a sua relevância no desenvolvimento da atividade profissional major, no serviço de urgência geral.

Desenvolvida à luz do pensamento Lean, teve como objetivo introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR, na transição de cuidados. Após o diagnóstico da situação e definidas estratégias de melhoria, foi elaborado um instrumento orientador para os momentos de transição de cuidados. Oito dias após a implementação, foi reestruturado, estando a ser utilizado, sendo, segundo os enfermeiros, uma mais valia na segurança do doente.

Este documento reflete de forma crítica o percurso formativo de aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e de competências técnicas e científicas, essenciais à atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Transição de Cuidados; Segurança do Doente Crítico

ABSTRACT

Effective communication in times of transition of care, based on a structured approach, facilitates the development of good practices, beneficial to decision making and continuous improvement of care, justifying their relevance in the development of the professional activity major, in the emergency department.

Developed in the light of Lean thinking, it aimed to introduce a standardized approach, using the ISBAR technique, in the care transition. After diagnosis of the situation and defined improvement strategies, a guiding instrument was developed for moments of transition of care. Eight days after the implementation, it was restructured, being used, being, according to the nurses, an added value in patient safety.

This document critically reflects the formative course of acquisition, development and consolidation of knowledge and technical and scientific skills, essential to the award of the title of Nursing Specialist in Nursing to Critical Situation and Master in Nursing.

Palavras-chave

Medical-Surgical Nursing; Handover/Handoff; Critical Patient Safety

SIGLAS

ABCDE- A- via aérea com estabilização cervical; B- Respiração; C- Circulação; D- Disfunção neurológica;
E- exposição

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CHBM- Centro Hospitalar Barreiro Montijo

CiiEM- Centro Investigação Interdisciplinar Egas Moniz

CIPE® - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CCRNEU- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEEPSC- Enfermeiro Especialista Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

EEEMCPSC- Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica

EPI- Equipamento de Proteção Individual

ESSEM- Escola Superior de Saúde Egas Moniz

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

IPM- Intervenção profissional major

IH - Infecção Hospitalar

INEM- Instituto Nacional Emergência Médica

MRSA- *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

MS- Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCR- Paragem Cardio-Respiratória

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SO- Sala de Observação

SU- Serviço de Urgência

SSI-Serviços de Sistemas de Informação

SWOT - *Strenghts, Weakness, Threats and Opportunities*

TAC- Tomografia Axial Computorizada

TET - Tubo Endotraqueal

UC-Unidade Curricular

UCs-Unidades Curriculares

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UIPA- Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

IMBS- *Integrated Management Business Solutions*

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Distribuição da amostra por Género | 40 |
| Tabela 2 -Medidas de tendências central da amostra pela Idade..... | 40 |
| Tabela 3- Distribuição da amostra pela idade | 41 |
| Tabela 4- Distribuição da amostra pelos anos de serviço como enfermeiro/a..... | 42 |
| Tabela 5- Medidas de tendências central dos anos de serviço da amostra como enfermeiros | 42 |
| Tabela 6- Distribuição da amostra pelos anos no serviço de urgência como enfermeiro/a..... | 43 |
| Tabela 7- Medidas de tendência central dos anos de serviço dos participantes no serviço de urgência..... | 43 |
| Tabela 8- Distribuição da amostra pelo tipo de vínculo à Instituição..... | 44 |
| Tabela 9- Distribuição da amostra pelo grau académico | 44 |
| Tabela 10- Distribuição da amostra pela detenção do Curso de especialização em enfermagem .. | 45 |
| Tabela 11- Distribuição da amostra pelos cursos de especialização em enfermagem..... | 45 |
| Tabela 12- Valor de Alpha de Cronbach do questionário | 46 |
| Tabela 13- Valor de Teste de KMO e Bartlett..... | 46 |
| Tabela 14- Representação da amostra no domínio - Aspectos positivos do momento da transição de cuidados de enfermagem..... | 47 |
| Tabela 15- Representação da amostra no domínio -Aspectos negativos do momento da transição de cuidados de enfermagem..... | 49 |
| Tabela 16- Representação da amostra no domínio - Avaliação do doente no momento de transição de cuidados de enfermagem..... | 51 |
| Tabela 17- Representação da amostra no domínio - Gestão da informação obtida na transição de cuidados de enfermagem..... | 52 |
| Tabela 18- Valor de Alpha de Cronbach da 3ª parte do questionário | 53 |

| | |
|---|----|
| Tabela 19- Valor de Teste de KMO e Bartlett | 54 |
| Tabela 20– Representação da amostra no domínio: Conhecimento das diretivas sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados | 54 |
| Tabela 21– Representação da amostra no domínio: Benefícios da utilização de uma ferramenta normalizada na transição de cuidados..... | 55 |
| Tabela 22– Representação da amostra no domínio: Formação na área da segurança do doente .. | 56 |
| Tabela 23- Análise SWOT relativa ao diagnóstico de situação sobre a transição de cuidados no serviço de urgência | 57 |
| Tabela 24- Representação das observações efetuadas na UIPA e SO com base na norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde..... | 58 |
| Tabela 25- Representação da amostra sobre “A adequação da formação às suas necessidades e expetativas” | 62 |
| Tabela 26- Representação da amostra sobre “A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)” | 63 |
| Tabela 27- Representação da amostra sobre “A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho..... | 63 |
| Tabela 28- Representação da amostra sobre “Domínio dos conteúdos/competências técnico-científicas” | 64 |
| Tabela 29- Representação da amostra sobre “Metodologia da transmissão de conhecimentos” .. | 64 |
| Tabela 30- Representação da amostra sobre “Utilização e domínio dos recursos didáticos” | 64 |
| Tabela 31- Representação da amostra sobre “As condições da sala” | 65 |
| Tabela 32- Representação da amostra sobre “A qualidade do apoio técnico e administrativo” | 65 |
| Tabela 33- Representação da amostra sobre “Documentação fornecida” | 65 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Distribuição do número de atendimentos no SU, por mês durante o ano de 2018..... | 24 |
| Gráfico 2 - Distribuição do número de atendimentos no SU, por grupo etário e turno de admissão durante o ano de 2018..... | 25 |
| Gráfico 3 - Percentagem de episódios de urgência distribuídos pela cor da pulseira triada | 26 |

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| 1-CONTEXTO CLÍNICO | 20 |
| 1.1- Serviço de Urgência Geral | 20 |
| 1.1.1- Caracterização do espaço físico | 21 |
| 1.1.2. Caraterização da equipa de enfermagem e produção de cuidados | 23 |
| 1.1.3- População assistida | 24 |
| 2-INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR | 27 |
| 2.1- Enquadramento Teórico | 28 |
| 2.1.1- A Comunicação Eficaz na Segurança do Doente..... | 28 |
| 2.1.2- Teoria das Transições de Afaf Meleis..... | 32 |
| 2.1.3- Pensamento Lean | 34 |
| 2.2- Metodologia | 38 |
| 2.2.1- Diagnóstico | 38 |
| 2.2.2- Objetivos | 60 |
| 2.2.3- Pensamento Lean | 61 |
| 2.2.4- Considerações éticas..... | 68 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3- Análise Reflexiva | 69 |
| 3- ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 72 |
| 3.1- Competências comuns de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem | 74 |
| 3.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem | 81 |
| 4- CONCLUSÃO | 91 |

INDICE DE APÊNDICES

| | |
|---|----------|
| Apêndice I- A comunicação na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência: revisão integrativa da literatura | CIV |
| Apêndice II - Questionário aplicado aos Enfermeiros | CVIII |
| Apêndice III- Autorização para utilização do questionário | CXIV |
| Apêndice IV- Primeira grelha de observação | CXVI |
| Apêndice V- Autorização para utilização da primeira grelha de observação | CXVIII |
| Apêndice VI- Segunda grelha de observação | CXX |
| Apêndice VII- Publicitação da sessão de formação | CXXII |
| Apêndice VIII- Plano de sessão da formação | CXXIV |
| Apêndice IX- Diapositivos da sessão de formação | CXXVII |
| Apêndice X- Instrumento orientador para a transição de cuidados de enfermagem..... | CXXVIII |
| Apêndice XI - Instrumento final, orientador para a transição de cuidados de enfermagem | CXXX |
| Apêndice XII- Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar..... | CXXXII |
| Apêndice XIII- Pedido de autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar | CXXXV |
| Apêndice XIV- Pedido de autorização à Diretora Clínica | CXXXVIII |
| Apêndice XV- Consentimento Informado | CXLI |
| Apêndice XVI- Plano de relatório de estágio | CXLIII |

INDICE DE ANEXOS

| | |
|--|---------|
| Anexo I- Questionário de avaliação da sessão de formação | CXLVI |
| Anexo II- Submissão da revisão integrativa da literatura para publicação | CXLVIII |
| Anexo III- Certificado de participação no III Congresso da Secção Regional do Sul: Enfermagem em Urgência e Emergência | CXLIX |
| Anexo IV- Programa do 4º Congresso Internacional do CiiEM..... | CLI |

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica, no contexto da Unidade curricular Relatório, ministrado no Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Évora, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Beja, foi-nos solicitado a elaboração de um relatório de estágio, que demonstre o percurso de aquisição de competências desenvolvido durante todo o processo formativo, de apropriação de conhecimentos e reflexão da praxis, com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica, assim como do Grau de Mestre em Enfermagem, após discussão e aprovação em provas de defesa pública.

Trata-se de um documento elaborado com base numa metodologia reflexiva, onde se organizam, analisam e revêm as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, assim como o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências de acordo com o objetivo deste curso, com as competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE,2011a) com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (OE,2011b) e com os descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de formação (Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de março), conducente ao grau de mestre em enfermagem.

Le Boterf (2003) refere que competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado. Não se trata apenas do saber-fazer, mas sim da sua capacidade de saber-ser e saber-saber de forma combinada, na resolução de situações complexas. Segundo a Ordem dos enfermeiros (2011a) o Enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é detentor de um conhecimento aprofundado no domínio da pessoa em situação crítica, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, mobilizados em contexto de

práxis, traduzidos num conjunto de competências especializadas, permitindo-lhe prestar cuidados de enfermagem altamente qualificados.

Pessoa em Situação Crítica é definida como *“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”* (Regulamento nº 124/2011,8656).

Este relatório decorre do estágio final que se concretizou de 17 de setembro de 2018 a 25 de janeiro de 2019, no total de 336h, no serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar na margem sul do Tejo, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Maria do Céu Marques. Este percurso formativo foi suportado por um quadro de referência, norteador do exercício da profissão de enfermagem, assente no código deontológico, no REPE, nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, procurando sempre a excelência no cuidar. Quadro este de referência alicerçado no referencial teórico das transições de Afaf Meleis.

No início deste percurso houve necessidade de se definir a intervenção profissional major, de acordo com as necessidades identificadas, utilizando a metodologia de projeto. Segundo Ruivo, Nunes e Ferrito (2010, p.2) esta metodologia *“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”*.

Após reunião com a enfermeira com funções de chefia do serviço, com a enfermeira orientadora clínica e com a docente orientadora pedagógica, foi acordado que a problemática da Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência, é uma mais valia para a segurança dos doentes e dos profissionais, dando resposta a um dos objetivos do serviço e da instituição. Enquadrando-se no segundo objetivo do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, da Direção Geral da Saúde (despacho nº1400-A/2015) -Aumentar a segurança da comunicação. O enfermeiro tem o dever de garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados, assegurando uma comunicação eficaz, com os doentes que se encontram a vivenciar processos de transição saúde –doença.

Verificou-se que nos momentos de transição de cuidados não existia um modelo padronizado, sendo que estes são realizados de forma empírica, com o risco de omissão de informação importante inerente ao doente, num serviço com características tão próprias como é o serviço de urgência. Por sugestão da docente orientadora optou-se por utilizar o Pensamento Lean ao longo do projeto de intervenção. A filosofia Lean assenta na melhor qualidade ao menor preço, num menor período de tempo, com a máxima segurança, motivação e empenho dos colaboradores, eliminando os desperdícios (Liker e Morgan, 2006). Sendo os dois pilares desta filosofia a melhoria contínua e o respeito pelas pessoas.

Na elaboração deste relatório temos como objetivo geral efetuar uma análise reflexiva sobre todo o processo formativo ao longo do estágio e a sua relevância na aquisição e consolidação de competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e mestre em enfermagem. E como objetivos específicos:

Descrever o contexto onde se desenvolveu o estágio, fundamentando a sua escolha;

Apresentar a intervenção profissional major desenvolvida no período formativo de estágio, identificando cada uma das etapas;

Analisar o processo de desenvolvimento e consolidação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente A Pessoa em Situação Crítica.

Este relatório encontra-se dividido em três partes fundamentais. Numa primeira parte abordamos a descrição do contexto clínico onde decorreu o estágio e se implementou a intervenção profissional major. A caracterização do espaço físico, da equipa de enfermagem e da população assistida.

Numa segunda parte, apresentamos a intervenção profissional major. Inicia-se este capítulo com um enquadramento teórico cujo objetivo é abordar as temáticas que a suportam conceptualmente. Salienta-se a comunicação eficaz na segurança do doente e o seu papel primordial na transição de cuidados de saúde. Segue-se uma breve alusão ao referencial teórico da teoria das transições de Afaf Meleis que se tem revelado uma ferramenta valiosa quando pretendemos analisar fenómenos sensíveis ao cuidado de enfermagem. Finalizamos com uma reflexão sobre o Pensamento Lean, dado ser a metodologia adotada no projeto de intervenção. Num outro subcapítulo apresentamos o desenho da IPM, onde se aborda o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento das intervenções, a execução e a respetiva avaliação.

Numa terceira parte, apresentamos uma análise e reflexão de todo o percurso formativo que proporcionou o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEPSC e do grau de mestre em enfermagem.

Terminamos este percurso com uma breve conclusão e apresentação das referências bibliográficas emanadas pela *American Psychological Association*, 6ª edição, que serviu de base na sua elaboração e com alguns documentos elaborados em apêndice.

Importa referir que este trabalho foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e na sua elaboração foi utilizado o guia orientador para elaboração do relatório da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

1-CONTEXTO CLÍNICO

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009. Integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário (em funcionamento desde 1959) e o Hospital Distrital do Montijo (em funcionamento desde 1947). Ambos os hospitais foram sofrendo obras de reestruturação e atualmente o Centro Hospitalar possui mais de 30 valências clínicas, presta assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegurando, praticamente, todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Possui uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, servindo uma população de mais de 213 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2011 (site oficial do CHBM).

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo tem 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 resposta às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados. Sendo a sua visão ser um hospital de excelência para a comunidade que serve, e um centro de referência a nível nacional (site oficial do CHBM). Assenta em valores como: a humanização e não discriminação; o respeito pela dignidade individual; atualização constante face aos avanços da investigação e da ciência; excelência técnico-profissional; ética profissional; promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo Ambiente (site oficial do CHBM).

1.1- Serviço de Urgência Geral

O Serviço de Urgência Geral ao qual nos iremos referir ao longo deste trabalho é referente ao SU do Hospital Nossa Senhora do Rosário, local onde efetuamos o estágio. Este serviço tem so-

frido várias alterações estruturais ao longo dos anos, no sentido de dar resposta às reais necessidades da população que tem vindo a aumentar exponencialmente. Classifica-se como um serviço de urgência médico-cirúrgico, integrado no 2º nível dos serviços de urgência, de acordo com o nível de recursos e capacidade de resposta (Despacho n.º 10319/2014).

A proveniência dos doentes é frequentemente do exterior e corresponde à área de influência do hospital. Contudo podem ser atendidos utentes vindos de qualquer ponto do país.

1.1.1- Caracterização do espaço físico

Fica situada no 1º piso do Hospital Nossa Senhora do Rosário e a sua estrutura assenta essencialmente em três grandes áreas, nomeadamente: Triagem, ambulatório e internamento.

Sob o lema, “Prioridade aos doentes mais urgentes”, o serviço de urgência dispõe, desde novembro de 2006, do sistema de Triagem de Manchester. Esta permite definir prioridades no atendimento aos doentes, passando estes a ser atendidos de acordo com a sua situação clínica e não por ordem de chegada.

A sala de triagem, situa-se ao lado da entrada de emergência e inclui dois postos de atendimento que permitem realizar triagem segundo o protocolo de triagem de Manchester. Esta é assumida habitualmente por um enfermeiro, que solicita a abertura do segundo posto sempre que o tempo de espera para a triagem ultrapassa os 30 minutos ou estão mais de 10 utentes a aguardar triagem. Geralmente o segundo posto é assegurado pelo chefe de equipa de enfermagem ou por alguém que ele delegue, de acordo com as condições do turno.

A área de ambulatório inclui duas áreas distintas: os balcões de atendimento a doentes triados com prioridade pouco urgente (pulseira verde) ou não urgente (pulseira azul) e com patologias do foro psiquiátrico independentemente da prioridade (funciona das 8-20h), funciona com 3 gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem e os balcões de atendimento dos doentes triados com prioridade muito urgente (pulseira laranja) e urgente (pulseira amarela). Nesta área encontram-se vários gabinetes médicos das diferentes especialidades, nomeadamente, medicina interna, pneumologia, cirurgia e ortopedia, a sala de pequena cirurgia, a sala de inaloterapia e ainda a sala de electrocardiografia. Estão também nesta área os dois gabinetes de enfermagem que dão apoio a

toda esta área. Aqui permanecem os doentes que necessitam de vigilância, enquanto aguardam decisão clínica, os que são submetidos a tratamento clínico e cuidados de enfermagem e aguardam resultados de exames complementares de diagnóstico. Na sala de inaloterapia, com o apoio de pneumologistas, permanecem os doentes com alterações do foro respiratório, a realizar terapêutica inalatória e com necessidade de oxigenoterapia. A área cirúrgica, onde se inclui a sala de pequena cirurgia, permite a realização de procedimentos cirúrgicos e dá apoio à urgência pediátrica, deslocando-se estes utentes a este setor quer para observação quer para tratamento.

A sala de reanimação embora incluída na área de ambulatório, mas num espaço físico distinto, situa-se exatamente em frente à porta de emergência do serviço de urgência e da sala de triagem. Nesta sala são prestados cuidados médicos e de enfermagem a doentes emergentes (pulseira vermelha) ou muito urgentes (pulseira laranja) em situação crítica, que necessitam de monitorização cardíaca, suporte ventilatório, controlo da via aérea e procedimentos invasivos. Trata-se de uma zona com capacidade para atendimento de dois doentes em simultâneo, dispondo de duas camas, dois monitores cardíacos, um carro de reanimação, um monitor desfibrilhador e um ventilador portátil.

A área de internamento inclui dois espaços distintos, a UIPA (Unidade de Internamento Polivalente de Agudos) e o SO (Serviço de Observação). A UIPA, a funcionar desde junho de 2004, pretende dar resposta ao internamento e vigilância de doentes instáveis, com necessidade de cuidados diferenciados. Tem uma lotação de oito camas, todas elas equipadas com monitorização não evasiva, duas delas com possibilidade de ventilação mecânica invasiva.

O Serviço de Observação destinado preferencialmente à observação de doentes do foro médico-cirúrgico, por períodos inferiores a 24 horas, permite a permanência de dezanove doentes em box, com monitorização não evasiva, oxigenoterapia e aspiração por vácuo.

Dada a grande afluência de doentes e ao número de internamentos no serviço, permanecem internados no corredor do serviço doentes em maca, que podem chegar aos quinze, a aguardar vaga no internamento. Esta área frequentemente não cumpre o objetivo do internamento por tempo limitado (24 horas), permanecendo os doentes durante vários dias neste serviço, dada a escassez de vagas nos serviços de internamento.

O Serviço de urgência dispõe também de uma base do INEM onde permanece a equipa de serviço.

1.1.2. Caracterização da equipa de enfermagem e produção de cuidados

A equipa de enfermagem do serviço de urgência é uma equipa bastante jovem, constituída por setenta e quatro elementos, 44% destes com menos de 30 anos e 41,1% com menos de cinco anos de exercício profissional no serviço. Dezasseis são enfermeiros especialistas (21,6%), a sua maioria na área médico-cirúrgica e três estão a frequentar a formação nessa área.

Três enfermeiras desempenham funções de gestão do serviço, nomeadamente a enfermeira com funções de chefia do serviço e dois elementos de apoio à gestão, em horário fixo no turno da manhã.

Atualmente, os enfermeiros estão distribuídos por cinco equipas, em horário rotativo. Cada equipa tem onze elementos, incluindo um enfermeiro chefe de equipa, especialista, que desempenha funções que englobam: gestão de cuidados e gestão de recursos humanos e materiais, sobretudo, na ausência da enfermeira chefe. Os restantes enfermeiros, não incluídos nas equipas, têm horário de manhãs e tardes e constituem elementos de reforço da equipa de enfermagem, nestes turnos. O chefe de equipa faz a gestão das dotações de enfermeiros pelos diversos setores num documento próprio, no turno anterior, sendo que no início do turno adequa às necessidades de cuidados. Os vários elementos da equipa ficam alocados aos diversos setores, existindo um número mínimo definido de elementos por turno e por sector, de forma a garantir lotação segura exigida no serviço nos diferentes turnos. Assim o número mínimo de elementos nos turnos da manhã e tarde são catorze elementos e onze no turno da noite, distribuídos da seguinte forma: UIPA- 2; SO- 5; Balcão 1 (verdes) + sala de reanimação – 1; Triagem – 1; Balcão- 2, (Cirurgia +sala inalatórios) – 2 e Balcão 3 (área médica + ortopedia) -2.

O modelo de organização dos cuidados de enfermagem existente no serviço é o modelo de trabalho de equipa com personalização dos cuidados, existindo um elemento que tem as funções de chefia da equipa, sendo cada enfermeiro responsável pela totalidade dos cuidados ao “seu” doente/família, durante o período em que está de serviço, permitindo ao enfermeiro planear as suas intervenções, assim como executar e avaliar, de forma individualizada, centrada no doente.

No que concerne aos registos de enfermagem, tal como referido anteriormente, na triagem segue-se o protocolo de triagem de Manchester. Na área de ambulatório os registos são efetuados no programa informático *Siriu*, onde na folha de admissão do doente é efetuado o registo terapêutico, procedimentos como colheitas de produtos para análise e uma nota sumária do estado clínico do doente e a avaliação dos procedimentos efetuados.

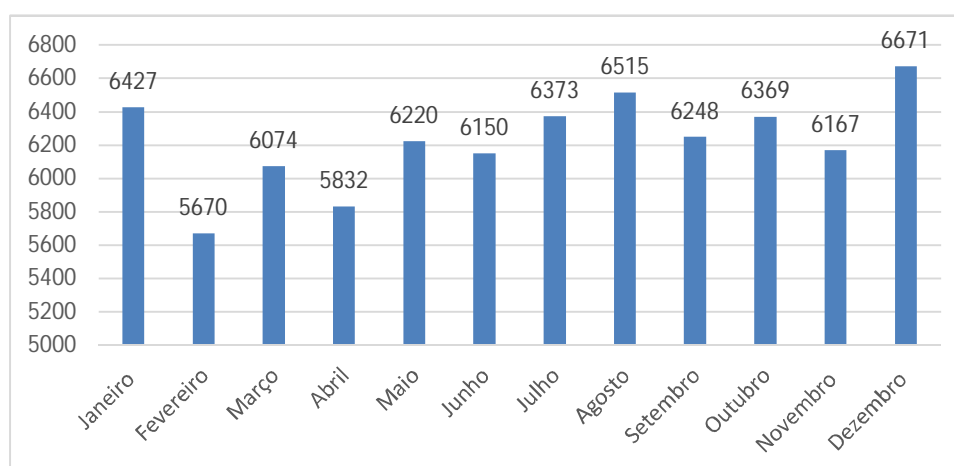
Na área de internamento (SO e UIPA), o processo clínico do doente encontra-se em suporte papel, efetuando-se os registos de enfermagem em folha própria, denominada folha de registo de agudos. Nesta folha para além de um espaço onde se escrevem as notas de evolução do doente, existe também espaço para o registo de sinais vitais, modalidades ventilatórias, entre outros.

1.1.3- População assistida

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo serve uma população de mais de 213 mil habitantes residentes nos diversos concelhos da área de influência.

No ano de 2018 foram atendidos no serviço de urgência geral um total de 74716 doentes.

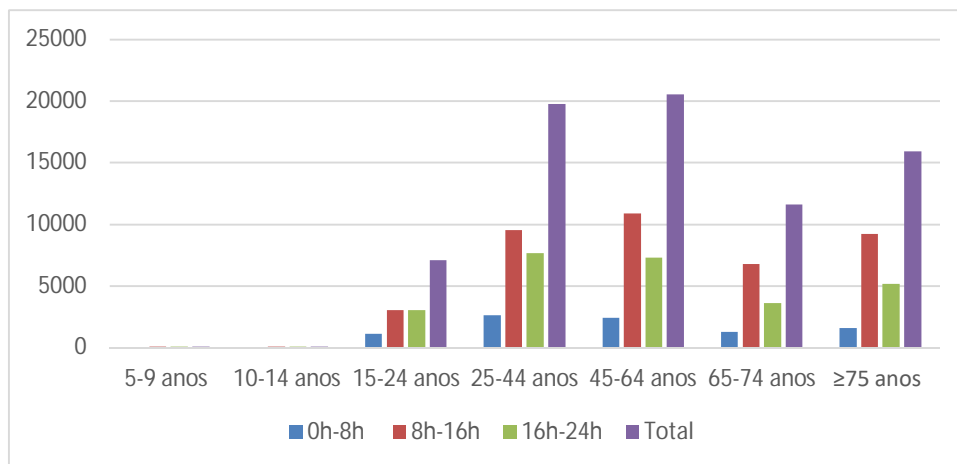
Gráfico 1 - Distribuição do número de atendimentos no SU, por mês durante o ano de 2018



Fonte: SSI-CHBM, 2018

Verificamos que os meses de maior afluência foram os meses de dezembro, agosto e janeiro. O turno de maior afluência de doentes foi o turno da manhã (8-16h), seguindo-se o turno da tarde (16-24h).

Gráfico 2 - Distribuição do número de atendimentos no SU, por grupo etário e turno de admissão durante o ano de 2018

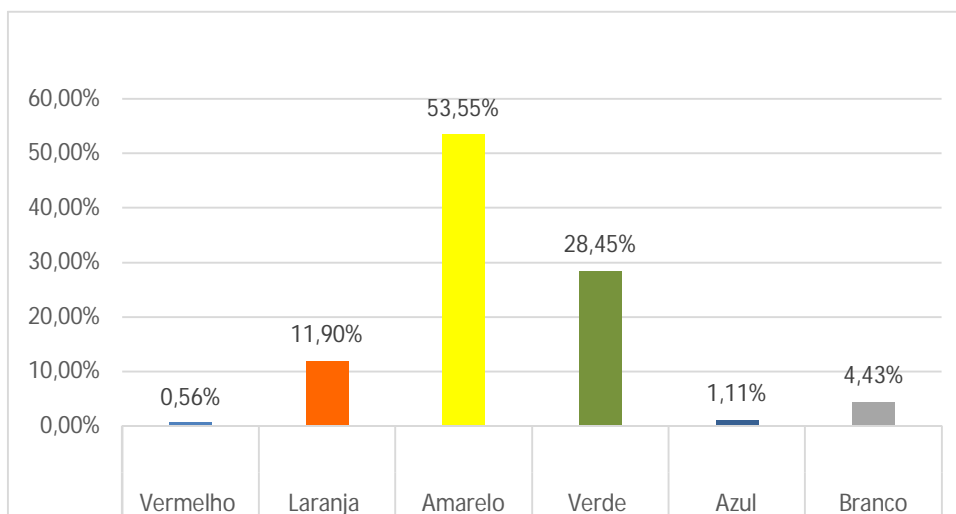


Fonte: SSI-CHBM, 2018

A faixa etária que mais recorreu ao serviço de urgência situa-se entre os 45-64 anos, seguindo-se a faixa etária entre os 25-44 anos, ambas com maior frequência nos turnos da manhã e da tarde.

No que concerne à distribuição dos episódios de urgência por critérios de gravidade dos doentes, atribuídos através da triagem de Manchester, que indica a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, definindo o tempo alvo de espera recomendado para ser observado pelo clínico. É atribuída uma pulseira ao doente cuja cor varia de acordo com a gravidade do estado clínico deste. Assim a pulseira vermelha significa emergente, a laranja muito urgente, amarela urgente, verde pouco urgente e azul não urgente.

Gráfico 3 - Percentagem de episódios de urgência distribuídos pela cor da pulseira triada



Fonte: SSI-CHBM, 2018

Verificamos pelo gráfico 3 que a maioria dos doentes (53,55%) recorre ao serviço de urgência com situações consideradas urgentes (pulseira amarela), seguindo-se com 28,45% considerados como situações pouco urgentes.

Do total de doentes admitidos no serviço de urgência no ano de 2018 (74716), 1780 foram transferidos para outras instituições hospitalares, principalmente para o Hospital de S. José, 45,11%, 36,29% para o Hospital Garcia de Orta e 7,35% para o Hospital de Setúbal.

2-INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

A intervenção profissional major surge no sentido de dar resposta às competências de enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem, adquiridas e desenvolvidas no âmbito da Unidade Curricular Estágio, baseada numa atitude reflexiva sobre as práticas, assente na evidência científica, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, na procura permanente da excelência no exercício profissional.

Trata-se de um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, cujo fio condutor é a metodologia de planeamento em saúde, sendo este um processo dinâmico, contínuo e flexível (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A metodologia de projeto pressupõe a identificação de um problema real num determinado contexto, que leva à implementação de estratégias e intervenções, com vista à resolução do problema.

A linha de investigação validada para este projeto assenta na segurança do doente, tendo como referência o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e a Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 da DGS sobre a Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

A escolha da temática, surge no âmbito de uma reunião com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira Chefe do serviço de urgência, tendo esta última, inclusive, identificado como uma necessidade do serviço. Sendo a comunicação em saúde uma das áreas pela qual detemos particular interesse (inclusive somos mestre em comunicação em saúde), e na perspetiva de que, sendo os enfermeiros os profissionais de saúde responsáveis pela comunicação no processo de transição de cuidados de enfermagem, pensamos ser pertinente estudar o seguinte tema: Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência. Posteriormente foi validada a temática da intervenção profissional major com a Docente responsável pela orientação pedagógica.

Nesta perspetiva surge-nos a seguinte pergunta de partida, orientadora do projeto de intervenção: É garantida a segurança do doente no serviço de urgência na transição de cuidados de enfermagem?

No que concerne à abordagem metodológica foi-nos proposto pela Docente Orientadora a adoção do pensamento Lean, sendo este um desafio que decidimos aceitar. Todo o processo referente à implementação da intervenção major foi desenvolvido durante o decorrer do estágio no serviço de urgência.

Ao longo deste capítulo do relatório numa primeira parte pretendemos dar a conhecer o horizonte a partir do qual se estruturou este enquadramento teórico, resultante de um conjunto de contributos conceptuais e dos resultados de uma revisão integrativa da literatura que efetuamos com o objetivo de nos ajudar na tomada de decisão, com o conhecimento do estado de arte sobre a temática.

2.1- Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico tem como objetivo abordar as temáticas que suportam conceptualmente a intervenção profissional major. Num primeiro subcapítulo abordaremos a comunicação eficaz na segurança do doente e o seu papel primordial na transição de cuidados de saúde. Segue-se uma breve alusão ao referencial teórico da teoria das transições de Afaf Meleis que se tem revelado uma ferramenta valiosa quando pretendemos analisar fenómenos sensíveis ao cuidado de enfermagem. Finalizamos com uma reflexão sobre o Pensamento Lean, dado ser a metodologia adotada no projeto de intervenção.

2.1.1- A Comunicação Eficaz na Segurança do Doente

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros,2011) a comunicação é um comportamento interativo, permitindo a transmissão e a receção de informações, recorrendo a comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos.

A comunicação desempenha um papel fulcral no desenvolvimento da atividade profissional dos enfermeiros, sendo que a grande maioria das suas intervenções assenta na comunicação com o doente, alvo dos cuidados. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é caracterizada por ser apropriada, oportuna, explícita e completa, sem ambiguidade, no momento certo e percebida pelo recetor (DGS, 2017a).

A comunicação eficaz em enfermagem assume um papel central na transição de cuidados e segurança do doente, tal como nos refere o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.1), *"A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados"*.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017a), entende-se por transição de cuidados em saúde qualquer momento de prestação de cuidados em que exista a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, com o objetivo de manter a continuidade e segurança dos mesmos. Sendo considerados momentos vulneráveis da transição de cuidados para a segurança do doente, aqueles cuja complexidade tem um maior risco de erro na passagem de informação, nomeadamente nos casos de transferências para outro nível de cuidados e mudanças de turno na mesma instituição, entre outros.

Vários autores referem que um processo central para a prestação de cuidados de alta qualidade e segurança é a transição de cuidados (*handover*), complementando que falhas neste processo podem produzir uma ampla variedade de erros, que colocam em risco a segurança dos doentes (Bergs et al, 2018; Redley, Botti, Wood e Bucknall, 2017; Kerr, Klim, Kelly, e McCann, 2016; Clairiol, Ordozgoiti, Lugo, Maspoch, Font e Oliva, 2017). Entende-se por segurança da doente a redução de risco de dano desnecessário à pessoa que usufrui dos cuidados de saúde prestados, para um mínimo aceitável (DGS,2017a), sendo o mínimo aceitável definido por Fragata (2011, p.18) como o *"tratar sem erros ou condições desnecessárias"*.

A segurança do doente é uma preocupação a nível mundial, que tem merecido destaque nas organizações científicas e internacionais (Organização Mundial de Saúde, União Europeia). Segundo um estudo realizado em 2014, em cinquenta e cinco unidades hospitalares em Portugal, no âmbito da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro, "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais", concluíram que a cultura de segurança do doente ainda não é largamente assumida como uma prioridade para os profissionais de saúde (DGS,2015).

A nível nacional Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, seguindo as recomendações do Conselho da União Europeia, sobre a segurança do doente, constituindo-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança (DGS,2015), visando melhorar a prestação de cuidados de saúde de forma integrada, num processo de melhoria contínua da qualidade do Sistema Nacional de Saúde. Inscrevendo-se no quadro de uma política de prevenção de acidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde. Um dos objetivos estratégicos deste plano consiste em aumentar a segurança da comunicação, sendo algumas das ações a implementar a realização de auditorias internas à transferência de informações na transição de cuidados, assim como a publicação de norma de procedimentos seguros na transição de cuidados (DGS,2015).

Neste contexto da segurança do doente e tendo presente a importância da comunicação eficaz na transição dos cuidados como medida efetiva de prevenção de erros, em 2017 a DGS emitiu uma norma (Norma 001/2017) sobre: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, com o objetivo de uniformizar as boas práticas para uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, sobre o doente em transição de cuidados de saúde, assegurando uma comunicação precisa e atempada de informações, diminuindo efeitos adversos e consequentemente diminuindo a mortalidade (DGS,2017a). Esta norma refere que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo como tal ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹ (DGS, 2017a).

Ainda no âmbito da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais, a DGS emana a norma 005/2018, dirigida aos Conselhos de Administração e Presidentes das Comissões de Qualidade e Segurança dos Hospitais do Sistema de Saúde, referindo que bianualmente devem ser realizados questionários de avaliação de segurança do doente, sendo a transição dos cuidados de saúde uma das dimensões avaliadas (DGS,2018).

O serviço de urgência, porta principal de entrada do Serviço Nacional de Saúde, dada as características que lhe são inerentes, a situação clínica dos doentes que a ele afluem, muitas vezes instáveis, a vivenciarem momentos de grande fragilidade e vulnerabilidade, assim como a grande afluência e rotatividade destes, conduzindo a urgências superlotadas, em que há frequentemente

¹ A sigla ISBAR corresponde a I (*Identify*) Identificação; S (*Situation*) Situação atual; B (*Background*) Antecedentes e R (*Recommendation*) Recomendações.

numerosas transferências, é um serviço único que apresenta muitos desafios para uma comunicação eficaz e de alta qualidade na transição de cuidados (Thomson, Tourangeau, Jeffs e Puts, 2017).

A comunicação ineficaz encontra-se em contextos de saúde diferentes, sendo, no entanto, especialmente frequente na transição de cuidados de doentes onde é indispensável as situações serem geridas de forma rápida e eficaz, como o período peri-operatório, a unidade de cuidados intensivos (UCI) e o serviço de urgência, onde os processos de comunicação são complexos e propensos a erros (Müller et al,2018).

Dada esta especificidade inerente ao serviço de urgência, afim de enriquecer este percurso e auferir da melhor evidência científica existente, realizamos uma revisão integrativa da literatura cujo tema definido para estudo foi: A comunicação na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência (apêndice I). Esta teve como objetivo identificar evidência científica que apresente estratégias de comunicação eficaz, para a segurança do doente, na transição de cuidados de enfermagem, no serviço de urgência geral. A evidência obtida incide essencialmente em três temáticas fundamentais na comunicação eficaz na transição de cuidados, nomeadamente:

- 1) A necessidade de um procedimento de transferência estruturado
- 2) Local para a transição de cuidados de enfermagem
- 3) Fatores influenciadores da comunicação na transição de cuidados

A necessidade de um procedimento de transferência estruturado é sentida em todos os estudos analisados, tendo na sua grande maioria implementado um modelo padronizado e feita a sua avaliação, após a sua utilização, na qualidade da transferência de cuidados e respetiva segurança do doente, sendo a técnica ISBAR ou as suas variantes, a que traz evidência da sua eficácia. Os resultados apontam para uma satisfação dos enfermeiros com a utilização de uma metodologia padronizada na transição de cuidados, melhorando a qualidade do conteúdo informacional, a sua eficiência e a segurança do doente no serviço de urgência, tornando as transferências mais eficientes.

O Local para a transição de cuidados de enfermagem foi também uma das temáticas que emergiram da análise dos artigos. Os resultados mostraram que para os enfermeiros a transição de cuidados junto ao doente reduz o risco de omissão de informação do doente. Têm a oportunidade de promover uma consciência da situação do doente, visualizando o doente e o que o rodeia, revendo as indicações e discutindo o plano de cuidados com o doente e família, fornecendo tempo adequado para esclarecimentos, promovendo uma melhoria na comunicação.

Foram identificados vários fatores influenciadores da comunicação na transição de cuidados, que podem afetar negativamente a qualidade da transição de cuidados do doente no serviço de urgência. O fluxo do doente é uma variável importante na qualidade na transição de cuidados, aumentando a qualidade com o menor número de doentes. A relação existente entre a equipa de enfermagem é considerada uma mais valia na transição de cuidados, melhorando estes com as boas relações existentes entre os profissionais. As intrusões/interrupções durante a transição, os ruídos, que inviabilizam a clareza da informação transmitida, tem na sua maioria um impacto negativo, dependendo, no entanto, da sua natureza. O clima de segurança vivido no serviço de urgência é também apontado como uma variável importante na qualidade da transição de cuidados, curiosamente, a maioria dos participantes percebeu o clima de segurança no seu serviço de urgência como sendo negativo.

Resumindo, verificamos que é concordante que um processo central na qualidade dos cuidados e segurança do doente é a comunicação eficaz na transição de cuidados em saúde. A racionalização e normalização da transição de cuidados estimulam o pensamento crítico e minimizam o tempo despendido para cada utente, transmitindo apenas a informação necessária. Existem evidências científicas sobre as consequências negativas da comunicação incompleta, imprecisa ou incompreendida na transição de cuidados, sendo considerada um período de alto risco para a ocorrência de erros clínicos.

A continuidade da prestação de cuidados de saúde em segurança ao doente de forma eficiente e segura, está totalmente dependente da existência de uma comunicação eficaz entre os vários elementos da equipa.

2.1.2- Teoria das Transições de Afaf Meleis

A teoria das transições de Afaf Meleis, é uma teoria de média alcance que apoia conceptualmente a intervenção profissional major.

O conceito de transição de Meleis (1985, 1990, 1994,2000,2010) tem-se revelado um conceito muito útil quando pretendemos analisar fenómenos sensíveis ao cuidado de enfermagem.

A vivência do recurso ao serviço de urgência, devido ao surgimento de uma doença súbita, representa um período de transição para o doente e família que gera impacto provocando sentimentos de instabilidade e insegurança pela sensação de risco iminente constituindo um fator de stress, requerendo recursos que até então eram completamente desvalorizados (Ausloos,2003).

A doença é uma experiência vivida traumatizante que afeta tanto o doente como a sua família, empurrando-os para uma situação de crise (Tembo, Parker e Higgins,2012). Esta traduz um acontecimento único na vida do doente e família inesperado, por vezes de modo abrupto, levando a situações extremas, alterando temporariamente os seus projetos de vida quotidiana, ou até mesmo constituindo uma ameaça à sua sobrevivência. Neste processo transicional o doente encontra-se a vivenciar uma transição de saúde-doença e a família vivencia uma transição situacional (Meleis et al., 2000).

De acordo com Meleis (2010) as Pessoas vivem processos que designa de transições pelo impacto que geram na sua vida, dos seus pares e familiares. Entendendo a autora o conceito de transição como uma passagem entre estados, relativamente estáveis, resultantes de eventos críticos, envolvendo momentos de continuidade e descontinuidade no processo de vida da pessoa, movimentando-se de uma fase, situação ou estado de vida, para outra. Estes processos vividos pela pessoa em situação de vulnerabilidade podem ser de transição saúde/doença, aguda ou crónica; desenvolvimento e Tempo de Vida (incluem situações de gravidez, parto, maternidade, entre outras); situacionais (resultantes das perdas de papéis, emigração) e organizacionais (decorrentes de alterações no seio da organização). (Meleis et al, 2000; Meleis e Trangenstein, 1994; Chick e Meleis,1986; Meleis, 2010). A natureza de cada um destes tipos de transições está influenciada pelo contexto social e cultural de cada situação. Durante a transição a pessoa experiencia mudanças profundas no seu mundo externo e na forma como as percebe, estas mudanças têm repercussões importantes na sua vida e na saúde.

Os processos de transição sendo importantes em diversos domínios têm especial interesse para a Enfermagem, quando pretendemos analisar os fenómenos que podem ser objeto de cuidados de enfermagem, ou seja, quando se traduzem na saúde e bem-estar da Pessoa (Melleis,2010). Os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão dos fenómenos que podem caracterizar-se como transições, prevendo ações de enfermagem dentro deste processo de transições. Estas são universais, no entanto as experiências individuais de transições são únicas, singulares. Saber como identificar, facilitar, promover e apoiar a pessoa nestes momentos críticos, é a chave para a prática de uma enfermagem baseada no marco das transições (Messias, 2004).

Face á explicitação do conceito de transição de Meleis, parece-nos adequado o seu uso no âmbito desta intervenção major, dado que é no decorrer da transição saúde-doença, que surge a temática abordada. Esta transição saúde-doença resulta da passagem de um estado de saúde para um estado de doença, em que as mudanças são súbitas e muito significativas. O processo de transição saúde-doença em que o doente se encontra envolve um estado de fragilidade e vulnerabilidade que abrange a sua existência na sua individualidade mais concreta, na sua singularidade.

O enfermeiro ao planear as intervenções de enfermagem deverá monitorizar não só a natureza desta transição como também as condições facilitadoras ou inibidoras destas, podendo influenciar quer negativamente quer positivamente o decurso do processo transicional, dando os resultados desta monitorização indicações sobre o processo de evolução da transição, fornecendo resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Meleis,2000).

A transmissão de informação no processo de transição de cuidados de enfermagem, através de uma comunicação eficaz, é fundamental na caracterização da situação, assim como na definição dos cuidados a prestar ao doente, sendo uma condição facilitadora no decurso do processo transicional saúde-doença, vivido pelo doente.

2.1.3- Pensamento Lean

Com o término da segunda guerra mundial, o Japão perdeu milhares de vidas humanas, assim como uma vasta área urbana ficou completamente destruída. Houve necessidade de o País se reabilitar assim como as suas empresas, reconstruindo-se, eliminando todo o desperdício (dinheiro, tempo), através da padronização de processos, com a máxima qualidade (Kokudai,2012). Era importante para os japoneses conquistarem o mercado americano, o que implicava criar um produto de qualidade, sem desperdícios. Aconteceu com a *Toyota Motor Corporation*, desde 1940, tornando-se um caso de sucesso, tendo dado origem ao pensamento Lean (Magalhães, Erdmann, Silva e Santos, 2016). Embora, segundo os mesmos autores, apesar da sua origem ser do contexto industrial, os seus princípios têm sido utilizados em vários contextos nomeadamente na saúde de forma estruturada e sistemática desde 2006.

O pensamento Lean (pensamento magro) consiste numa abordagem sistemática, que permite identificar e eliminar o desperdício nos processos produtivos, reduzindo custos, gerindo os recursos disponíveis, tendo como foco principal juntar qualidade e entregar ao cliente o que ele realmente considera como valor, ou seja, sendo a maximização do valor para o cliente através de um processo eficiente e sem desperdícios (Magalhães, Erdmann, Silva e Santos, 2016). Este pensamento está ancorado na valorização e respeito pelas pessoas.

Este pensamento, segundo Pinto (2014) assenta em cinco princípios básicos que fundamentam a sua filosofia, nomeadamente. Valor (*Value*); cadeia de valor (*Value Stream*); fluxo (*Flow*), puxar (*Pull System*) e a perfeição (*Perfection*).

O Valor é tudo aquilo que justifica a nossa dedicação, o nosso tempo, a nossa atenção e o esforço que dedicamos a algo. É a fase inicial para todo o processo de melhoria. É conhecer e saber o significado de valor na perspetiva do cliente, quais as suas necessidades e expectativas. Não é a organização que define o valor, mas sim o cliente. A necessidade deste gera valor. No contexto da temática abordada o cliente é o doente, no entanto no sistema de saúde o cliente pode ser o doente, a família, os profissionais de saúde ou outros que façam parte desta organização.

A cadeia de valor consiste na identificação das etapas que vão agregar valor ao produto, ou seja, desde o início do processo, ao seu planeamento e execução. Uma Organização deve centrar-se nas atividades que vão ao encontro da satisfação dos seus clientes, procurando eliminar todas as formas de desperdício. *“Desperdício refere-se a todas as atividades que realizamos e que não acrescentam valor. A estas atividades os japoneses chamam muda, porque consomem recursos e tempo e, em última análise, fazem com que os produtos ou serviços que disponibilizamos no mercado sejam mais dispendiosos do que deveriam”* (Pinto, 2014, p.8). O *muda* pode ser de dois tipos: o puro desperdício e o desperdício necessário. O puro desperdício são aquelas atividades que são totalmente dispensáveis, que não geram valor acrescentado e que devem ser totalmente eliminadas. O desperdício necessário são atividades que embora não acrescentem valor, mas têm que ser realizadas. O *muda* pode ainda ser denominado como visível ou invisível. Independentemente da classificação a primeira etapa deverá ser sempre a identificação do desperdício, seguindo-se a quantificação dos *mudas* identificados.

O fluxo significa que se deve procurar sincronizar todos os meios envolvidos na criação de valor para todas as partes, eliminando todos os obstáculos que limitem a fluidez do processo. Esta etapa exige mudança e carece de criatividade na criação do fluxo contínuo sem interrupções.

Puxar para o autor significa procurar deixar o cliente liderar os processos, produzindo a empresa apenas o que o cliente quer, reduzindo ao máximo o excesso de produção.

A Perfeição é o objetivo final do pensamento Lean. A procura pela perfeição implica um processo de melhoria constante, em que a organização deve saber que os interesses, as expectativas e as necessidades das várias partes interessadas, estão em constante evolução. Deve ser incentivada a melhoria contínua a todos os níveis da organização, ouvindo sempre a voz do cliente e sendo rápido na resposta, todos os intervenientes da cadeia devem ter o mesmo objetivo de atingir a perfeição.

A implantação da filosofia *Lean* passa pelo método de definir o que é valor num processo, identificar o fluxo de criação de valor, eliminar os desperdícios na criação de valor, aplicando uma filosofia de melhoria contínua de modo a adaptar prontamente as mudanças na empresa.

Pinto (2014) descreve as características centrais do pensamento Lean da seguinte forma:

- Organização com equipas com pessoas flexíveis, multidisciplinar, elevada autonomia e responsabilidade nas suas áreas de trabalho;
- Estrutura de resolução de problemas em sintonia com a cultura de melhoria contínua;
- Operações Lean em que os problemas se revelam e são corrigidos posteriormente;
- Políticas de liderança de recursos humanos com base em valores, comprometimento, com sentimentos de pertença, partilha e dignidade;
- Relações com os fornecedores de grande proximidade;
- Equipas multifuncionais;
- Grande proximidade e sintonia com o cliente.

O Pensamento Lean (*Lean thinking*) segundo Pinto (2014, p.29) "*Revoluciona a maneira como a organização pensa e se comporta. Este acreditar na mudança e na melhoria contínua leva à aplicação correta das práticas Lean Thinking e sustenta a dinâmica e o processo de melhoria contínua*".

As ferramentas Lean são um ajuda na organização das Empresas, coordenando melhor o fluxo de produção, gerando ações que criam valor, eliminado os desperdícios, tornando os processos mais eficazes e rentáveis.

Existem cerca de dez ferramentas do pensamento Lean, no entanto, iremos apenas descrever as que foram utilizadas na Intervenção profissional Major, nomeadamente:

5S: Referem-se a um conjunto de práticas que procuram reduzir o desperdício e melhorar o desempenho das pessoas e processos através de uma abordagem simples, educando para a simplicidade de atos e ações, melhorando as relações humanas, assente na manutenção de um ambiente organizado, reduzindo e prevenindo acidentes (Pinto, 2014). A sigla 5S é oriunda de cinco palavras japonesas que começam pelo som "S": *Seiri*, que significa organização, separar o que é útil do que é inútil, eliminando o desnecessário; *Seiton*, senso de arrumação, consiste em definir um local para cada coisa e cada coisa em seu lugar, organizar o trabalho facilitando o acesso, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente o que precisa e a visualização seja facilitada; *Seiso*, limpar e manter o local de trabalho limpo assim como toda a área envolvente; *Seiketsu*, manter um ambiente de trabalho sempre favorável à higiene e saúde, definindo normas de arrumação e limpeza que funcionem, normalizando toda a empresa e equipamentos; *Shitsuke*, autodisciplina, significa praticar os princípios de organização, sistematização e limpeza, desenvolver uma lista de verificação afim de se certificar se foram cumpridos todos os princípios referidos (Pinto, 2014).

Kaisen: é uma filosofia oriunda do Japão, cujo termo significa melhoria contínua (Pinto, 2008). Assenta na eliminação do desperdício com base em soluções de custo baixo e de criatividade, sendo todos os colaboradores envolvidos para ajudar na motivação para melhorar a prática dos processos de trabalho (Moreira,2011). Na área da saúde o primeiro passo na aplicação desta metodologia consiste na definição de valor acrescentado que não é mais que prestar cuidados de saúde de qualidade no momento certo e com fácil acesso (Pinto,2008). Tem como pilar o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), em que inicialmente é feito a identificação do problema, são definidos os objetivos e planeadas as intervenções de melhoria, na etapa seguinte o plano estratégico é executado, sendo recolhidos dados para análise posterior, com a implementação segue-se o *Check* em que é feita a análise dos processos, através de ferramentas próprias, afim de se perceber se as intervenções cumpriram o planeado anteriormente. Nesta etapa se se detetam erros estes são corrigidos. Na última etapa, após a correção dos erros ou falhas, se estes forem detetados devem-se reiniciar as etapas, promovendo continuamente a melhoria dos processos (Pinto,2014).

5W2H: Consiste num plano de ação qualificado, estruturado e prático, com estádios bem definidos, associados a indicadores (IMBS,2018). Existe um mapeamento e padronização de processos e a respetiva elaboração de um plano de ação, aumentando a produtividade, reduzindo custos e rentabilizando o tempo e os recursos. Corresponde às iniciais, em inglês, das sete questões (*Who, Why, When, What, Where, How much e How*) que quando respondidas corretamente eliminam as dúvidas que possam aparecer ao longo de um processo ou atividade, tendo aplicação em qualquer modelo de decisão (Pinto,2014).

Processos uniformizados (*Standard Work*): A uniformização de processos é um dos aspetos mais importantes no pensamento *Lean*. Uniformizar, normalizar ou estandardizar implica fazerem todos da mesma forma, seguindo a mesma sequência, utilizando as mesmas ferramentas e fazendo as mesmas operações, sabendo o que fazer quando confrontados com algumas situações (Pinto,2014). Segundo o mesmo autor existem imensas vantagens destacando o aumento da previsibilidade dos processos, a redução dos desvios e custos menores. Sendo os processos uniformizados comparados com as melhores práticas, contribuindo assim para a melhoria contínua.

2.2- Metodologia

A metodologia de projeto baseia-se na identificação de um problema real num determinado contexto, levando à implementação de estratégias e intervenções, com vista à resolução do problema identificado, sendo promotora de uma prática baseada na evidência (Ferrito, 2010). Esta assenta em cinco fases, nomeadamente, diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados.

Ao longo deste subcapítulo abordaremos as atividades desenvolvidas nas várias etapas do projeto de intervenção, inerentes à implementação da atividade de intervenção major, tendo por base a metodologia *Lean*.

2.2.1- Diagnóstico

O diagnóstico de situação, é a primeira etapa do projeto de intervenção. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo, permanente e com atualizações constantes, que deve ser realizado de forma a possibilitar uma ação em tempo útil, permitindo a implementação de intervenções pertinentes e que permitam a resolução do problema identificado (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010:10).

Dentro dos vários instrumentos de recolha de dados existentes, que nos permitem efetuar o diagnóstico da situação, utilizámos o questionário, a análise SWOT e a observação estruturada.

O questionário é um instrumento de registo escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de questões referentes a atitudes, conhecimentos, crenças e sentimentos. Tendo como finalidade a obtenção de maneira sistemática e ordenada, a informação acerca da população

e das variáveis que são objeto de estudo (Vilelas, 2017). O questionário aplicado aos enfermeiros da prática clínica do serviço de urgência geral é constituído por três partes (Apêndices II). Uma primeira parte sobre a caracterização da amostra. Numa segunda parte, constituída por uma escala de likert com 25 proposições e quatro posições nomeadamente concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente e discordo totalmente, em que se procura conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno. A terceira parte, constituída também por uma escala de likert com 10 proposições e quatro posições (iguais às da segunda parte), com o objetivo de aferir o conhecimento dos enfermeiros acerca da temática da segurança do doente. A segunda parte do questionário foi adaptado de Traquana (2013), que foi utilizado após autorização da autora, conforme email em apêndice (Apêndice III). O questionário foi aplicado durante o mês de janeiro de 2019. Do total de setenta questionários entregues foram devolvidos cinquenta, sendo obtida uma taxa de resposta de 67,57%.

A análise SWOT (*Strengths, Weakness, Threats e Opportunities*) foi utilizada com o objetivo de identificar os pontos fortes, pontos fracos, fraquezas e oportunidades face à problemática identificada, que de acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, pág. 14) é “uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional”.

A observação estruturada consiste na observação e descrição dos aspetos da situação em análise que estão explicitamente definidos numa grelha que poderá ser aberta ou fechada, sendo de preenchimento simples e rápido, não apelando à memória reduzindo o risco de equívoco (Vilelas, 2017). Para as observações efetuadas elaboramos duas grelhas. Uma (Apêndice IV) com o objetivo de contabilizarmos o tempo despendido na transição de cuidados de enfermagem, as interrupções ocorridas durante a passagem de turno, o motivo das interrupções e a presença de ruído de fundo, esta grelha foi adaptada de Bilro (2018) e utilizada após ter sido solicitado autorização à autora conforme email comprovativo (Apêndice V). E outra elaborada com base na norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde (Apêndice VI).

As observações foram realizadas em dez momentos de transição de cuidados, na passagem de turno de doentes que se encontravam na UIPA e SO (5 momentos em cada sector), de forma aleatória, durante o mês de janeiro. Foram efetuadas 40 observações na UIPA e 90 no SO, na transição de cuidados de enfermagem na passagem de turno.

Após a análise estatística dos dados com recurso ao software informático SPSS versão 25, passamos a apresentar os respetivos resultados.

Dados do questionário:

O questionário tal como referido anteriormente é composto por três partes, nomeadamente a caracterização da amostra, a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno e conhecimento dos enfermeiros sobre a temática da segurança do doente. Assim no que diz respeito à caracterização da amostra:

Tabela 1- Distribuição da amostra por Género

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--------|-----------|----|-------|-------------|------------------|
| Válido | Masculino | 9 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| | Feminino | 41 | 82,0 | 82,0 | 100,0 |
| | Total | 50 | 100,0 | 100,0 | |

Verificamos pela tabela 1 que a amostra é essencialmente do género feminino, 82%, e 18% do género masculino.

Tabela 2 -Medidas de tendências central da amostra pela Idade

| | | |
|-------------|--------|-------|
| | Válido | 50 |
| | Omisso | 0 |
| Média | | 33,46 |
| Mediana | | 29,50 |
| Modo | | 25 |
| Erro Desvio | | 9,846 |
| Mínimo | | 23 |
| Máximo | | 56 |
| Percentis | 25 | 25,00 |
| | 50 | 29,50 |
| | 75 | 39,50 |

Tabela 3- Distribuição da amostra pela idade

| | N | % | % válida | % acumulativa |
|-----------|----|-------|----------|---------------|
| Válido 23 | 3 | 6,0 | 6,0 | 6,0 |
| 24 | 5 | 10,0 | 10,0 | 16,0 |
| 25 | 6 | 12,0 | 12,0 | 28,0 |
| 27 | 5 | 10,0 | 10,0 | 38,0 |
| 28 | 2 | 4,0 | 4,0 | 42,0 |
| 29 | 4 | 8,0 | 8,0 | 50,0 |
| 30 | 1 | 2,0 | 2,0 | 52,0 |
| 31 | 2 | 4,0 | 4,0 | 56,0 |
| 32 | 2 | 4,0 | 4,0 | 60,0 |
| 33 | 2 | 4,0 | 4,0 | 64,0 |
| 34 | 1 | 2,0 | 2,0 | 66,0 |
| 36 | 2 | 4,0 | 4,0 | 70,0 |
| 38 | 2 | 4,0 | 4,0 | 74,0 |
| 39 | 1 | 2,0 | 2,0 | 76,0 |
| 41 | 1 | 2,0 | 2,0 | 78,0 |
| 42 | 2 | 4,0 | 4,0 | 82,0 |
| 46 | 1 | 2,0 | 2,0 | 84,0 |
| 47 | 2 | 4,0 | 4,0 | 88,0 |
| 50 | 1 | 2,0 | 2,0 | 90,0 |
| 51 | 1 | 2,0 | 2,0 | 92,0 |
| 53 | 1 | 2,0 | 2,0 | 94,0 |
| 54 | 1 | 2,0 | 2,0 | 96,0 |
| 55 | 1 | 2,0 | 2,0 | 98,0 |
| 56 | 1 | 2,0 | 2,0 | 100,0 |
| Total | 50 | 100,0 | 100,0 | |

Nas tabelas 2 e 3 verificamos que a idade mínima da amostra é de 23 anos (6%) e a máxima de 56 anos (2%), sendo a média de 33,46 anos.

A salientar que a idade mais frequente (moda) dos participantes é de 25 anos (12%). Verificamos também que 50% da amostra se situa entre os 23 e os 29 anos. Tratando-se de uma equipa extremamente jovem.

Tabela 4- Distribuição da amostra pelos anos de serviço como enfermeiro/a

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--------|-------|----|-------|-------------|------------------|
| Válido | ,50 | 1 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| | 1,00 | 3 | 6,0 | 6,0 | 8,0 |
| | 2,00 | 7 | 14,0 | 14,0 | 22,0 |
| | 3,00 | 5 | 10,0 | 10,0 | 32,0 |
| | 4,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 34,0 |
| | 5,00 | 7 | 14,0 | 14,0 | 48,0 |
| | 6,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 50,0 |
| | 8,00 | 3 | 6,0 | 6,0 | 56,0 |
| | 9,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 60,0 |
| | 10,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 64,0 |
| | 11,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 66,0 |
| | 12,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 70,0 |
| | 14,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 72,0 |
| | 15,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 74,0 |
| | 16,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 76,0 |
| | 17,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 78,0 |
| | 20,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 80,0 |
| | 21,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 82,0 |
| | 25,00 | 3 | 6,0 | 6,0 | 88,0 |
| | 27,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 90,0 |
| | 28,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 92,0 |
| | 29,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 94,0 |
| | 31,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 96,0 |
| | 33,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| | Total | 50 | 100,0 | 100,0 | |

Tabela 5- Medidas de tendências central dos anos de serviço da amostra como enfermeiros

| | | |
|-------------|--------|-------------------|
| N | Válido | 50 |
| | Omisso | 0 |
| Média | | 10,6700 |
| Mediana | | 7,0000 |
| Modo | | 2,00 ^a |
| Erro Desvio | | 9,84451 |
| Mínimo | | ,50 |
| Máximo | | 33,00 |
| Percentis | 25 | 3,0000 |
| | 50 | 7,0000 |
| | 75 | 16,2500 |

No que diz respeito à distribuição da amostra pelos anos de serviço como enfermeiro/a verificamos na tabela 4 que a moda é de 2 anos de exercício profissional (14%) e de 5 anos (14%).

50% da amostra tem entre seis meses e cinco anos de serviço. Na tabela 5 constatamos que a média de anos como enfermeiro/a da amostra é de 10,67%, sendo o máximo de 33 anos (4%) e o mínimo de meio ano (2%).

Tabela 6- Distribuição da amostra pelos anos no serviço de urgência como enfermeiro/a

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--------|-------|----|-------|-------------|------------------|
| Válido | ,50 | 4 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | 1,00 | 5 | 10,0 | 10,0 | 18,0 |
| | 1,50 | 1 | 2,0 | 2,0 | 20,0 |
| | 2,00 | 8 | 16,0 | 16,0 | 36,0 |
| | 3,00 | 8 | 16,0 | 16,0 | 52,0 |
| | 4,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 56,0 |
| | 5,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 58,0 |
| | 6,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 60,0 |
| | 7,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 62,0 |
| | 8,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 66,0 |
| | 9,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 68,0 |
| | 10,00 | 3 | 6,0 | 6,0 | 74,0 |
| | 11,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 78,0 |
| | 12,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 82,0 |
| | 14,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 84,0 |
| | 15,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 86,0 |
| | 18,00 | 3 | 6,0 | 6,0 | 92,0 |
| | 19,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 94,0 |
| | 27,00 | 2 | 4,0 | 4,0 | 98,0 |
| | 33,00 | 1 | 2,0 | 2,0 | 100,0 |
| | Total | 50 | 100,0 | 100,0 | |

Tabela 7- Medidas de tendência central dos anos de serviço dos participantes no serviço de urgência

| | | |
|---------|--------|-------------------|
| N | Válido | 50 |
| | Omisso | 0 |
| Média | | 7,2900 |
| Mediana | | 3,0000 |
| Modo | | 2,00 ^a |

| | | |
|-------------|----|---------|
| Erro Desvio | | 7,74207 |
| Mínimo | | ,50 |
| Máximo | | 33,00 |
| Percentis | 25 | 2,0000 |
| | 50 | 3,0000 |
| | 75 | 11,0000 |

Ao analisarmos as tabelas 6 e 7 constatamos que a maioria da amostra (moda), 16%, se distribui nos dois e três anos de exercício profissional no serviço de urgência.

A média de anos de exercício profissional da amostra, no serviço de urgência é de 7,29 anos. O mínimo 0,5 anos (8%) e o máximo 33 anos (2%). Sendo que 52% da amostra se situa entre 0,5 e três anos de exercício profissional no serviço de urgência.

Tabela 8- Distribuição da amostra pelo tipo de vínculo à Instituição

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--------|-------------|----|-------|-------------|------------------|
| Válido | CTFP | 9 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| | CITTI | 39 | 78,0 | 78,0 | 96,0 |
| | CTT Incerto | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| | Total | 50 | 100,0 | 100,0 | |

A maioria da amostra tem contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, 78%, seguindo-se com 18% os que possuem contrato de trabalho de funções públicas. O que está em consonância com o tempo de exercício profissional da amostra, sendo uma amostra muito jovem.

Tabela 9- Distribuição da amostra pelo grau académico

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--------|--------------|----|-------|-------------|------------------|
| Válido | bacharelato | 3 | 6,0 | 6,0 | 6,0 |
| | licenciatura | 40 | 80,0 | 80,0 | 86,0 |
| | mestrado | 7 | 14,0 | 14,0 | 100,0 |
| | Total | 50 | 100,0 | 100,0 | |

80% da amostra é detentora do grau de licenciado e 14% do grau de mestre. A salientar que 6% são detentores do grau de bacharel.

Tabela 10- Distribuição da amostra pela detenção do Curso de especialização em enfermagem

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--------|-------|----|-------|-------------|------------------|
| Válido | não | 43 | 86,0 | 86,0 | 86,0 |
| | sim | 7 | 14,0 | 14,0 | 100,0 |
| | Total | 50 | 100,0 | 100,0 | |

Tabela 11- Distribuição da amostra pelos cursos de especialização em enfermagem

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--------|------------------|----|-------|-------------|------------------|
| Válido | reabilitação | 1 | 2,0 | 14,3 | 14,3 |
| | médico-cirúrgica | 6 | 12,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Total | 7 | 14,0 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 43 | 86,0 | | |
| Total | | 50 | 100,0 | | |

Na análise das tabelas 10 e 11 constatamos que 14% da amostra é detentora do curso especialização em enfermagem, sendo essencialmente na área da médico-cirúrgica com 12%, seguindo-se reabilitação com 2%.

Opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno

Nas qualidades médicas da segunda parte do questionário, realizamos teste para avaliar a consistência interna deste, obtendo-se um valor de Alpha de Cronbach de 0,865, sendo considerado de consistência boa (Pestana e Gageiro, 2014).

Tabela 12- Valor de Alpha de Cronbach do questionário

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach com base em itens padronizados | N de itens |
|------------------|---|------------|
| ,865 | ,879 | 25 |

Foram aplicados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin e de esfericidade de Bartlett para se perceber se a análise factorial exploratória tem validade para as variáveis escolhidas. Na tabela 13 verificamos que o teste KMO obteve um valor de 0,732, o que indica que a análise das componentes principais é média (Pereira, 2006) e como tal pode ser feita. A medida de Bartlett diz-nos se as variáveis são correlacionáveis, apresentando um nível de significância de 0,000 (inferior a 0,05).

Tabela 13- Valor de Teste de KMO e Bartlett

| | | |
|---|---------------------|---------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem. | | ,732 |
| Teste de esfericidade de Bartlett | Aprox. Qui-quadrado | 822,140 |
| | gl | 300 |
| | Sig. | ,000 |

Após análise fatorial das variáveis do questionário utilizado, cuja método de extração resultou da análise de componente principal cujo método de rotação utilizado foi o Varimax com normalização de Kaiser, agrupou-se as 25 variáveis da escala em quatro domínios, nomeadamente:

- a) Aspectos positivos do momento da transição de cuidados de enfermagem
- b) Aspectos negativos do momento da transição de cuidados de enfermagem
- c) Avaliação do doente no momento de transição de cuidados de enfermagem
- d) A gestão da informação obtida na transição de cuidados de enfermagem

Aspectos positivos do momento da transição de cuidados de enfermagem

Tabela 14- Representação da amostra no domínio - Aspetos positivos do momento da transição de cuidados de enfermagem

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--|-----------------------|----------|-------------|---------------------|--------------------------|
| Consigo esclarecer informação transmitida passagem turno | Concordo Totalmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| | Concordo Parcialmente | 27 | 54,0 | 54,0 | 90,0 |
| | Discordo Parcialmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |
| Consigo manter-me concentrado na informação, enquanto está a ser transmitida | Concordo Totalmente | 9 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| | Concordo Parcialmente | 31 | 62,0 | 62,0 | 80,0 |
| | Discordo Parcialmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 96,0 |
| | Discordo Totalmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| A forma como a informação está a ser transmitida é fácil de acompanhar | Concordo Totalmente | 11 | 22,0 | 22,0 | 22,0 |
| | Concordo Parcialmente | 29 | 58,0 | 58,0 | 80,0 |
| | Discordo Parcialmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 96,0 |
| | Discordo Totalmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| A informação transmitida é atualizada | Concordo Totalmente | 15 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| | Concordo Parcialmente | 25 | 50,0 | 50,0 | 80,0 |
| | Discordo Parcialmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |
| É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes | Concordo Totalmente | 23 | 46,0 | 46,0 | 46,0 |
| | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 82,0 |
| | Discordo Parcialmente | 6 | 12,0 | 12,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |
| Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi | Concordo Totalmente | 29 | 58,0 | 58,0 | 58,0 |
| | Concordo Parcialmente | 14 | 28,0 | 28,0 | 86,0 |
| | Discordo Parcialmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 96,0 |
| | Discordo Totalmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| A duração da passagem de turno é adequada | Concordo Totalmente | 17 | 34,0 | 34,0 | 34,0 |
| | Concordo Parcialmente | 21 | 42,0 | 42,0 | 76,0 |
| | Discordo Parcialmente | 10 | 20,0 | 20,0 | 96,0 |
| | Discordo Totalmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes | Concordo Totalmente | 17 | 34,0 | 34,0 | 34,0 |
| | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 70,0 |
| | Discordo Parcialmente | 12 | 24,0 | 24,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |

| | | | | | |
|--|-----------------------|----|-------------|------|-------|
| É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente | Concordo Totalmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| | Concordo Parcialmente | 27 | 54,0 | 54,0 | 90,0 |
| | Discordo Parcialmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |
| É proporcionada informação adequada sobre os doentes internados | Concordo Totalmente | 14 | 28,0 | 28,0 | 28,0 |
| | Concordo Parcialmente | 28 | 56,0 | 56,0 | 84,0 |
| | Discordo Parcialmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |
| A informação é transmitida de forma estruturada | Concordo Totalmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Concordo Parcialmente | 30 | 60,0 | 60,0 | 76,0 |
| | Discordo Parcialmente | 9 | 18,0 | 18,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |

Tal como pudemos constatar na tabela 14 incluímos onze afirmações que na nossa perspetiva são referentes ao momento de transição de cuidados de enfermagem, nomeadamente na passagem de turno. A maioria da amostra (90%) refere que consegue esclarecer informação transmitida na passagem de turno, sendo que 36% concorda totalmente com a afirmação e 54% concordando parcialmente.

Na afirmação consigo manter-me concentrado na informação, enquanto está a ser transmitida, a maioria, 80%, concorda, sendo que 62% concorda parcialmente e 18% concorda totalmente. A forma como a informação está a ser transmitida é fácil de acompanhar é corroborada com a maioria dos participantes da amostra, 80%, em que 58% concordando parcialmente e 22% totalmente.

Na afirmação a informação transmitida é atualizada 80% concordam, sendo que 50% concorda parcialmente e 30% totalmente. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes, 46% concorda totalmente e 36% concorda parcialmente. 86% da amostra refere que tem oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendeu, referindo 58% que concorda totalmente e 28% concorda parcialmente com a afirmação.

A maioria da amostra, 76% da amostra concorda que a duração da passagem de turno é adequada, enquanto que 20% discorda parcialmente da afirmação.

Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes, 70% da amostra concorda (34% concorda totalmente e 36% metade parcialmente), 24% discorda parcialmente da afirmação.

90% da amostra refere que é possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente, sendo que 54% destes concordam parcialmente com a afirmação. 79,1% da amostra concorda que a forma como a informação está a ser transmitida é fácil de acompanhar, sendo que 55,8% destes concordam parcialmente. 16,3% discorda parcialmente com a informação.

56% da amostra concorda parcialmente com a afirmação – É proporcionada informação adequada sobre os doentes internados e 28% concorda totalmente.

Na afirmação – A informação é transmitida de forma estruturada, 60% concorda parcialmente, 16% concorda totalmente e 18 % discorda parcialmente.

Aspetos negativos do momento transição de cuidados de enfermagem

Tabela 15- Representação da amostra no domínio -Aspetos negativos do momento da transição de cuidados de enfermagem

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|-----------------------|----|-------------|-------------|------------------|
| A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço | Concordo Totalmente | 26 | 52,0 | 52,0 | 52,0 |
| | Concordo Parcialmente | 20 | 40,0 | 40,0 | 92,0 |
| | Discordo Parcialmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 96,0 |
| | Discordo Totalmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| Durante a passagem de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes | Concordo Totalmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 52,0 |
| | Discordo Parcialmente | 15 | 30,0 | 30,0 | 82,0 |
| | Discordo Totalmente | 9 | 18,0 | 18,0 | 100,0 |
| Sinto que há informação que não é transmitida | Concordo totalmente | 11 | 22,0 | 22,0 | 22,0 |
| | Concordo Parcialmente | 22 | 44,0 | 44,0 | 66,0 |
| | Discordo parcialmente | 12 | 24,0 | 24,0 | 90,0 |
| | Discordo totalmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| | Concordo Totalmente | 9 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 54,0 |
| | Discordo Parcialmente | 12 | 24,0 | 24,0 | 78,0 |

| | | | | | |
|---|-----------------------|----|-------------|------|-------|
| Durante a passagem de turno sinto que sou pressionado para terminar rapidamente | Discordo Totalmente | 11 | 22,0 | 22,0 | 100,0 |
| É importante reformular a estrutura da passagem de turno | Concordo Totalmente | 10 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| | Concordo Parcialmente | 15 | 30,0 | 30,0 | 50,0 |
| | Discordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 86,0 |
| | Discordo Totalmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 100,0 |
| Durante a passagem de turno existe ruído que interfere com a transmissão de cuidados | Concordo Totalmente | 25 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| | Concordo Parcialmente | 17 | 34,0 | 34,0 | 84,0 |
| | Discordo Parcialmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 88,0 |
| | Discordo Totalmente | 6 | 12,0 | 12,0 | 100,0 |
| Durante a passagem de turno os profissionais são interrompidos por outros profissionais | Concordo Totalmente | 22 | 44,0 | 44,0 | 44,0 |
| | Concordo Parcialmente | 21 | 42,0 | 42,0 | 86,0 |
| | Discordo Parcialmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 100,0 |

A maioria da amostra 52% concorda totalmente que a passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades de serviço e 40% concorda parcialmente.

No que concerne à informação transmitida 52% concorda que durante a passagem de turno é transmitida informação irrelevante para os cuidados dos doentes, enquanto que 30% discorda parcialmente deste afirmação.

44% da amostra concorda parcialmente com a afirmação – Sinto que há informação importante que não é transmitida e 24% discorda parcialmente da afirmação, no entanto a maioria,66% concorda.

54% da amostra concorda que durante a passagem de turno sente que é pressionada para terminar rapidamente, enquanto que 46% discorda da afirmação.

É importante reformular a estrutura da passagem de turno 50% concorda com a afirmação e 50% discorda.

Na afirmação - Durante a passagem de turno existe ruído que interfere com a transmissão de cuidados, 84% concorda, sendo que 50% destes concorda totalmente e 12% da amostra discorda totalmente com a afirmação.

Durante a passagem de turno os profissionais são interrompidos por outros profissionais, 44% da amostra referem concordar totalmente com a afirmação sendo que 14% discorda parcialmente, não havendo ninguém a discordar totalmente.

Avaliação do doente no momento de transição de cuidados de enfermagem

Tabela 16- Representação da amostra no domínio - Avaliação do doente no momento de transição de cuidados de enfermagem

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|-----------------------|----------|-------------|---------------------|--------------------------|
| É possível avaliar os doentes durante a passagem de turno | Concordo Totalmente | 10 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| | Concordo Parcialmente | 24 | 48,0 | 48,0 | 68,0 |
| | Discordo Parcialmente | 13 | 26,0 | 26,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |
| É importante poder avaliar os doentes durante a passagem de turno | Concordo Totalmente | 24 | 48,0 | 48,0 | 48,0 |
| | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 84,0 |
| | Discordo Parcialmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 94,0 |
| | Discordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 100,0 |
| É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente | Concordo Totalmente | 35 | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
| | Concordo Parcialmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 84,0 |
| | Discordo Parcialmente | 6 | 12,0 | 12,0 | 96,0 |
| | Discordo Totalmente | 2 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |

Ao analisarmos os dados na tabela 16 verificamos que a dimensão - Avaliação do doente no momento de transição de cuidados de enfermagem é composta por três afirmações, nomeadamente é possível avaliar os doentes durante a passagem de turno, é importante poder avaliar os doentes durante a passagem de turno e é benéfico realizar a passagem de turno junto do doente.

68% da amostra concorda que é possível avaliar os doentes durante a passagem de turno, sendo que destes 48% concorda parcialmente. 26% da amostra discorda parcialmente da afirmação.

Na afirmação é importante poder avaliar os doentes durante a passagem de turno, 48% concorda totalmente e 36% concorda parcialmente. Sendo que 6% discorda totalmente.

É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente é referido por 70% da amostra em como concordam totalmente com a afirmação. Sendo que 12% discorda parcialmente.

Gestão da informação obtida na transição de cuidados de enfermagem

Tabela 17- Representação da amostra no domínio - Gestão da informação obtida na transição de cuidados de enfermagem

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|-----------------------|----|-------------|-------------|------------------|
| A informação transmitida é subjetiva | Concordo Totalmente | 4 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | Concordo Parcialmente | 13 | 26,0 | 26,0 | 34,0 |
| | Discordo Parcialmente | 27 | 54,0 | 54,0 | 88,0 |
| | Discordo Totalmente | 6 | 12,0 | 12,0 | 100,0 |
| Já tive de contactar com a enfermeira anteriormente responsável pelos meus doentes para obter mais informações | Concordo Totalmente | 3 | 6,0 | 6,0 | 6,0 |
| | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 42,0 |
| | Discordo Parcialmente | 14 | 28,0 | 28,0 | 70,0 |
| | Discordo Totalmente | 15 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida na passagem de turno | Concordo Totalmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 14,0 |
| | Concordo Parcialmente | 17 | 34,0 | 34,0 | 48,0 |
| | Discordo Parcialmente | 16 | 32,0 | 32,0 | 80,0 |
| | Discordo Totalmente | 10 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexos | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| | Discordo Parcialmente | 21 | 42,0 | 42,0 | 78,0 |
| | Discordo Totalmente | 11 | 22,0 | 22,0 | 100,0 |

No domínio - Gestão da informação obtida na transição de cuidados de enfermagem, composto por quatro afirmações, verificamos que 66% discorda que a informação transmitida é subjetiva, sendo que destes 54% discorda parcialmente. A referir que 26% concorda parcialmente com a afirmação.

Na afirmação – Já tive de contactar com a enfermeira anteriormente responsável pelos meus doentes para obter mais informações, 58% discorda, sendo que 30% discordam totalmente e 36% concordam parcialmente.

Em relação à questão leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida na passagem de turno, 52% da amostra discorda, sendo que 32% destes discorda parcialmente e 34% concorda parcialmente.

Na afirmação -Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexos, 64% da amostra discorda, sendo que destes 42% discordam parcialmente. 36% da amostra concorda parcialmente com a afirmação.

3 Parte: Conhecimentos da temática da segurança do doente

Foi realizado teste para avaliar a fiabilidade interna da 3ª parte do questionário, obtendo-se um valor de Alpha de Cronbach de 0,720 sendo considerado de consistência razoável (Pestana e Gageiro, 2014).

Tabela 18- Valor de Alpha de Cronbach da 3ª parte do questionário

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach com base em itens padronizados | N de itens |
|------------------|---|------------|
| ,720 | ,739 | 10 |

Foram aplicados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin e de esfericidade de Bartlett para se perceber se a análise factorial exploratória tem validade para as variáveis escolhidas. Na tabela 19 verificamos que o teste KMO obteve um valor de 0,732, o que indica que a análise das componentes principais é média (Pereira, 2006) e como tal pode ser feita. A medida de Bartlett diz-nos se as variáveis são correlacionáveis, apresentando um nível de significância de 0,000 (inferior a 0,05).

Tabela 19- Valor de Teste de KMO e Bartlett

| | | |
|---|---------------------|---------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem. | | ,614 |
| Teste de esfericidade de Bartlett | Aprox. Qui-quadrado | 201,646 |
| | gl | 45 |
| | Sig. | ,000 |

Após análise fatorial das variáveis do questionário utilizado, cuja método de extração resultou da análise de componente principal sendo o método de rotação utilizado o Varimax com normalização de Kaiser, agrupou-se as 10 variáveis da escala em três domínios, nomeadamente:

- a) Conhecimento das diretivas sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados
- b) Benefícios da utilização de uma ferramenta normalizada na transição de cuidados
- c) Formação na área da segurança do doente

Conhecimento das diretivas sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados

Tabela 20– Representação da amostra no domínio: Conhecimento das diretivas sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|-----------------------|----|-------------|-------------|------------------|
| Conheço a norma de 2017 da DGS sobre "Comunicação eficaz na transição de cuidados | Concordo Totalmente | 16 | 32,0 | 32,0 | 32,0 |
| | Concordo Parcialmente | 18 | 36,0 | 36,0 | 68,0 |
| | Discordo Parcialmente | 12 | 24,0 | 24,0 | 92,0 |
| | Discordo Totalmente | 4 | 8,0 | 8,0 | 100,0 |
| Conheço a mnemónica IS-BAR | Concordo Totalmente | 19 | 38,0 | 38,0 | 38,0 |
| | Concordo Parcialmente | 19 | 38,0 | 38,0 | 76,0 |
| | Discordo Parcialmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 90,0 |
| | Discordo Totalmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Conheço as metas internacionais para a segurança do doente | Concordo Totalmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | Concordo Parcialmente | 20 | 40,0 | 40,0 | 50,0 |
| | Discordo Parcialmente | 20 | 40,0 | 40,0 | 90,0 |
| | Discordo Totalmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| | Concordo Totalmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | Concordo Parcialmente | 17 | 34,0 | 34,0 | 44,0 |

| | | | | | |
|---|-----------------------|----|-------------|------|-------|
| Conheço outras instituições onde se aplica a mnemónica ISBAR | Discordo Parcialmente | 14 | 28,0 | 28,0 | 72,0 |
| | Discordo Totalmente | 14 | 28,0 | 28,0 | 100,0 |
| Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno | Concordo Totalmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Concordo Parcialmente | 22 | 44,0 | 44,0 | 60,0 |
| | Discordo Parcialmente | 13 | 26,0 | 26,0 | 86,0 |
| | Discordo Totalmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 100,0 |

Há afirmação conheço a norma de 2017 da DGS sobre comunicação eficaz na transição de cuidados, 68% tem conhecimento, sendo que destes 32% concorda totalmente e 36% concorda parcialmente. 24% dos participantes discorda parcialmente desta afirmação.

76% da amostra diz conhecer a mnemónica ISBAR, sendo que 10% desconhece totalmente. 50% da amostra concorda que conhece as metas internacionais para a segurança do doente assim como 50% discorda da afirmação, sendo que destes 10% desconhece totalmente. Há afirmação conheço outras instituições onde se aplica a mnemónica ISBAR, 56% discorda da afirmação enquanto que 34% concorda parcialmente.

Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno é corroborado por 60% da amostra que refere concorda, sendo que sendo que 44% concorda parcialmente e 14% não conhece o procedimento. 56% da amostra desconhece o Plano nacional para a segurança do doente 2015-2020, no entanto 38% conhece-o parcialmente.

Benefícios da utilização de uma ferramenta normalizada na transição de cuidados

Tabela 21– Representação da amostra no domínio: Benefícios da utilização de uma ferramenta normalizada na transição de cuidados

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--|-----------------------|----|-------------|-------------|------------------|
| A metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisão, promovendo o pensamento crítico | Concordo Totalmente | 21 | 42,0 | 42,0 | 42,0 |
| | Concordo Parcialmente | 16 | 32,0 | 32,0 | 74,0 |
| | Discordo Parcialmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 90,0 |
| | Discordo Totalmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| | Concordo Totalmente | 23 | 46,0 | 46,0 | 46,0 |

| | | | | | |
|--|-----------------------|----|-------------|------|-------|
| Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta normalizada | Concordo Parcialmente | 16 | 32,0 | 32,0 | 78,0 |
| | Discordo Parcialmente | 6 | 12,0 | 12,0 | 90,0 |
| | Discordo Totalmente | 5 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |

Em relação à metodologia ISBAR contribuir para a rápida tomada de decisão, promovendo o pensamento crítico, 72% da amostra concorda, sendo que destes 42% concorda totalmente. 10% discorda totalmente da afirmação.

Perante a afirmação uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta normalizada, 46% concorda totalmente, 32% concorda parcialmente e 12% discordam parcialmente.

Formação na área da segurança do doente

Tabela 22– Representação da amostra no domínio: Formação na área da segurança do doente

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--|-----------------------|----------|----------|---------------------|--------------------------|
| Já tive formação na área da segurança do doente no departamento de formação do Centro Hospitalar | Concordo Totalmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Concordo Parcialmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 32,0 |
| | Discordo Parcialmente | 7 | 14,0 | 14,0 | 46,0 |
| | Discordo Totalmente | 27 | 54,0 | 54,0 | 100,0 |
| Já tive formação na área da segurança do doente no SU | Concordo Totalmente | 8 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Concordo Parcialmente | 11 | 22,0 | 22,0 | 38,0 |
| | Discordo Parcialmente | 11 | 22,0 | 22,0 | 60,0 |
| | Discordo Totalmente | 20 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |

Da amostra, 68% discorda da afirmação – Já tive formação na área da segurança do doente no departamento de formação do Centro Hospitalar, sendo que destes 54% discorda totalmente, o que significa, que nunca teve formação nesta área no departamento de formação.

Sobre ter tido formação na área da segurança do doente no serviço de urgência, 62% discorda desta afirmação e destes, 40% discorda totalmente, ou seja, nunca teve formação na área no serviço de urgência.

Um outro instrumento utilizado no diagnóstico da situação foi a análise SWOT, que nos permitiu identificar os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e ameaças. Apresentamos seguidamente o que identificamos.

Tabela 23- Análise SWOT relativa ao diagnóstico de situação sobre a transição de cuidados no serviço de urgência

| PONTOS FORTES | PONTOS FRACOS |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">-Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de conhecimentos;-Incentivo da enfermeira Chefe;-Necessidade de serviço já identificada pelo hospital;-Ganhos em saúde associados à segurança do doente;-Incentivo à formação em serviço, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional. | <ul style="list-style-type: none">-Recursos humanos limitados de enfermagem;-Sobrecarga de trabalho, levando à desmotivação da equipa;-Rotatividade de enfermeiros no serviço nos últimos anos;Desconhecimento de alguns elementos da equipa das normas sobre as diretivas da comunicação eficaz na transição de cuidados e a segurança do doente, da DGS.Ausência de instrumento padronizado/normalizado na transição de cuidados |
| OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| <ul style="list-style-type: none">-Instituição com programa de melhoria contínua;-Objetivos do plano estratégico do serviço de urgência;-Reconhecimento da importância da necessidade identificada;-Implementação na norma 005/2017 da DGS;-Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;-Implementação dos registos informatizados. | <ul style="list-style-type: none">-A mudança da administração hospitalar;-Falta de elementos da equipa de enfermagem;-Falta de formação da equipa de enfermagem sobre as diretivas referentes à segurança do doente em transição de cuidados;-Falta de disponibilidade dos elementos de enfermagem para a aplicação de um instrumento padronizado para a transição de cuidados de enfermagem. |

Tal como referido anteriormente, um outro instrumento de recolha de dados utilizado foi a observação estruturada, que passamos a apresentar os dados.

Da análise dos dados da observação efetuada dividimos estes pelos dois setores onde foram feitas as observações, nomeadamente na UIPA e no SO. Das 40 observações efetuadas na UIPA, o tempo despendido na transição de cuidados de enfermagem foi em média 32 minutos. Em cada período de transição de cuidados existem cerca de 2,5 interrupções, sendo que 23% destas são feitas essencialmente pelos médicos. Da comunicação transmitida na transição de cuidados cerca de 9,2 minutos são referentes a informação não relevante, essencialmente sobre o serviço e sobre outros assuntos não relacionados com o serviço, doente ou enfermagem (mais no âmbito social). O ruído encontrava-se presença em cerca de 25% dos momentos observados, nomeadamente proveniente essencialmente de conversas paralelas e de aparelhos elétricos (monitores, bombas ou seringas infusoras).

No que concerne às 90 observadas realizadas no SO, o tempo despendido na transição de cuidados de enfermagem foi em média 48 minutos. Em cada período de transição de cuidados existem cerca de 4,8 interrupções, sendo que 52% destas são feitas essencialmente pelos médicos. Da comunicação transmitida na transição de cuidados cerca de 6,5 minutos são referentes a informação não relevante, essencialmente sobre o serviço e sobre outros assuntos não relacionados com o serviço, doente ou enfermagem. O ruído encontrava-se presença em cerca de 85% dos momentos observados, essencialmente proveniente de conversas paralelas.

Tabela 24- Representação das observações efetuadas na UIPA e SO com base na norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

| DESCRIÇÃO | UIPA | | | SO | | |
|---|---------------|---------------|------|------------|------------|------|
| | S | N | NA | S | N | NA |
| 1-IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| 1.1-Nome completo, data nascimento, genero e nacionalidade do doente; | 62% | 38% | | 42% | 58% | |
| 1.2- Nome e função do profissional emissor; | | | 100% | | | 100% |
| 1.3- Nome e função do profissional de saúde recetor; | | | 100% | | | 100% |
| 1.4- Serviço de origem/destinatário; | 74% | 26% | | 68% | 32% | |
| 1.5-Identificação da pessoa significativa/cuidador informal. | | 100% | | 10% | 90% | |
| TOTAL | 45,34% | 54,66% | | 40% | 60% | |
| 2- SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA | | | | | | |
| 2.1- Data e hora de admissão; | 82% | 18% | | 53% | 47% | |

| | | | | | |
|--|---------------|---------------|--|---------------|---------------|
| 2.2- Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; | 100% | | | 100% | |
| 2.3- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar. | 80% | 20% | | 68% | 32% |
| TOTAL | 87,33% | 12,67% | | 73,66% | 26,34% |
| 3- ANTECEDENTES/ANAMNESE | | | | | |
| 3.1- Antecedentes clínicos; | 72% | 28% | | 52% | 48% |
| 3.2- Níveis de dependência; | 35% | 65% | | 12% | 88% |
| 3.3- Diretivas antecipadas de vontade; | | 100% | | | 100% |
| 3.4- Alergias conhecidas ou da sua ausência; | 90% | 10% | | 78% | 22% |
| 3.5-Hábitos relevantes; | 14% | 86% | | | 100% |
| 3.6- Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; | 75% | 25% | | 28% | 72% |
| 3.7- Técnicas invasivas realizadas; | 88% | 12% | | 79% | 21% |
| 3.8- Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; | 87% | 13% | | 51% | 49% |
| 3.9- Identificação da situação social e da capacitação do cuidador. | 15% | 85% | | | 100% |
| TOTAL | 52,89% | 47,11% | | 33,33% | 66,67% |
| 4- AVALIAÇÃO | | | | | |
| 4.1- Problemas ativos; | 62% | 38% | | 33% | 67% |
| 4.2- Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa; | 58% | 42% | | 8% | 92% |
| 4.3- Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; | 46% | 54% | | 28% | 72% |
| 4.4- Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. | | 100% | | | 100% |
| TOTAL | 41,5% | 58,5% | | 17,25% | 82,75% |
| 5- RECOMENDAÇÕES | | | | | |
| 5.1- Indicação do plano de continuidade de cuidados; | 52% | 48% | | 12% | 88% |
| 5.2- Informação sobre consultas e MCDT agendados; | 62% | 38% | | 73% | 27% |
| 5.3- Identificação de necessidades do cuidador informal. | | 100% | | 29% | 71% |
| TOTAL | 38% | 62% | | 38% | 62% |

Na análise da tabela 24 verificamos que em todos os parâmetros a UIPA apresenta valores mais positivos, o que poderá estar relacionado com o número de doentes internados em cada sector, ou seja, a UIPA tem capacidade para oito doentes enquanto o SO normalmente tem mais de vinte doentes internados.

A salientar que em ambos os sectores a transmissão de informação acerca da situação atual/causa do internamento é a que apresenta valores mais positivos, focando-se os enfermeiros nos aspetos inerentes ao motivo de internamento.

2.2.2- Objetivos

Os objetivos de um projeto de intervenção devem ser centrados na resolução de um problema detetado. Estes devem ser claros e precisos. O objetivo é sinonimo de meta e de fim (Vilelas, 2017).

Nesta perspetiva, tendo como base o diagnóstico de situação elaborado, definimos como objetivo geral: Introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR, na transição de cuidados no serviço de urgência, alicerçada no pensamento Lean, a fim de melhorar a segurança do doente.

Definimos como objetivos específicos, segundo o autor supramencionado só é possível avaliar um objetivo geral se este conter termos concretos e específicos, atendendo que existirá maior objetividade nos resultados esperados, os seguintes:

- Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência, sobre a temática da segurança do doente
- Construir um instrumento estruturado, com base na técnica ISBAR, a utilizar pelos enfermeiros na transição de cuidados de enfermagem
- Avaliar junto da equipa os contributos da utilização de um instrumento estruturado, padronizado, na transição de cuidados

2.2.3- Pensamento Lean

A utilização da metodologia *Lean*, uma ferramenta de gestão, foi utilizada durante todo o desenvolvimento da intervenção profissional major, como abordagem sistemática, assente numa filosofia de melhoria contínua.

De acordo com os princípios básicos que fundamentam a filosofia do pensamento *Lean*, valor foi definido como assegurar a segurança do doente internado no serviço de urgência, através de comunicação eficaz na transição de cuidados.

A cadeia de valor contempla a realização de uma análise de todo o processo assente nos instrumentos utilizados no diagnóstico da situação. Verificou-se que na maioria das vezes a transmissão de informação sobre os doentes na transição de cuidados não é feita de forma estruturada, existe informação irrelevante para os cuidados ao doente, existe informação importante que não é transmitida, a informação transmitida é subjetiva e alguns enfermeiros sentem que durante a passagem de turno são pressionados a terminar rapidamente. A acrescentar a tudo isto o momento de transição de cuidados é sujeito a interrupções, os enfermeiros são interrompidos por outros profissionais, existem ruídos durante a transição de cuidados que interfere com a transmissão de informação. Perante o exposto verificamos que existem desvantagens quer para o doente quer para o próprio enfermeiro. Existe desperdício de tempo no momento de transição de cuidados quer com informação não relevante para os cuidados aos doentes quer com as interrupções por outros profissionais, existindo um aumento no tempo utilizado na transição de cuidados pelo enfermeiro. Para o doente existe o risco de diminuir a sua segurança pela informação importante que não é transmitida, pelo facto de não ser feito de forma estruturada, perdendo-se alguma informação importante. Neste processo foram identificados desperdícios que devem ser eliminados como informação desnecessária para a continuidade de cuidados ao doente, assim como as interrupções e o ruído que acabam por prolongar o momento de transição de cuidados.

A acrescentar também a falta de formação da equipa na área da segurança do doente, desconhecendo alguns a norma da DGS de 2017 sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados, as metas internacionais para a segurança do doente, o procedimento multisectorial da instituição para a realização da transição de cuidados e o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020.

Uma vez identificados o valor, a cadeia de valor incluindo o desperdício segue-se o fluxo. É a etapa em que se procura sincronizar todos os meios envolvidos na criação de valor e eliminação dos obstáculos. Foram definidas estratégias, discutidas com a enfermeira orientadora, a enfermeira responsável pelo serviço e a docente responsável pela orientação. Optou-se por fazer uma sessão de formação em serviço à equipa, em data combinada com a enfermeira responsável pelo serviço. Esta sessão foi publicitada no serviço (Apêndice VII), elaborado plano de sessão (Apêndice VIII).

A sessão decorreu no dia 9 de abril, encontrando-se em apêndice os diapositivos da sessão (Apêndice IX), onde inicialmente foram apresentados os objetivos da formação e do projeto de intervenção, a sua pertinência e finalidade. Feita uma breve contextualização sobre o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e a Norma da DGS sobre Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Apresentada a evidência científica encontrada na revisão integrativa da literatura elaborada, sobre a Comunicação na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência. Seguiu-se a apresentação dos resultados do questionário, refletindo-se em conjunto sobre estes. No final foi solicitado à equipa opiniões sobre a temática e sugestões de melhoria. Aplicado um questionário de avaliação da sessão (Anexo I), decidiu-se juntamente com a enfermeira responsável pelo serviço e a enfermeira orientadora, utilizar o instrumento que normalmente se usa de avaliação das sessões de formação.

Na avaliação da formação em serviço dividimos as questões apresentadas no documento de avaliação em três domínios:

- a) A pertinência e adequação da temática
- b) A prestação do formador
- c) As condições da sala e apoio técnico e administrativo

A pertinência e adequação da temática

Tabela 25- Representação da amostra sobre "A adequação da formação às suas necessidades e expectativas"

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|---------------------------------|----|------|-------------|------------------|
| A adequação da formação às suas necessidades e expectativas | Insatisfeito | 1 | 3,8 | 3,8 | 3,8 |
| | Nem satisfeito/Nem insatisfeito | 2 | 7,7 | 7,7 | 11,5 |
| | Satisfeito | 8 | 30,8 | 30,8 | 42,3 |
| | Muito satisfeito | 15 | 57,7 | 57,7 | 100,0 |

| | | | |
|-------|----|-------|-------|
| Total | 26 | 100,0 | 100,0 |
|-------|----|-------|-------|

57,7% da amostra refere estar muito satisfeito com a adequação da formação às suas necessidades e expectativas.

Tabela 26- Representação da amostra sobre “A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)”

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--|---------------------------------|----|-------|----------|---------------|
| A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse) | Nem satisfeito/Nem insatisfeito | 2 | 7,7 | 7,7 | 7,7 |
| | Satisfeito | 9 | 34,6 | 34,6 | 42,3 |
| | Muito satisfeito | 15 | 57,7 | 57,7 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

Na tabela 26 verificamos que 57,7% ficou muito satisfeito com a qualidade dos conteúdos.

Tabela 27- Representação da amostra sobre “A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|---------------------------------|----|-------|----------|---------------|
| A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho | Nem satisfeito/Nem insatisfeito | 1 | 3,8 | 3,8 | 3,8 |
| | Satisfeito | 9 | 34,6 | 34,6 | 38,5 |
| | Muito satisfeito | 16 | 61,5 | 61,5 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

Verificamos na tabela 27 que 61,5% da amostra está muito satisfeito com a possibilidade de aplicar os conhecimentos e 34,6% satisfeito.

A prestação do formador

Tabela 28- Representação da amostra sobre “Domínio dos conteúdos/competências técnico-científicas”

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|--|------------------|----|-------|----------|---------------|
| Domínio dos conteúdos/ competências técnico-científicas | Satisfeito | 8 | 30,8 | 30,8 | 30,8 |
| | Muito satisfeito | 18 | 69,2 | 69,2 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

69,2% da amostra refere estar muito satisfeito e 30,8% satisfeito com o domínio dos conteúdos apresentados pelo formador.

Tabela 29- Representação da amostra sobre “Metodologia da transmissão de conhecimentos”

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|------------------|----|-------|----------|---------------|
| Metodologia da transmissão de conhecimentos | Satisfeito | 10 | 38,5 | 38,5 | 38,5 |
| | Muito satisfeito | 16 | 61,5 | 61,5 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

61,5% da amostra refere estar muito satisfeito sobre a metodologia utilizada na transmissão de conhecimentos e 38,5% encontra-se satisfeito.

Tabela 30- Representação da amostra sobre “Utilização e domínio dos recursos didáticos”

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|------------------|----|-------|----------|---------------|
| Utilização e domínio dos recursos didáticos | Satisfeito | 10 | 38,5 | 38,5 | 38,5 |
| | Muito satisfeito | 16 | 61,5 | 61,5 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

Na análise da tabela 27 verificamos que 61,5% se encontra muito satisfeito com a utilização e domínio do formador dos recursos didáticos

As condições da sala e apoio técnico e administrativo

Tabela 31- Representação da amostra sobre “As condições da sala”

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|----------------------|---------------------------------|----|-------|-------------|------------------|
| As condições da sala | Nem satisfeito/Nem insatisfeito | 3 | 11,5 | 11,5 | 11,5 |
| | Satisfeito | 14 | 53,8 | 53,8 | 65,4 |
| | Muito satisfeito | 9 | 34,6 | 34,6 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

A maioria da amostra, 53,8% encontra-se satisfeito com as condições da sala. Não existindo ninguém insatisfeito.

Tabela 32- Representação da amostra sobre “A qualidade do apoio técnico e administrativo”

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|---|---------------------------------|----|-------|-------------|------------------|
| A qualidade do apoio técnico e administrativo | Insatisfeito | 1 | 3,8 | 3,8 | 3,8 |
| | Nem satisfeito/Nem insatisfeito | 3 | 11,5 | 11,5 | 15,4 |
| | Satisfeito | 13 | 50,0 | 50,0 | 65,4 |
| | Muito satisfeito | 9 | 34,6 | 34,6 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

50% da amostra refere estar satisfeito com a qualidade do apoio técnico e administrativo, e 3,8% refere estar insatisfeito.

Tabela 33- Representação da amostra sobre “Documentação fornecida”

| | | N | % | % válida | % acumulativa |
|------------------------|---------------------------------|----|-------|-------------|------------------|
| Documentação fornecida | Nem satisfeito/Nem insatisfeito | 2 | 7,7 | 7,7 | 7,7 |
| | Satisfeito | 11 | 42,3 | 42,3 | 50,0 |
| | Muito satisfeito | 13 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | Total | 26 | 100,0 | 100,0 | |

50% da amostra refere estar muito satisfeito com a documentação fornecida e 7,7% não tem opinião.

Tal como referido anteriormente foram utilizadas ao longo deste projeto algumas ferramentas Lean, nomeadamente Processos uniformizados. A uniformização de processos é um dos aspetos mais importantes no pensamento *Lean* (Pinto, 2014), sendo comparados com as melhores práticas, contribuindo assim para a melhoria contínua, implicando fazerem todos da mesma forma, seguindo a mesma sequência e utilizando as mesmas ferramentas.

Foi elaborado um instrumento orientador, com base na norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: Anexo I - Técnica ISBAR (Apêndice X) e entregue para validar com a equipa de enfermagem, nos momentos de transição de cuidados na UIPA e SO. Sendo solicitadas à equipa as alterações que considerassem pertinentes, de forma a ser uma mais valia na transição de cuidados. O documento foi utilizado durante oito dias. Após este período experimental foram recolhidas as opiniões dos enfermeiros acerca do instrumento assim como sugestões de melhoria.

Assim, em termos de avaliação do instrumento pelos enfermeiros, estes concordaram que se trata de uma mais valia quando aplicado aos momentos de transição de cuidados, permitindo concentrar a atenção no que está a ser transmitido, existindo uma sequência lógica da informação referente ao doente, evitando informação subjetiva e inadequada há situação do doente. Permite ainda identificar alguns fatores que por variadíssimas razões, frequentemente são omitidos nos momentos de transição de cuidados, podendo assim ser imediatamente solicitadas pelo colega que está a receber o turno. Outro fator referido como importante, na utilização deste instrumento, é que o enfermeiro tendo a possibilidade de o ter sempre consigo, pode acrescentar e/ou alterar qualquer informação/dado sem a necessidade de o fazer imediatamente no processo do doente, que muitas vezes está na posse do médico. Da mesma forma, na transição dos cuidados não necessita obrigatoriamente de ter o processo clínico consigo, dado que toda a informação pertinente sobre o doente se encontra disponível no instrumento. De uma forma global todos os enfermeiros se mostraram muito recetivos ao novo instrumento apresentado, comentando entre si e sugerindo alterações para o otimizar, de forma a torná-lo um adjuvante eficaz na transição de cuidados no Serviço de Urgência Geral.

Tal como referido foram também sugeridas algumas alterações ao instrumento no sentido de se tornar o mais adequado possível às características do serviço, que foram feitas e podem ser consultadas no apêndice XI. O documento reestruturado foi novamente entregue à equipa de enfermagem e será avaliado dentro de seis meses (final de outubro). Dado o espaço temporal inerente a este mestrado, com a necessidade de se cumprir prazos para a entrega do relatório, este

documento será avaliado por um grupo de trabalho constituído por dois enfermeiros do serviço e pela enfermeira orientadora.

Quer na elaboração da sessão de formação à equipa de enfermagem quer na elaboração do instrumento a utilizar na transição de cuidados, sendo um documento estruturado e prático, com etapas bem definidas, que aumentam a produtividade do momento de transição de cuidados, rentabilizando o tempo e os recursos, utilizamos a ferramenta 5W2H.

Ao longo deste processo, da intervenção profissional major, empregamos também a ferramenta 5S, referente a um conjunto de intervenções a fim de reduzir o desperdício e melhorar o desempenho dos profissionais, assente na manutenção de um ambiente organizado, reduzindo e prevenindo acidentes. Assim identificamos: o *Seiri*- arrumação, removendo a informação desnecessária no momento de transição de cuidados, o *Seiton*- senso de arrumação, em que foi organizada a comunicação na transição de cuidados, o *Seiketsu*- normalização, em que foi criado um instrumento padronizado/normalizado para o momento de transição de cuidados, garantindo que toda a informação é transmitida. O *Shitsuke*, autodisciplina, utilização do documento padronizado em todos os momentos de transição de cuidados, garantindo que todos os princípios da comunicação eficaz na transição de cuidados ao doente foram garantidos, aumentando a sua segurança.

A referir que o desperdício identificado como seja o ruído e as interrupções durante os momentos de transição de cuidados, sendo estas interrupções, maioritariamente feitas por médicos e assistentes operacionais, foi solicitada a colaboração da enfermeira responsável pelo serviço, no sentido de alertar o diretor de serviço, para evitar interromper os enfermeiros durante o período de transição de cuidados, assim como, alertou também os assistentes operacionais.

A filosofia *Kaisen* foi também utilizada neste processo de melhoria contínua, assente no envolvimento dos enfermeiros, afim de motivar para a mudança. Tendo como pilar o PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), em que todas as etapas foram aplicadas. Inicialmente foi feito a identificação do problema, definidos os objetivos e planeadas as intervenções de melhoria, seguindo-se a execução do plano estratégico, sendo recolhidos dados para análise posterior. Seguidamente foi feita a análise do processo, através de ferramentas próprias, afim de se perceber se as intervenções cumpriram o planeado anteriormente. Nesta etapa detetou-se a necessidade de efetuar alguns ajustes ao instrumento de transição de cuidados. Na última etapa, após o ajuste, reiniciou-se as etapas, promovendo continuamente a melhoria dos processos.

A Perfeição é o objetivo final do pensamento Lean. Esta procura pela perfeição implica um processo de melhoria constante, em que a equipa está convicta de que se trata de um processo em constante evolução, na procura constante da melhoria da qualidade dos cuidados ao doente, aumentando a sua segurança utilizando uma comunicação eficaz, na transição de cuidados.

2.2.4- Considerações éticas

Qualquer tipo de investigação, cujo objeto de estudo é o Ser Humano, levanta questões éticas e morais. Na aquisição de conhecimentos existe um limite que não deve ser ultrapassado. Este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

No caso concreto da investigação em enfermagem, dado que os sujeitos da investigação são pessoas há que ter em consideração os direitos inerentes à dignidade da pessoa humana. A investigação em Enfermagem não pode alhear-se dos valores morais que garantem à enfermagem o seu próprio significado. Quando a investigação envolve pessoas há aspetos que não podem ser descurados (Van Manen, 2014).

As questões éticas percorrem todo o processo de intervenção, assim para o acesso ao terreno para recrutamento dos participantes foi solicitado autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o projeto (Apêndice XII) e respetiva comissão de ética, que foi autorizado (Apêndice XIII). Foi também solicitada a aprovação à Senhora Enfermeira responsável pelo serviço e à Diretora Clínica (Apêndice XIV).

Para a obtenção do consentimento informado, elaboramos um documento (Apêndice XV) no qual consta os objetivos e a finalidade do estudo, o caráter voluntário da participação, a garantia da desistência da participação sempre que o desejasse, a garantia que da aceitação ou recusa em participar no estudo não decorreriam quaisquer benefícios ou prejuízos, a garantia de que a sua identificação seria mantida no anonimato e a garantia de que a informação recolhida seria confidencial e se destinaria exclusivamente a ser utilizada neste estudo. Este documento foi entregue juntamente com os questionários, sendo assinado pelos participantes como prova do seu consentimento informado.

No que diz respeito à confidencialidade e anonimato dos dados, tendo em conta os compromissos assumidos com os participantes garantindo-lhes a proteção da privacidade, os resultados, para além deste relatório podem vir a ser apresentados em comunicações profissionais e académicas e publicações de carácter científico.

2.3- Análise Reflexiva

A intervenção profissional major revestiu-se de uma grande mais valia neste percurso formativo. Alicerçada na teoria de Afaf Meleis, permitindo-nos analisar e clarificar fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem. A comunicação eficaz nos momentos de transição de cuidados, quer na transferência do doente para outros serviços de internamento ou hospitais, quer nas denominadas “passagens de turno”, permitindo a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, é fundamental na segurança do doente.

O processo de transição saúde-doença que o doente se encontra a vivenciar, em que a doença não é mais que a evidente expressão de vulnerabilidade humana (Vieira, 2003), sentindo-se ameaçado, inseguro em relação ao seu futuro, aos seus projetos pessoais, confrontando-se com a sua própria finitude, torna-se de especial interesse para os enfermeiros, impondo-se uma reflexão sobre como cuidamos. Tal como nos refere Rebelo (2014), o cuidado de enfermagem pertence à grande família do cuidado humano, sendo essencial à sobrevivência e existência humana. Na perspetiva da enfermagem, o resultado desejado deste processo de transição saúde-doença não é só um estado de saúde, mas sim uma transição saudável. A transição de cuidados assente numa comunicação eficaz é uma preciosa mais valia neste processo transicional saúde-doença.

A apropriação, para posterior utilização do pensamento *Lean*, foi um grande desafio pelo facto de não dominarmos de todo esta filosofia, implicando uma dedicação acrescida, no espaço temporal de que dispúnhamos. Foi-nos possível aprofundarmos conhecimentos e desenvolver competências na área da comunicação eficaz na transição de cuidados, tendo como finalidade a segurança do doente. A área da comunicação, embora sendo uma área já trabalhada anterior, no decorrer de um mestrado, trouxe-nos mais valias na compreensão da utilização de uma linguagem padronizada na transição de cuidados de enfermagem.

O facto de voltarmos ao serviço de urgência ao fim de vinte anos, onde exercemos funções nos primeiros anos da nossa atividade profissional, durante cerca de dez anos, foi um misto de emoções, aliado ao facto de no momento não nos encontrarmos na prática clínica de cuidados. Encontrámos um contexto diferente, com uma equipa completamente diferente. Trata-se de uma equipa muito jovem, essencialmente do género feminino, cuja média de idade é de 33,46 anos, sendo, no entanto, a moda de 25 anos, encontrando-se 50% com idades compreendidas entre os 23 e os 29 anos. A média de anos como enfermeiros é de 10,67, sendo, a moda de 2 e 5 anos, com 50% da equipa entre 6 anos e meio ano como profissionais de enfermagem. O mesmo se verifica como enfermeiros no serviço de urgência, sendo a média de 7,29 anos, a moda de 2 e 3 anos e 52% tem entre 6 meses e 3 anos. A maioria dos enfermeiros são considerados segundo Benner (2001, p.53) como competentes: *“A enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente”*.

Como podemos constatar no questionário aplicado, os enfermeiros sentem que existem uma série de fatores que interferem nos momentos de transição de cuidados e alguns manifestam que existe informação irrelevante que é referida nos momentos de transição assim como a existência de informação importante que não é transmitida. 72% concordam que a metodologia ISBAR contribui para a tomada de decisão e pensamento crítico, garantindo a eficácia da comunicação eficaz, com a utilização de uma ferramenta normalizada.

As diretivas sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados, nomeadamente a norma da DGS de 2017 sobre comunicação eficaz na transição de cuidados, as metas internacionais para a segurança do doente, o procedimento multisectorial da instituição para a transição de cuidados e o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, não são do conhecimento total de toda a equipa, mostrando estas necessidades de formação nesta área quer no serviço de urgência quer no departamento de formação do centro hospitalar.

Com base nestas necessidades detetadas, elaboramos e apresentamos uma formação em serviço, no sentido de dar resposta. Posteriormente elaboramos um documento padronizado a utilizar na transição de cuidados, com a colaboração dos enfermeiros do serviço, que o aplicaram e após algumas sugestões, foi reestruturado, ficou disponível nos computadores do serviço e encontra-se agora a ser utilizado.

O serviço de urgência em si, em termos de espaço físico, tem sofrido algumas alterações ao longo destes 20 anos. Encontrámos um serviço em obras, que só terminaram na última semana do estágio. Com falta de enfermeiros, em que por vezes alguns elementos tinham de seguir turno, mostrando sempre disponibilidade para colaborar, quando solicitados.

A intervenção profissional major está implementada no serviço. Foi criado um grupo de trabalho que irá dar continuidade ao projeto e avalia-lo dentro de seis meses. Sentimos que houve um envolvimento de toda a equipa, com melhoria de qualidade da comunicação na transição de cuidados.

Ficou de se agendar nova sessão de formação sobre a temática no serviço de urgência, para os enfermeiros que não puderam assistir, a pedido da enfermeira responsável pelo serviço.

Pensamos que uma limitação a este estudo foi a questão temporal para o desenvolvimento da intervenção. Apenas aplicamos os instrumentos no início de janeiro, sendo aplicados em simultâneo, havendo necessidade de voltar ao serviço, mesmo após o término do estágio, nomeadamente para a realização da ação de formação.

Consideramos que atingimos o objetivo a que nos propusemos no início deste projeto, tendo introduzido uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR, na transição de cuidados no serviço de urgência, alicerçada no pensamento Lean, melhorando a segurança do doente

3- ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No senso comum competência é uma palavra utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma intervenção. A competência não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know how* específico (Fleury e Fleury, 2001). Para Le Boterf (2003) a competência é formada por três eixos do qual fazem parte a pessoa (sua biografia, socialização), a sua formação educacional e a sua experiência profissional. Trata-se de um conjunto de aprendizagens comunicacionais e sociais, sustentadas pela formação e pela aprendizagem. Ainda segundo Le Boterf (2003) competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado. Não se trata apenas do saber-fazer, mas sim da sua capacidade de saber-ser e saber-saber de forma combinada, na resolução de situações complexas.

Benner (2001) alude ao modelo de Dreyfus ao referir que a aquisição e o desenvolvimento de competências assentam em cinco níveis sucessivos de proficiência (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), sendo esses níveis o reflexo de mudanças, que se introduzem aquando da aquisição de competências. No último nível, Perito, a enfermeira tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação sendo detentora de uma capacidade de intervenção notável, competência, julgamento clínico e gestão de situações complexas.

O nível de perícia em enfermagem, assenta na nossa perspetiva, no sentido de uma enfermagem avançada, que corroboramos com Silva (2007, p.18) ao referir que:

"significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela Inter-relação pessoal- baseado em teorias de enfermagem que têm por "Core" o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão. A nossa opinião vai no sentido de "avançar" a enfermagem como prática profissional, com conhecimento substantivo da enfermagem".

Com base no anteriormente exposto, ao longo do estágio, tivemos como finalidade o desenvolvimento, a consolidação e aquisição de competências de EEEPSC, assentes neste nível de perícia, integrando os conhecimentos adquiridos ao longo das várias unidades curriculares, no nosso percurso académico ao longo dos anos e na nossa experiência ao cuidar do doente crítico durante o nosso percurso profissional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011b, p.8648) enfermeiro especialista: *“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas nos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de intervenções especializadas relativas a um campo de intervenção”.*

Dado se tratar de um curso de Mestrado em Enfermagem, proporcionando não só o título de enfermeiro especialista ao estudante, assim como o grau de mestre em enfermagem, importa neste contexto referir, com base no Decreto-Lei nº115/2013, que regula o regime jurídico dos graus académicos no Ensino Superior, assim como no documento de acreditação do curso apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação no Ensino Superior (UE,2015,p.26), as competências inerentes ao Mestre em Enfermagem:

- 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.*

Neste capítulo abordaremos as intervenções desenvolvidas em contexto de estágio, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem, assim como das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que pretendem promover *“um enquadramento regulador para a certificação de competências”* (O.E., 2011b, p.8656). Aquisição esta, de competências, baseada numa atitude reflexiva sobre as práticas, assente numa prática baseada na evidência. A referir que no início do estágio final desenvolvemos um plano do relatório de estágio de natureza profissional, que pretendeu ser um fio condutor para a prática clínica do longo deste percurso (Apêndice XVI).

3.1- Competências comuns de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

As competências do enfermeiro especialista são inerentes a um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo estas consideradas comuns independentemente da área de especialidade.

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE,2011a).

A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A2- Promove a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Neste domínio de competências incluímos também a competência de mestre nº3: 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.

A Ordem dos Enfermeiros em 2015, no documento intitulado Deontologia Profissional de Enfermagem, refere que a deontologia de enfermagem constitui um poderoso e vasto instrumento facilitador do agir profissional do enfermeiro. Poderoso, porque se encontra incluído numa lei, colocando as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica de outras leis do país, e vasto porque sendo completo, inclui as demais áreas da prestação de cuidados de enfermagem, sendo a sua utilização essencial na procura do agir profissional diário, orientando e fundamentando as decisões do enfermeiro. Trata-se de um conjunto de regras e princípios que vem associada ao dever e obrigação e ao agir de livre vontade.

Ao longo do nosso percurso profissional temos pautado a nossa conduta por um quadro de referência, norteador do exercício da profissão de enfermagem, assente no código deontológico, no REPE, nas competências do enfermeiro de cuidados gerais e no regulamento dos padrões de qualidade do enfermeiro de cuidados gerais, garantido a qualidade dos cuidados de enfermagem de quem temos cuidado, procurando sempre a excelência no cuidar.

No que concerne ao código deontológico, toda a deontologia profissional que se encontra descrita no Decreto-Lei 156/2015 de 16 de setembro, capítulo VI, foi revista, e ao longo do período de estágio continuámos a desenvolver o nosso exercício profissional assente no código deontológico, tendo sempre em atenção a privacidade do doente, sem interferir na sua vida pessoal e familiar, não comprometendo a sua segurança ou dignidade humana durante a prática de cuidados. Temos consciência que o doente no estado de vulnerabilidade em que se encontra sente que o seu corpo não é mais que um corpo objeto, esvaziado da sua singularidade, sentindo-se este completamente impotente, necessitando do outro para a satisfação das suas necessidades mais elementares, entregando-se ao olhar e ao cuidado do profissional. Nesta perspetiva tentámos sempre aceder ao doente, numa relação cuidativa, ajudando na satisfação de necessidades e no bem-estar, sem que ele sentisse esta relação de dependência, mas como um período de transição saúde-doença, que iria ultrapassar, sem sentir a sua identidade e integridade prejudicada.

Respeitámos o seu direito ao consentimento informado, livre e esclarecido para a prestação e cuidados e o acesso à informação, garantindo sempre a confidencialidade, apenas comentando com os pares as informações com interesse no processo terapêutico. A salientar que discutimos com a equipa a importância das diretivas antecipadas de vontade do doente, de forma informal, área para a qual nos sentimos sensibilizadas. Participamos no estabelecimento de uma parceria da nossa instituição empregadora com uma entidade de cuidados paliativos, em que promovemos um workshop em outubro de 2018 subordinada ao tema o que fazer quando não pudemos

curar, para estudantes do ensino superior, docentes e técnicos de saúde. Posteriormente, em novembro, promovemos um workshop denominado cuidar na vulnerabilidade da doença crónica. E em maio de 2019 promovemos um curso básico de cuidados paliativos. Em todas as sessões foram abordadas e debatidas as diretivas antecipadas de vontade.

Respeitámos sempre as crenças religiosas e valores culturais do doente e família. A autonomia do doente esteve sempre presente em todo o processo terapêutico. A nossa prática de cuidados baseou-se sempre na legislação e normas da instituição, que conhecemos bem, dado ter sido a nossa instituição durante trinta anos, e das normas do serviço, das quais nos fomos apropriando no decorrer do período de estágio.

O Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro, que regulamenta o exercício Profissional dos Enfermeiros, foi novamente revisto e discutido com a orientadora clínica assim como, o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica (OE,2011c), alicerçado na prática clínica, com vista a uma prática especializada.

Gostaríamos de salientar que além da prática direta de cuidados, os princípios éticos foram cumpridos aquando da realização da intervenção profissional major, pedindo autorização à instituição hospitalar, diretor clínico e enfermeira responsável pela gestão do serviço e respetiva comissão de ética. Elaboramos também o documento de consentimento livre e esclarecido para os participantes, garantindo assim os aspetos éticos inerentes à investigação.

Perante o exposto pensamos ter desenvolvido e adquirido as competências inerentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como a competência de mestre em enfermagem referida anteriormente.

B- Domínio da Melhoria da Qualidade

B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Neste domínio de competências incluímos também a competência de mestre nº5: Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem tem sido uma constante na nossa prática diária, suportada desde 2001 pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, para o enfermeiro de cuidados gerais. No início do estágio sentimos necessidade de nos apropriar dos padrões de qualidade especializados para o EEEPSC, no sentido de ser um instrumento orientador na nossa prática clínica especializada. Os enunciados descritivos: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde são o fio condutor para a obtenção de melhores resultados dos cuidados de enfermagem, durante o período em apreciação. (OE,2011c).

A conceção de um projeto de melhoria contínua da qualidade foi uma das nossas preocupações desde o início do estágio. Reunimos com a enfermeira responsável pela gestão do serviço de urgência e com a enfermeira orientadora no sentido de perceber qual o projeto que poderia trazer um maior envolvimento da equipa e conseqüente melhoria para o doente/família. Foi acordado trabalharmos a área da segurança do doente, de acordo com a norma nº001/2017 da DGS sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, sendo este o mote para a intervenção profissional major que abordamos anteriormente.

Gostaríamos de salientar que embora não nos encontremos na prática clínica desde 2017, altura em que exercíamos a nossa atividade profissional na unidade de cuidados intensivos, estivemos sempre envolvidas em vários projetos de melhoria contínua da qualidade, como elemento com participação ativa, nomeadamente: Prevenção de delírium na UCI, desde 2015; A comunicação com o doente com tubo ou cânula traqueal, desde 2016; Dor como 5º sinal vital, desde 2009, sendo coordenadora do grupo no serviço e elo de ligação com o grupo institucional, passando em 2015 a fazer parte do grupo de trabalho institucional; Prevenção da infeção do trato urinário desde 2009; Mãos limpas salvam vidas desde 2009; Implementação da CIPE/SAPE na UCI, juntamente com outra colega desde 2009, em que foi desenvolvido o padrão em papel e envolvida a equipa. Posteriormente feita a introdução eletrónica no Sclínico e adaptação para a versão de normalização dos registos de enfermagem e Gestão de resíduos desde 2015.

Existiam outros projetos como a prevenção das úlceras de pressão e a prevenção da pneumonia associada à ventilação que embora não fizessemos parte do grupo de trabalho, conhecíamos e cumpríamos as linhas orientadoras e os feixes de intervenção, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O facto de termos participado em todos estes projetos de melhoria da qualidade, foi uma mais valia no decorrer do estágio, permitindo-nos participar de forma proactiva nos mesmos, no seio da equipa de enfermagem onde nos encontrávamos inseridas.

Temos consciência de que ao longo do estágio criamos condições para a manutenção de um ambiente seguro para o doente e família, assentes na evidência científica, com práticas seguras nomeadamente na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, com procedimentos tão básicos como a higienização das mãos e a troca de equipamento de proteção individual entre doentes, a desinfeção da ferida cirúrgica, do cateter venoso, a prevenção da infeção do trato urinário. A prevenção das úlceras de pressão quer com os posicionamentos quer com a utilização de apósitos de proteção da pele, como por exemplo a aplicação de uma placa de hidrocolóide na pirâmide nasal de um doente com ventilação não invasiva por máscara facial.

Após a reflexão apresentada consideramos ter desenvolvido e adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade, assim como a competência de mestre em enfermagem nº 5.

C- Domínio da gestão dos cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados

Neste domínio de competências incluímos também a competência de mestre nº1: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

No contexto de estágio, a enfermeira orientadora assume o papel de chefe de equipa, permitindo-nos acompanhá-la durante dois turnos, afim, de assim perceber e observar a dinâmica de liderança neste serviço e as decisões tomadas perante a dinâmica apresentada, sendo uma preocupação constante o cumprimento das recomendações das dotações seguras pelos diversos setores do serviço, mantendo a segurança do doente e a respetiva qualidade nos cuidados prestados. A chefe de equipa de enfermagem distribui os elementos de enfermagem pelos vários sectores, sendo cada um responsável pela prestação de cuidados de enfermagem a um número de doentes, como referido anteriormente. Procedendo de igual forma com os assistentes operacionais.

A gestão de cuidados e a otimização de equipas multiprofissionais, não seriam intervenções esperadas no contexto de estágio enquanto estudante do 2º ciclo, apesar do percurso profissional já desenvolvido durante largos anos quer como chefe de equipa no serviço de urgência geral quer na unidade de cuidados intensivos.

Durante o estágio gerimos os cuidados de enfermagem prestados ao doente/família, otimizando as respostas de enfermagem ao nível da tomada de decisão assente na prática baseada na evidência. Foi-nos possível também delegar algumas tarefas e acompanhar a sua supervisão, garantindo sempre a segurança e a qualidade dos cuidados.

A gestão de recursos disponíveis, esteve sempre presente durante o período em que decorreu o estágio.

Perante o anteriormente exposto e tendo em atenção que este percurso é um processo contínuo do nosso desempenho consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados, assim como a competência nº1 de mestre em enfermagem.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Neste domínio de competências incluímos também as competências de mestre nº2, nº4 e nº6, nomeadamente:

2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

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 Código deontológico dos enfermeiros no artigo 100º refere que o enfermeiro assume o dever de *"Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional"* (2015, p.8079) continuando no artigo 109.º a mencionar que *"O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas"* (2015, p.8103). Estas premissas estiveram sempre presente ao longo do nosso percurso profissional de trinta anos, em que no âmbito académico realizámos um mestrado em comunicação em saúde, em 2007, tendo como temática *"A perceção dos enfermeiros sobre os contributos do CCFE para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem"*, em contexto de UCI, tendo com achados centrais do estudo que a frequência deste curso permitiu desenvolver conhecimentos teóricos, um enriquecimento ao nível do Saber, salientando-se o desenvolvimento do espírito reflexivo e crítico relativamente aos cuidados prestados ao utente e família, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Realizamos também um doutoramento em enfermagem na área de especialização em enfermagem avançada, em 2016, com a tese intitulada *"O internamento numa unidade de cuidados intensivos: A experiência vivida da pessoa em situação crítica"*. Ambos os trabalhos desenvolvidos trouxeram contributos para a prática clínica, mas os achados do doutoramento foram fundamentais na construção da pessoa, enfermeira e docente que hoje somos. Proporcionou um questionamento contínuo sobre a fragilidade e a vulnerabilidade do corpo e da existência, a tomada de consciência da finitude na mais evidente expressão da vulnerabilidade humana e do nosso papel enquanto cuidadores, como cuidamos, neste processo de transição saúde-doença que o doente se encontra a vivenciar.

Além da formação académica realizada estivemos sempre envolvidas em formações em serviço e jornadas, entre outros.

Ao longo do estágio reconhecemos sempre os nossos recursos e os nossos limites pessoais e profissionais relevantes para a prestação de cuidados no seio da equipa de saúde. Em situações de urgência/emergência controlamos sempre os sentimentos e as emoções proporcionando cuidados de enfermagem ao doente crítico em segurança.

A mobilização dos conhecimentos que adquirimos nas várias unidades curriculares ao longo deste curso foram uma mais valia na prática clínica especializada, baseados na evidência científica, demonstrado na prestação de cuidados através de uma prática fundamentada.

Ao longo do período de estágio tivemos oportunidade de participar nalgumas atividades de âmbito formativo e cariz científico, como a elaboração de um artigo denominado: Comunicação na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência: Revisão Integrativa. Este artigo foi submetido para publicação a uma revista indexada à SCOPUS, aguardando o feedback. (Anexo II).

Participamos também como formanda no III Congresso Da seção Regional do Sul: Enfermagem em Urgência e Emergência (Anexo III). Foi importante conhecer as várias realidades existentes a nível nacional nesta área tão específica do conhecimento em enfermagem.

No dia 4 de junho apresentamos no 4º Congresso Internacional do CiiEM 2019, *Health, Well-Being and Ageing in the XXI Century*, uma comunicação denominada: "*Nursing communication handover in emergency department*" (Anexo IV), com base no trabalho desenvolvido na intervenção profissional major, que em princípio, será posteriormente, publicado o resumo na revista *Annals of Medicine*.

Após a reflexão apresentada sobre as atividades desenvolvidas pensamos ter adquirido as competências comuns de enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como competências nº2, nº4 e nº6 do grau de mestre em enfermagem.

3.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

O perfil de competências específicas do EEEPCSC integra para além do perfil das competências comuns do EE, um conjunto de competências especializadas, clínicas, promovendo um enquadramento regulador para a certificação de competências (Regulamento nº 124/2011, p.8656).

De acordo com o regulamento supracitado as competências do EEEPSC são: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; resposta a situações de catástrofe ou emergência médica, da conceção à ação e maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação.

As atividades planeadas e realizadas ao longo do período de estágio, tiveram como referencial os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, para a aquisição das competências específicas do EEEMCPSC.

Na reflexão que apresentamos seguidamente sobre as intervenções desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEEMCPSC, a competência nº1 de mestre em enfermagem: *Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada, é transversal a todas as competências específicas.*

Competência específica K1- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Ao longo de trinta anos de prática clínica, inicialmente no serviço de urgência geral (cerca de dez anos) e posteriormente na unidade de cuidados intensivos, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica foi uma constante.

O período de estágio e os conteúdos lecionados nas unidades curriculares enfermagem médico-cirúrgica permitiu-nos desenvolver e consolidar competências no domínio das competências específicas K1.

Pessoa em situação crítica *“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”*. (Regulamento nº 124/2011,8656). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente habilitados, contínuos como resposta às necessidades afetadas, permitindo assim manter as funções básicas de vida, prevenindo as complicações e limitando as incapacidades (Regulamento nº 124/2011).

Ao longo do período de estágio prestamos cuidados a diversos doentes em situação crítica, principalmente na sala de reanimação e na UIPA. A sala de reanimação é um local de eleição na primeira abordagem ao doente crítico, onde o grau de instabilidade é acentuado, sendo necessário prever e antecipar situações de risco. Em conjunto com a orientadora decidimos que faríamos cinco turnos neste sector. Neste período tivemos contacto com doentes hemodinamicamente instáveis, com patologias essencialmente do foro cardíaco, nomeadamente com enfarte agudo do miocárdico, em que tivemos a oportunidade de aplicar o protocolo da via verde coronária. É fundamental que as vias verdes se iniciem no local do evento ou da apresentação dos sintomas, ou seja, os sistemas hospitalares e extra-hospitalares devem garantir a continuidade e a integração de cuidados (CRRNEU, 2012). Doentes com arritmias cardíacas, em que a fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida foi a mais frequente, sendo importante identificar focos de instabilidade reais e potenciais, estabelecendo-se prioridades e atuando de forma pronta e eficaz. A identificação do ritmo cardíaco foi fundamental, assim como a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas UCs do curso, permitindo-nos ter presente o algoritmo de atuação na Fibrilhação auricular. Doentes em paragem cardiorrespiratória (PCR) em que participamos ativamente no processo de reanimação desde a preparação e administração terapêutica, a realização de suporte básico de vida e a colheita de dados junto dos familiares afim de perceber melhor o quadro clínico do doente, sendo a nossa intervenção neste âmbito otimizada e consolidada ao longo do tempo permitindo-nos adquirir mais autonomia na abordagem à PSC. Nas situações de PCR foi um subsídio importante para a prestação de cuidados e aplicação de algoritmos ajustados, os conhecimentos que consolidámos com a frequência do curso de SAV, e aplicar o algoritmo de SAV e SBV. Assim como doentes com patologia do foro respiratória a necessitar de ventilação não invasiva ou até mesmo ventilação mecânica invasiva, sendo necessário proceder à entubação traqueal. Tivemos contato com uma vítima politraumatizada que nos possibilitou a avaliação sistemática de acordo com a metodologia ABCDE (A- via aérea com estabilização cervical; B- Respiração; C- Circulação; D- Disfunção neurológica e E- exposição).

Após estabilização do doente crítico, este necessita de proceder á realização de exames complementares de diagnóstico para a estabelecimento precoce do tratamento e transferência para o local adequado. Normalmente o técnico de electrocardiografia desloca-se à sala de reanimação, após ser contactado pelo enfermeiro, no turno da manhã. Quando o doente necessita de efetuar tomografia axial computadorizada (TAC), em que é necessário deslocar-se, este faz-se acompanhar de um médico e um enfermeiro, assim como de todo o material necessário para monitorização e vigilância hemodinâmica e suporte ventilatório, assim como uma mala de transporte com todo o

material necessário (drogas, seringas, entre outros), inerente à estabilização do doente e antecipação de instabilidade. Durante o período de estágio acompanhamos três doentes no transporte intra-hospitalar (dois para a TAC e um para o bloco operatório).

Na área de internamento do serviço de urgência (UIPA e SO), os doentes internados carecem de uma vigilância contínua e de cuidados diferenciados de enfermagem, sendo importante a articulação da prática clínica com a evidência científica e os protocolos de serviço. É imprescindível o estabelecimento de intervenções e processos de continuidade de cuidados que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A avaliação da dor é um procedimento importante neste processo de qualidade dos cuidados e bem-estar do doente, sendo de salientar a utilização de escalas da dor, possibilitando a identificação do nível de dor e respetivo agir em conformidade. O enfermeiro tem não só o dever de avaliar a dor na pessoa em situação crítica, como também de a identificar e planear intervenções adequadas ao seu controlo intervindo na sua gestão (OE, 2008). No serviço de urgência a avaliação da dor está protocolada, sendo as escalas utilizadas para a sua avaliação a escala numérica, utilizada nos doentes conscientes e que conseguem quantificar a dor. Nos doentes que apresentam a comunicação alterada e não conseguem comunicar, utiliza-se a escala de dolophus. Sentimos necessidade de uma escala comportamental de avaliação da dor no doente ventilado. Ferreira et al. (2014) referem que para doentes incapazes de comunicar existem escalas de avaliação com critérios subjetivos, como a BPS (*Behavioral Pain Scale*), que avaliam a expressão facial, movimentos corporais no leito e a tolerância à ventilação mecânica. A BPS é uma das escalas de monitorização de dor mais válidas para utilização na PSC incapaz de autoavaliação desde que as suas funções motoras estejam intactas (Ferreira et al., 2014). Entre 2012 e 2014 participamos num projeto de investigação do centro hospitalar sobre a: "Avaliação da implementação do projeto dor como 5º sinal vital", e na altura verificamos que os enfermeiros, quer na unidade de cuidados intensivos quer do serviço de urgência já manifestavam esta necessidade. Como elemento do grupo de trabalho institucional, do Centro Hospitalar, denominado "Avaliação e registo sistemático da dor" inserido nos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentamos esta escala, no entanto ainda não está validada para o hospital nem parametrizada no Sclínico, não sendo por isso utilizada.

A comunicação de más notícias esteve presente neste caminho percorrido, quer durante o nosso exercício profissional, quer no decorrer do estágio. A morte é um processo doloroso, que exige ao enfermeiro competências na área da comunicação. Sendo a comunicação uma área na qual temos investido na formação, não é fácil transmitir ao outro que o seu familiar faleceu, ou que o prognóstico da sua situação é muito reservado. Sequeira (2016) refere-se a má notícia como qualquer tipo de informação que envolve uma mudança drástica na pessoa que a recebe, com um impacto negativo na sua forma como perspectiva o futuro, assim como, nos domínios cognitivo, espiritual, emocional e comportamental com possíveis repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social. Sendo primordial a capacidade de comunicação do profissional, dado que a forma como a informação é transmitida pode reduzir o sofrimento que esta só por si já fornece. Perante esta situação, em que comunicamos juntamente com a médica chefe de equipa e com a orientadora clínica, a um familiar que o seu ente querido faleceu, comunicamos de forma assertiva, tentando apaziguar a dor da perda.

O doente crítico apresenta-se muitas vezes incapaz de comunicar verbalmente, necessitando os enfermeiros de estarem despertos para as frustrações daí decorrentes, e para o uso da comunicação não verbal, como estratégia alternativa para facilitar a comunicação do doente com os profissionais e com a família. No âmbito do estudo de doutoramento que desenvolvemos, no contexto de uma unidade de cuidados intensivos (Castro, 2016) alguns participantes que estiveram ventilados, mencionaram o esforço enorme que desenvolveram para serem compreendidos, sem sucesso, sendo invadidos por sentimentos de ansiedade, nervosismo, desespero, irritação, tristeza e solidão. Ao longo do estágio, dado a nossa facilidade na leitura labial decorrente da nossa prática profissional, e da nossa formação, implicando uma prática baseada na evidência, consolidamos competências na área da comunicação.

Ainda no âmbito da comunicação, gostaríamos de salientar a comunicação eficaz como um contributo fundamental para a segurança do doente, nos momentos de transição de cuidados. Tendo sido esta temática trabalhada anteriormente na intervenção profissional major.

Consideramos, pela reflexão apresentada, que desenvolvemos e consolidamos conhecimentos e competências atingindo as unidades de competência: K1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; K1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.

Competência específica K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Segundo a lei de Bases da Proteção Civil (Decreto Lei nº 27/2006, 4696) *“Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”*.

No início do estágio reunimos com a enfermeira orientadora no sentido de perceber se existe um Plano de Emergência Interna do Hospitalar, atualizado, assim como, um plano de emergência do serviço de urgência. Em relação ao Plano de Segurança Interno do Hospital Nossa Senhora do Rosário, foi aprovado pelo conselho de administração em julho de 2018. Este integra as seguintes seções: Gestão Administrativa do Plano de Segurança Interno; Organização dos Registos de Segurança; Plano de Prevenção; Plano de Emergência Interno e Plano de Evacuação (Portal Interno CHBM,2018). O plano de emergência interna do serviço de urgência, encontrasse atualizado, e está previsto um simulacro para final de maio do presente ano, tendo havido um no ano de 2018. O serviço de urgência dispõe de um armário com 20 kits de catástrofe. Existe um grupo de trabalho formado por enfermeiros, responsáveis pela formação da equipa em triagem em catástrofe, e pela manutenção do material (kits) de catástrofes.

Durante o decorrer do estágio, não vivemos nenhuma situação de catástrofe ou emergência multi-vítimas, assim como, não tivemos oportunidade de participar na conceção de plano estratégico ou de emergência. Perante esta limitação efetuamos pesquisa bibliográfica sobre a elaboração de planos de emergência e catástrofe para unidades de saúde, como a orientação da DGS 007/2010 sobre *“Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde”*, o decreto-lei nº72/2013 de 31 de maio que procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 134/2006, de 25 de julho, que cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro. Os conteúdos lecionados na unidade curricular enfermagem médico cirúrgica 3, foram essenciais na aquisição de conhecimentos e competências de EEPSC, dado que incidiram essencialmente em: Situações de exceção e catástrofe, conceptualização de planos de emergência, exceção e catástrofe e atendimento à pessoa vítima de violência, maus-tratos e negligência.

Perante o exposto anteriormente, consideramos que desenvolvemos as unidades de competência: K2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; K2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítimas ou catástrofe e K2.3- Gere os cuidados em situações de emergência e ou Catástrofe.

Competência específica K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde são um problema transversal a nível mundial, sendo de acordo com a Organização Mundial de Saúde um problema de saúde pública, que inviabiliza a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, ameaçando a sua segurança (DGS,2017c). As IACS são um problema recente, quer a nível nacional quer internacional. Com o aumento da esperança média de vida, o avanço tecnológico com recurso a procedimentos mais invasivos, e de um maior número de doentes com terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora, aumenta também o risco de infeção (DGS, 2007).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela sua posição privilegiada junto dos doentes na prestação de cuidados, têm um papel fundamental na prevenção e controlo da IACS. Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PSC): *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção”* (OE, 2011c, p.7).

A Organização Mundial de Saúde tem tido um papel fundamental na área da segurança do doente, identificando desafios a nível mundial, traduzidos em áreas de atuação para a segurança do doente. Alguns programas tiveram início a nível internacional, e a nível nacional salientamos o programa: *“Global patient safety challenge: Clean care is safer care”*. Este programa teve início em Portugal em 2008, tendo o CHBM aderido, nomeadamente a UCI e o serviço de urgência. Na altura exercíamos a nossa atividade profissional na UCI, e como a área da infeção sempre foi do nosso agrado, fizemos parte do grupo de trabalho que fazia formação à equipa do serviço sobre os cinco

momentos de higienização das mãos, efetuando posteriormente auditorias às práticas. No início do ano seguinte, apresentávamos os resultados à equipa e reforçávamos a importância da higienização das mãos como uma precaução básica no controlo de infeção. No decorrer do estágio, estes momentos de higienização das mãos estavam bem interiorizados e foi interessante discutirmos com a equipa onde nos encontrávamos inseridas, nomeadamente o primeiro momento (antes do contacto com o doente) que é o mais descuidado, não higienizando as mãos antes de calçar as luvas.

Em 2013 a DGS atualizou a norma 029/2012 sobre as precauções básicas do controlo de infeção. Estas são compostas por dez itens: colocação do doente; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

A utilização de equipamentos de proteção individual, na prestação de cuidados, entre doentes, fez parte do nosso exercício profissional diário durante longos anos, sendo um procedimento que já se encontrava interiorizado, sentimos no início algumas diferenças, nomeadamente o uso de avental em vez de bata com mangas, que fomos ultrapassando com o tempo, dado que os contextos são diferentes, e o importante é a prestação de cuidados com a utilização de precauções básicas de controlo de infeção.

No serviço de urgência existe apenas uma sala de isolamento, com capacidade máxima para dois doentes colonizados pelo mesmo agente. Quando existem doentes colonizados com microorganismos identificados, efetua-se o seu isolamento por método barreira através de cortinados sempre corridos, ficando de preferência o doente junto à janela, sendo a área identificada com o tipo de isolamento prescrito.

Na UCI quando o doente era proveniente de outras instituições de saúde ou lar de idosos, existia o protocolo de colheitas na admissão para despiste de agentes infecciosos, realizam-se 2 hemoculturas, 2 colheitas de secreções brônquicas, uma urocultura, uma zaragatoa da fossa nasal e uma zaragatoa rectal para despiste de MRSA. No serviço de urgência este procedimento não é aplicado, sendo apenas, quando o doente é admitido por uma síndrome febril de etiologia a esclarecer.

Durante o período das visitas, no decorrer do estágio, explicávamos à Família a importância das boas práticas de higienização das mãos na prevenção da infeção, assim como da importância da utilização dos EPI nos doentes em isolamento.

Cada vez mais a prevenção e controlo de infeção é uma preocupação a nível mundial, com o surgimento dos microrganismos multirresistentes. A prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos é o nono objetivo do plano nacional para a segurança do doente 2015-2020 (DR,2015). A DGS tem recentemente emanado normas e recomendações de boas práticas clínicas, como os feixes de intervenção na prevenção de infeção: do local cirúrgico (DGS,2015a), da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS,2017e); da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017d) e relacionada com o cateter venoso central (DGS,2015b).

Embora qualquer um destes feixes de intervenção não nos fossem desconhecidos, o período de estágio foi importante, proporcionando voltar a refletir e a pesquisar a evidência científica existente, sobre os mesmos, e a consolidar conhecimentos e competências especializadas em EE-EPSC. Para tal, foi também importante as aulas dadas na unidade curricular enfermagem médico-cirúrgica 5, assim como o trabalho desenvolvido sobre um plano de prevenção e controlo de infeção na pneumonia associada à intubação.

A PAI é uma realidade ainda muito presente nas UCIs. Podemos definir-se PAI, como uma "*pneumonia que surge em pessoa com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas*" (DGS, 2017d). Estas resultam maioritariamente da colonização dos agentes colonizantes da orofaringe (sendo a aspiração subglótica contínua utilizada na UCI, reduzindo o risco de PAI pela redução da presença de microorganismos no espaço subglótico). No período de estágio, no serviço de urgência, nomeadamente na UIPA, sempre que cuidávamos de doentes ventilados aplicávamos o feixe de intervenção de prevenção de pneumonia associada à intubação, nomeadamente: manter cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitando momentos de posição supina; realizar higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 x dia (1 vez por turno); manter circuitos ventilatório, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes e manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O.

Participamos na comissão científica das 1as jornadas de enfermagem da ESSEM, e tivemos a oportunidade convidar a Sr^a Enf^a Margarida Valente da DGS, que nos presenteou com uma excelente apresentação sobre as bactérias multirresistentes: desafios para o futuro? levando a uma reflexão conjunta sobre esta temática tão emergente e na qual o EEPC tem um papel central.

Perante a análise reflexiva apresentada consideramos ter atingido as unidades de competência: K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo de infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; K.3.2-Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica ou falência orgânica.

Competência de Mestre em Enfermagem nº7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Perante o exposto ao longo deste capítulo, onde são refletivas e fundamentadas todas as intervenções desenvolvidas durante o período de estágio, que nos permitiram adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente pessoa em situação crítica, permite-nos afirmar que adquirimos a competência de mestre nº7.

4- CONCLUSÃO

O presente relatório espelha o percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências, quer como enfermeiro especialista em EMCPSC, quer como mestre em enfermagem, refletindo a análise crítica efetuada, sustentada na evidência científica e no referencial teórico da teoria das transições de Afaf Meleis.

A realização deste estágio no serviço de urgência, foi um desafio, ao fim de vinte anos, que só se tornou possível devido à motivação pessoal para validar as competências que temos vindo a adquirir ao longo do nosso exercício profissional, da formação feita em contexto académico e não académico, dos projetos de intervenção e investigação aos quais tivemos sempre ligadas, às funções que desempenhamos como chefe de equipa, que nos forneceram subsídios valiosos, revelando-se um fator facilitador de todo este processo de desenvolvimento de competências, que nos permitiram considerar perita na área, e que veio a culminar com a consolidação de conhecimentos e competências neste estágio final.

Tivemos a oportunidade de desenvolver uma atividade de intervenção major, um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, cuja linha de investigação assenta na segurança do doente, tendo como referência o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e a Norma nº 001/20017 de 08/02/2017 da DGS sobre a Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Intitulada a Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência, foi o pilar para este caminho desenvolvido. Iniciamos com a desconstrução do tema, com aprofundamento dos vários conceitos centrais. No que concerne à abordagem metodológica adotamos o pensamento Lean, sendo este um desafio. Foi realmente um recurso que não conhecíamos e que sem dúvida foi uma mais valia, em que se envolveu a equipa, na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com a IPM elaboramos um instrumento padronizado, com recurso à técnica ISBAR, sendo um subsídio nos momentos de transição de cuidados, garantindo a segurança do doente e do profissional. Esta IPM não se trata de um projeto de intervenção que tenha terminado com o fim do período de estágio, mas sim, o início de um projeto de melhoria continua no serviço de urgência.

Este relatório permitiu-nos também efetuar uma análise crítica de todo o processo formativo, de apropriação de conhecimentos e reflexão da praxis, onde se organizam, analisam e revêm as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, assim como o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências quer de EEEMCPSC quer de Mestre em Enfermagem.

Gostaríamos no entanto de salientar que este percurso não se fez de forma tão linear como gostaríamos, foram surgindo algumas dificuldades que se contornaram, sendo o fator tempo o mais difícil de ultrapassar perante o que era solicitado; o tempo de resposta da comissão de ética e a nossa atividade profissional. No entanto foram obstáculos que se foram ultrapassando, permitindo-nos ter atingido os objetivos a que nos propusemos no início deste percurso, possibilitando-nos chegar aqui. Não diremos chegar ao fim desta caminhada, porque realmente este ciclo não termina, permitiu-nos grandes momentos de reflexão sobre a enfermagem de hoje e a nossa existência enquanto ser-no-mundo, enquanto pessoa e enfermeira.

Pretendemos em outubro voltar ao serviço e avaliar a implementação do instrumento que construímos, e elaborar um artigo sobre esta IPM e publicar. Comprometemo-nos também, com a senhora enfermeira chefe do serviço, efetuar novamente a sessão de formação à equipa de enfermagem, para os elementos que não puderam comparecer.

Sentimos que mais uma etapa está ultrapassada e, apesar da nossa longa experiência vivida enquanto enfermeira, continuamos com a certeza de que vale a pena trabalhar e acreditar.

BIBLIOGRAFIA

Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores.

Centro Hospitalar Barreiro Montijo- Site Oficial. Acedido em janeiro de 2019, disponível em <http://www.chbm.min-saude.pt/>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- Versão 2*. Edição portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Bilro, S. (2018). *Efeito Transformador do Pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência. Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica*. Universidade de Évora, Institutos Politécnicos de: Beja, Setúbal e Castelo Branco. Évora

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora

Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenaerts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *International Emergency Nursing*, 36, 7–15. Acedido em novembro de 2018, disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.005>

Castro, C. (2016). *O Internamento Numa Unidade de Cuidados Intensivos: A Experiência Vivida da Pessoa em Situação Crítica*. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa

Clairol, M., Ordozgoiti, A, Lugo,D., Maspoch, E., Font M. & Oliva, M. (2017). Evaluación del traspaso de información (*Hand Off*) en equipos de enfermería de urgencias. *Revista Cubana de Enfermería*, 33, (3), 1-20. Acedido em novembro de 2019, disponível em <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1539/292>

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - relatório CRRNEU*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido em março de 2019, disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março. Graus e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República*, 1ª série. Acedido em outubro de 2018, disponível em <https://www.dges.gov.pt/pt/content/decreto-lei-no-742006-de-24-de-marco-graus-e-diplomas-do-ensino-superior>

Decreto-Lei nº 156/2015 Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015, 8059–8105. Acedido em janeiro de 2019, disponível em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1845&tabela=leis

Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto. (2013). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República I Série*, N.º 151 (07-08-2013), 4749–4772. Acedido em janeiro de 2019, disponível em www.dre.pt

Decreto-Lei no 161/96 de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 2959–2962. Acedido em outubro de 2018, disponível em <https://dre.pt/application/contenuto/241640>

Despacho nº 1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 28 (2), 2-9. Acedido em outubro de 2018, disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

Direção-Geral da Saúde (2003) *Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em fevereiro de 2019, disponível em <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. Acedido em março de 2018, disponível em

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>

Direção-geral da Saúde. (2010). Orientação 07/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Acedido em março de 2018, Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

Direção-geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Acedido em março de 2018, Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013.aspx>

Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa: Direção-geral de Saúde. Acedido em outubro de 2018, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma 020/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico. Direção-Geral de Saúde. Acedido em 12 de março de 2019, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma 022/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Acedido em 12 de março de 2019, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção-geral de Saúde. Acedido em setembro de 2018, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017b). Preparação e condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido em janeiro de 2019, disponível em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2017/01/Orientação-DGS-Preparação-e-Condução-de-Auditorias-da-Qualidade-e-Seguranca-da-Prestação-de-Cuidados-de-Saúde-23-01-2017.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa. Acedido em março de 2019, disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017d). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Lisboa. Acedido em março de 2018, disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017e). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa: Autor. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <http://www.aenfermagemleis.pt/2017/05/30/atualizacao-de-norma-dgs-feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde (2018). Norma 005/2018. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Lisboa: Direção-geral de Saúde. Acedido em fevereiro de 2019, disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/cultura-de-seguranca-do-ambiente-interno.aspx>

Esteves, R. (2015). Aplicação de metodologias Lean num serviço de saúde para melhoria da assistência ao Doente Crítico e da acessibilidade a equipamentos de suporte vital. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã. Acedido em fevereiro de 2019, disponível em <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/4091>

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20. Acedido em fevereiro de 2019, disponível em <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95>

Ferrito, C. (2010). Editorial. In M. Ruivo, C. Ferrito & L. Nunes (Eds), *Metodologia de Projecto: Coleção Descritiva de Etapas*. *Percursos*, (15), 1-37. Acedido em março de 2018, disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. Revista de Administração contemporânea. Acedido fevereiro de 2019, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65552001000500010&script=sci_arttext&lng=pt

Fragata, j. (2011). Segurança dos Doentes: Uma abordagem prática. Edições: Lidel. ISBN: 9789727577972

Hitti, El-Eid, Tamim, Saleh, Saliba, Nafaa (2017). Improving Emergency Department radiology transportation time: a successful implementation of Lean methodology. BMC Health Services Research.17:625 acedido em janeiro de 2019, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28870249>

Instituto Nacional Emergência Médica (2012). *Situação de exceção manual TAS*. Lisboa: INEM.

Integrated Management Business Solutions (2018). Metodologia dos 5W2H. Acedido em abril de 2019, disponível em <http://imbs.pt/wp-content/uploads/2018/02/Metodologia-5W2H.pdf>

Kerr, D., Klim, S., Kelly, A.-M., & McCann, T. (2016.). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING PRACTICE*, 22(1), 89–97. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <https://doi.org/10.1111/ijn.12365>

Le Boterf, G. (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed Editora S.A. ISBN 85-363-0129-5

Lei de Bases da Proteção Civil. Lei nº27/2006, de 3 julho (alterada pela lei orgânica nº1/2011, de 30 de novembro e pela lei nº80/2015, de 3 de agosto que publica o documento). Acedido em abril de 2018, disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/537862>

Liker, J., Morgan, J. (2006), "The Toyota Way in Services: The Case of Lean Product Development", *Academy of Management Perspectives*, Vol. 20, Nº. 2, pp. 5-20. Acedido em março de 2019, disponível em <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/amp.2006.20591002?journal-Code=amp>

- Machado, V., Leitner, U. (2010). Lean tools and lean transformation process in health care. *International Journal of Management Science and Engineering Management*, (5(5)), 383–392. Acedido em março de 2019, disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17509653.2010.10671129>
- Magalhães, A., Pestana, I., Erdemann, A., Silva, E., Santos, J. L. (2016). Pensamento Lean na saúde e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista latino-Americana Enfermagem*, (24; 2734), 81–90. Acedido em março de 2019, disponível em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0979.2734>
- Meleis, A. (1991) - Theoretical nursing: Development and progress. 2nd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating transition: Redefinition of nursing mission. *Nursing outlook*. 42, 255-259
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*, 23, (1), 12-28
- Meleis, A., et al (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4^a Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New-York: Springer Publishing Company.
- Messias, D. (2004) – *Transiciones: teorías de Rango Medio*. Colombia: Universidade de la Sabana
- Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014 *Diário da República*, 2.^a série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014. Acedido em setembro de 2018, disponível em https://dre.pt/pesquisa/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn
- Moreira, S. (2011). Aplicação das ferramentas Lean. Caso de estudo. Trabalho apresentado para obtenção do grau de Mestre em Engenharia Mecânica, no Instituto Superior de Engenharia de

Lisboa. Departamento de Engenharia Mecânica. Lisboa. Acedido em março de 2019, disponível em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1167/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Mueller, M., Juergens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ OPEN*, 8(8). Acedido em março de 2018, disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Parecer do Conselho Jurisdicional sobre passagem de turno junto aos doentes, em enfermaria. Parecer CJ/20-2001. Acedido em setembro de 2018, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em março de 2019, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento Das Competências Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em março de 2019, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2.a série, N.º 35*, 8648–8653. Acedido em maio de 2018, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República 2.a série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120. Acedido em março de 2019, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido em março de 2019, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/.../POCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Acedido em março de 2019, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Pereira, A. (2006). SPSS Guia Prático de Utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia. 7ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. ISBN 978-972-618-5109

Pestana, M., Gageiro, J. (2014). Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 6ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. ISBN 978-972-618-775-2

Pinto, J. (2008). *Kaizen nas Unidades Hospitalares: Criar Valor Eliminando Desperdício*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto). Acedido em abril de 2019, obtido em <http://hdl.handle.net/10216/57973>

Pinto, J. (2014). *Pensamento Lean A filosofia das organizações vencedoras*. (6ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Rebelo, T. (2014). *O regresso à vida quotidiana após experiência de uma situação-limite*. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa

Redley, B., Botti, M., Wood, B., & Bucknall, T. (2017). Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australasian Emergency Nursing Journal: AENJ*, 20(3), 122–130. Acedido em março de 2018, disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.003>

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653 Acedido em março de 2019, disponível em <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657. Acedido em março de 2019, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010), Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. Acedido em março de 2018, disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sequeira, C. (2016). Comunicar com eficácia. Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa: LIDEL
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), p. 11-20.
- Tembo, A., Parker, V., Higgins, I. (2012). Being in limbo: The experience of critical illness in intensive care and beyond. *Open Journal of Nursing*, 2, 270-276. Acedido em março de 2018, disponível em <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=23176>
- Thomson, H., Tourangeau, A., Jeffs, L., & Puts, M. (2018). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 876–886. Acedido em março de 2019, disponível em . <https://doi.org/10.1111/jan.13499>
- Traquana, M.F. (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. ISCTE. Lisboa. Acedido em março de 2019, disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE%20-%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NAS%20PASSAGENS%20DE%20TURNOS.pdf>
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos. Acedido em fevereiro de 2019, disponível em https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

Kokudai, H. (2012, novembro 16). *Programa Você em Foco - 5S na Vida e na Saúde*. [Ficheiro de vídeo]. Acedido em fevereiro de 2014, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=m7uuwk8y6sl>

Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: meaning - giving methods in phenomenological research and writing*. CA: Left Coast Press, Inc.

Vieira, M. (2003). *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Tese de Doutoramento em Filosofia. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa e Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. 2º edição. Lisboa: edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-901-5

APÊNDICES

Apêndice I- A comunicação na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência: revisão integrativa da literatura

A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE UR- GÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Cidália Castro- PhD, mestranda em Enfermagem médico-cirúrgica, vertente: A pessoa em Situação crítica (IPS, UE, ESSP, IPCB, IPB), professora Auxiliar na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM), Monte de Caparica, Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE), Lisboa cmcastro@egasmoniz.edu.pt

Maria do Céu Marques- PhD, Professora Coordenadora Universidade de Évora. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. mcmarques@uevora.pt

Célia Tavares Vaz – MSn, especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, Enfermeira Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE, professora convidada na Escola Superior de Saúde Egas Moniz cvaz@egasmoniz.edu.pt

RESUMO

Problemática: A comunicação eficaz assume uma elevada importância e um papel central na transição de cuidados de saúde e segurança do doente, sendo reconhecida no contexto nacional e internacional. O serviço de urgência, dada as características que lhe são inerentes, a situação clínica dos doentes que a ele afluem, assim como a grande afluência destes, é um serviço único que apresenta muitos desafios para uma comunicação eficaz e de alta qualidade na transição de cuidados.

Objetivo: identificar evidência científica que apresente estratégias de comunicação eficaz, para a segurança do doente, na transição de cuidados de enfermagem, no serviço de urgência geral.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, pelo método PI[C]OD, que procurou dar resposta à seguinte pergunta de investigação: Quais as estratégias de comunicação utilizadas, para a segurança do doente, na transição de cuidados de enfermagem, no serviço de urgência geral?

A pesquisa foi efetuada em bases de dados acessíveis através plataforma da biblioteca do conhecimento on-line (B-on) e da plataforma eletrónica EBSCO, com data de publicação de janeiro de 2014 a janeiro de 2019. Cujos participantes eram Enfermeiros que exerciam a sua atividade profissional no serviço de urgência de adultos. Foram incluídos no corpus do estudo nove artigos.

Resultados: A partir da análise dos dados emergiram três temáticas fundamentais na comunicação eficaz na transição de cuidados, nomeadamente: 1) a necessidade de um procedimento de transferência estruturado. Este é focado numa abordagem padronizada, sendo manifestada na maioria

dos artigos como um dos comportamentos de práticas de comunicação eficaz identificados para a segurança do doente. 2) local para a transição de cuidados de enfermagem. Para os participantes de alguns estudos a transição de cuidados junto ao doente reduz o risco de omissão de informação do doente. Dá a oportunidade de promover uma consciência da situação do doente, visualizando o doente e o que o rodeia. 3) fatores influenciadores da comunicação na transição de cuidados. Nomeadamente fluxo suave de doentes através de triagem, relações positivas entre equipa de enfermagem, clima de segurança positivo e intrusões/distrações positivas.

Conclusões: Os estudos analisados indicam-nos que atualmente, o único modelo de comunicação eficaz, que parece ter sido implementado com sucesso, que promove a segurança do doente, é a versão adaptada do modelo iSoBAR na transição de cuidados junto à cama do doente.

Palavras-chave: Enfermagem, Comunicação, Serviço de urgência, Transição de cuidados e Segurança do doente.

COMMUNICATION IN THE TRANSITION OF NURSING CARE IN THE EMERGENCY SERVICE: INTEGRATING REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

Context: Effective communication assumes a high importance and a central role in the transition of care and patient safety, being recognized in both national and international context.

The emergency department has particularities, such as the complexity of clinical situations and the great influx of patients, that makes it unique on what concerns the effective and high-quality communication in the transition of care.

Objective: to identify the scientific evidence on effective communication strategies for patient safety in nursing care transition, in the emergency department.

Methodology: this study is an integrative literature review. Through the PI [C] OD method, it will answer the following research question: What communication strategies were used for patient safety in nursing care transition, in the general emergency department?

The research was carried out in databases accessible through the online knowledge library (B-on) platform and the EBSCO electronic platform. The search strategy included articles published between January 2014 and January 2019, whose participants were nurses who practiced their professional activity in the adult emergency service. Nine articles were included for final revision.

Results: From the analysis of the data three fundamental themes emerged on effective communication in the transition of care, namely: 1) the need for a structured transfer procedure. This is focused on a standardized approach, described in most articles as one of the strategies for effective communication practices keeping patient safety. 2) the place where the transition of nursing care occurs. In some studies participants state that the transition of care next to the patient reduces the risk of information omission. It also promotes awareness of the clinical situation by visualizing the patient and his / her surroundings. 3) factors influencing communication in the transition of care, such as: smooth flow of patients through triage, positive relationships among nursing staff, positive and safety climate and positive intrusions / distractions.

Conclusions: The studies analyzed indicate that currently, the only model for effective communication that promotes patient safety, that seems to have been successfully implemented is the adapted version of the iSoBAR model in the transition of care next to patient's bed.

Key-words: Nursing, Communication, Emergency Department, Care transition and Patient safety.

Apêndice II - Questionário aplicado aos Enfermeiros

QUESTIONÁRIO²

O Presente instrumento de colheita de dados surge no âmbito do projeto de intervenção “Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral”, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Mestrado em Associação com a Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Portalegre, sobre a orientação da Sr. Professora Doutora Maria do Céu Guerra.

O estudo referido tem como objetivo: introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR, na transição de cuidados no serviço de urgência, alicerçada no pensamento Lean, a fim de melhorar a segurança da PSC.

É um documento constituído por três partes. Numa primeira parte pretende-se efetuar uma caracterização da amostra. Numa segunda parte perceber a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno e numa terceira parte aferir os conhecimentos dos participantes sobre a temática da segurança do doente, nomeadamente da normalização da comunicação na transição de cuidados utilizando a técnica ISBAR.

Agradeço que leia atentamente as questões e que responda a todas. O seu preenchimento é rápido. Não existem respostas certas ou erradas.

Grata pela sua colaboração

Cidália Castro

¹Questionário adaptado de Traquana, M.F. (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. ISCTE. Lisboa

1- PARTE: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1- Género:

Masculino

Feminino

2- Idade: _____ anos

3- Anos de serviço como enfermeiro/a _____ anos

4- Anos de desempenho profissional no serviço de urgência _____ anos

5- Tipo de vínculo à Instituição:

Contrato trabalho funções públicas

Contrato de trabalho por tempo indeterminado

Contrato de substituição

Outro. Qual _____

6- Grau académico:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

7- Curso de Especialização em Enfermagem

Não

Sim. Qual _____

2 - PARTE: OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NA MUDANÇA DE TURNO

Esta parte do questionário é composto por uma série de afirmações inerentes à transição de cuidados na mudança de turnos, que visam saber a sua opinião. Em cada afirmação deverá expressar a sua opinião de acordo com a seguinte escala:

1- Concordo totalmente

2- Concordo parcialmente

3- Discordo parcialmente

4- Discordo totalmente

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

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 19 | Sinto que há informação importante que não é transmitida. | | | | |
| 20 | Durante a passagem de turno sinto que sou pressionado (a) para terminar rapidamente. | | | | |
| 21 | Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida na passagem de turno. | | | | |
| 22 | Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexa e/ou extenso. | | | | |
| 23 | É importante reformular a estrutura da passagem de turno. | | | | |
| 24 | Durante a passagem de turno existe ruído que interfere com a transmissão de cuidados. | | | | |
| 25 | Durante a passagem de turno os profissionais são interrompidos por outros profissionais. | | | | |

3 – PARTE- CONHECIMENTOS DA TEMÁTICA DA SEGURANÇA DO DOENTE

Esta parte do questionário tal como a anterior é composta por uma série de afirmações inerentes à temática da segurança do doente, que visam saber a sua opinião. Em cada afirmação deverá expressar a sua opinião de acordo com a seguinte escala:

1- Concordo totalmente

2- Concordo parcialmente

3- Discordo parcialmente

4- Discordo totalmente

| | | Concordo totalmente | Concordo parcialmente | Discordo parcialmente | Discordo totalmente |
|---|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| 1 | Já tive formação na área da segurança do doente no serviço de urgência | | | | |
| 2 | Já tive formação na área da segurança do doente no departamento de formação do Centro Hospitalar | | | | |
| 3 | Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno | | | | |
| 4 | Conheço a norma de 2017 da DGS sobre "Comunicação eficaz na transição de cuidados" | | | | |
| 5 | Conheço a mnemónica ISBAR | | | | |
| 6 | Conheço as metas internacionais para a segurança do doente | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 7 | Conheço outras instituições onde se aplica a mnemónica ISBAR na transição de cuidados na passagem de turno | | | | |
| 8 | Conheço o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 | | | | |
| 9 | Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta normalizada | | | | |
| 10 | A metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisão, promovendo o pensamento crítico | | | | |

Muito Obrigado!

Apêndice III- Autorização para utilização do questionário



Cidália Castro <cidalliamscastro@gmail.com>

tese de mestrado

2 mensagens

Cidália Castro <cidalliamscastro@gmail.com> 11 de novembro de 2018 às 13:41
Para: mariana.tranquada@gmail.com
Cc: Maria do Céu Marques <mcomarques@uevora.pt>

Boa tarde Srª Enfermeira Mariana,

Chamo-me Cidália Maria Castro, sou enfermeira, estou neste momento a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora e os Institutos Politécnicos de Portalegre, Castelo Branco e Beja.

Encontro-me a frequentar o 3º semestre do curso, a realizar o estágio no serviço de urgência de um hospital na margem sul do tejo. O projeto de intervenção que irei desenvolver denomina-se "Segurança do doente crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência"

O objetivo geral definido consiste: Introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR, na transição de cuidados no serviço de urgência, alicerçada no pensamento Lean, a fim de melhorar a segurança da POC

Um dos instrumentos que irei utilizar para diagnóstico da situação é o questionário.

Após pesquisa sobre a temática tive conhecimento da sua tese de mestrado e do questionário que utilizou tendo como referência o questionário de O' Connel, MacDonald e Kelly (2008).

Perante o exposto, solicito a sua autorização para a utilização do referido instrumento de recolha de dados, salvaguardando todos os procedimentos éticos inerentes.

Grata pela atenção

Os meus cumprimentos

Cidália Castro

Mariana Tranquada <mariana.tranquada@gmail.com> 13 de novembro de 2018 às 20:31
Para: Cidália Castro <cidalliamscastro@gmail.com>

Boa noite Sra. Enfermeira Cidália,

Tem a minha autorização para utilizar o instrumento referido.

Votos de bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Tranquada

17/11/2018, 20:31:01

Apêndice IV- Primeira grelha de observação

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM³

Data: ____/____/____ Turno: _____ Sector de observação _____

Hora de Início _____ Hora Fim _____ Duração _____

Nº doentes na UIPA _____ Nº Doentes SO _____

Interrupções na passagem de turno _____

Motivo da Interrupção _____

Comunicação não relevante para a prestação de cuidados e segurança do doente:

Sobre o doente: _____ min

Sobre o serviço: _____ min

Sobre outro assunto de enfermagem _____ min

Sobre outro assunto não relacionado com serviço, doente ou enfermagem _____ min

Presença de ruídos de fundo: _____

³ Grelha de observação adaptada de Bilro, S. (2018). Efeito Transformador do Pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência. Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica. Universidade de Évora, Institutos Politécnicos de: Beja, Setúbal e Castelo Branco. Évora

Apêndice V- Autorização para utilização da primeira grelha de observação



Cidália Castro - cidaliamecastro@gmail.com

Re.: tese de mestrado

1 mensagem

Sónia - scausnetona@hotmail.com

16 de novembro de 2018 às 22:48

Para: Cidália Castro - cidaliamecastro@gmail.com

Olá boa noite!

Desculpe só responder agora... Mas não tive oportunidade de responder antes! Tem a minha autorização para utilizar as grelhas de observação elaboradas para o meu trabalho.

Atenciosamente,
Sónia Dêco

Enviado do meu telefone Huawei.

----- Mensagem original -----

Assunto: tese de mestrado

De: Cidália Castro

Para: scausnetona@hotmail.com

CC:

Bom tarde Srª Enfermeira Sónia Dêco

Chamo-me Cidália Maria Castro, sou enfermeira, estou neste momento a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora e os Institutos Politécnicos de Portalegre, Castelo Branco e Beja.

Encontro-me a frequentar o 3º semestre do curso, a realizar o estágio no serviço de urgência de um hospital na margem sul do tejo, orientada pela Srª Professora Doutora Maria do Céu Marques. O projeto de intervenção que hei desenvolvido denomina-se "Segurança do doente crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência"

O objetivo geral definido consiste: introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a Monitorização de Segurança (MSAS), na transição de cuidados no serviço de urgência, alinhada no pensamento Lean, a fim de melhorar a segurança do PSC.

Um dos instrumentos que hei utilizado para diagnóstico da situação é a observação estruturada na passagem de turnos e transferência de doente do serviço.

Após pesquisa sobre a temática e orientação da docente, tive conhecimento de sua tese de mestrado e da Grelha de Observação que utilizo para observação da comunicação oral nas mudanças de turno.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ikm=46cc0d840&siml=smtp&search=mail&siml=46> 22/05/2019

(Email) - Re.: tese de mestrado

Página 2 of 2

Perante o exposto, solicito a sua autorização para a utilização do referido instrumento de recolha de dados, salvaguardando todos os procedimentos éticos inerentes.

Obrigada pela atenção

Com meus cumprimentos
Cidália Castro

Apêndice VI- Segunda grelha de observação

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ORAL DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MUDANÇA DE TURNO⁴

| DESCRIÇÃO | 1 | | | 2 | | | 3 | | |
|--|---|---|----|---|---|----|---|---|----|
| | S | N | NA | S | N | NA | S | N | NA |
| 1-IDENTIFICAÇÃO | | | | | | | | | |
| 1.1- Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; | | | | | | | | | |
| 1.2- Nome e função do profissional emissor; | | | | | | | | | |
| 1.3- Nome e função do profissional de saúde recetor; | | | | | | | | | |
| 1.4- Serviço de origem/destinatário; | | | | | | | | | |
| 1.5- Identificação da pessoa significativa/cuidador informal. | | | | | | | | | |
| 2- SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA | | | | | | | | | |
| 2.1- Data e hora de admissão; | | | | | | | | | |
| 2.2- Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; | | | | | | | | | |
| 2.3- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar. | | | | | | | | | |
| 3- ANTECEDENTES/ANAMNESE | | | | | | | | | |
| 3.1- Antecedentes clínicos; | | | | | | | | | |
| 3.2- Níveis de dependência; | | | | | | | | | |
| 3.3- Diretivas antecipadas de vontade; | | | | | | | | | |
| 3.4- Alergias conhecidas ou da sua ausência; | | | | | | | | | |
| 3.5- Hábitos relevantes; | | | | | | | | | |
| 3.6- Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; | | | | | | | | | |
| 3.7- Técnicas invasivas realizadas; | | | | | | | | | |
| 3.8- Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; | | | | | | | | | |
| 3.9- Identificação da situação social e da capacitação do cuidador. | | | | | | | | | |
| 4- AVALIAÇÃO | | | | | | | | | |
| 4.1- Problemas ativos; | | | | | | | | | |
| 4.2- Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa; | | | | | | | | | |
| 4.3- Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; | | | | | | | | | |
| 4.4- Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. | | | | | | | | | |
| 5- RECOMENDAÇÕES | | | | | | | | | |
| 5.1- Indicação do plano de continuidade de cuidados; | | | | | | | | | |
| 5.2- Informação sobre consultas e MCDT agendados; | | | | | | | | | |
| 5.3- Identificação de necessidades do cuidador informal. | | | | | | | | | |

⁴ Elaborado com base na norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: Anexo I (Técnica ISBAR)

Apêndice VII- Publicitação da sessão de formação

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

SERVIÇO/UNIDADE _Serviço de Urgência Geral

DATA 09/04/2019

HORA 14h

LOCAL Sala de Conferências do departamento de Formação

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros do serviço de urgência

TEMA

A COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

OBJECTIVOS: Apresentar resultados de uma revisão integrativa sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem

Dar a conhecer à equipa de enfermagem os resultados do questionário aplicado acerca da opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno e sobre a temática da segurança do doente

PROGRAMA:

- Finalidade, Objetivos e Pertinência do projeto de intervenção a decorrer
Contextualização
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
- Norma da DGS sobre Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde
Revisão Integrativa da literatura
- Evidência Científica encontrada
Resultados do questionário
- Caracterização da amostra
- Opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno
- Conhecimentos da temática da segurança do doente

FORMADOR Cidália Castro

Apêndice VIII- Plano de sessão da formação

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO/UNIDADE: Serviço de Urgência Geral

TEMA: A COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

DATA: 09/04/2019

HORA: 14h

DURAÇÃO: 60 min

LOCAL: Sala de Conferências do departamento de Formação

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros do serviço de urgência

FORMADOR: Enfermeira Cidália Castro

OBJETIVOS:

- Apresentar resultados de uma revisão integrativa sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem
- Dar a conhecer à equipa de enfermagem os resultados do questionário aplicado acerca da opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno e sobre a temática da segurança do doente

| | Conteúdos | Metodologia | Duração |
|------------------------|---|--|----------------|
| Introdução | -Apresentação aos formandos -Objetivos da sessão formativa | Método expositivo | 10 min |
| Desenvolvimento | -Apresentação da Finalidade, Objetivos e Pertinência do estudo a decorrer -Contextualização da temática: Apresentação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 Apresentação da Norma da DGS sobre Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde -Transmissão da evidência científica encontrada na Revisão Integrativa da literatura realizada -Apresentação dos Resultados do questionário aplicado: Caracterização da amostra Opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno Conhecimentos da temática da segurança do doente | Método expositivo Brainstorming | 40 min |
| Conclusão | -Síntese dos ponto-chave apresentados -Esclarecimento de dúvidas | Método expositivo e interrogativo | 10 min |

| | | | |
|---------------------------|---|--------------------------|--------|
| | -Recolha de sugestões | Brainstorming | |
| Avaliação | Aplicação de questionário de avaliação da sessão, dos conhecimentos transmitidos e do formador | Questões fechadas | 10 min |
| Meios audiovisuais | Computador e projetor multimédia | | |

Apêndice IX- Diapositivos da sessão de formação

Apêndice X- Instrumento orientador para a transição de cuidados de enfermagem

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS⁵

| CAMA | IDENTIFICAÇÃO | SITUAÇÃO ATUAL | ANTECEDENTES | AVALIAÇÃO | RECOMENDAÇÕES |
|-------------|--|---|---|---|--|
| | Nome: Idade: Serviço de origem: Serviço destinatário: | Data de admissão: Hora de admissão: Motivo de internamento: Hipótese de diagnóstico: MCDT realizados: | AP/hábitos relevantes Grau de dependência: DAV Alergias: Terapêutica ambulatório/adesão: Técnicas invasivas realizadas: IACS: | Problemas ativos: Terapêutica medicamentosa (perfusões): Terapêutica não medicamentosa: Alterações significativas do estado de saúde: Avaliação das medidas implementadas: Focos de atenção: Intervenções ativas: | Continuidade de cuidados: Consultadas agendadas: MCDT pedidos: |
| | Nome: Idade: Serviço de origem: Serviço destinatário: | Data de admissão: Hora de admissão: Motivo de internamento: Hipótese de diagnóstico: MCDT realizados: | AP/hábitos relevantes Grau de dependência: DAV Alergias: Terapêutica ambulatório/adesão: Técnicas invasivas realizadas: IACS: | Problemas ativos: Terapêutica medicamentosa (perfusões): Terapêutica não medicamentosa: Alterações significativas do estado de saúde: Avaliação das medidas implementadas: Focos de atenção: Intervenções ativas: | Continuidade de cuidados: Consultadas agendadas: MCDT pedidos: |
| | Nome: Idade: Serviço de origem: Serviço destinatário: | Data de admissão: Hora de admissão: Motivo de internamento: Hipótese de diagnóstico: MCDT realizados: | AP/hábitos relevantes Grau de dependência: DAV Alergias: Terapêutica ambulatório/adesão: Técnicas invasivas realizadas: IACS: | Problemas ativos: Terapêutica medicamentosa (perfusões): Terapêutica não medicamentosa: Alterações significativas do estado de saúde: Avaliação das medidas implementadas: Focos de atenção: Intervenções ativas: | Continuidade de cuidados: Consultadas agendadas: MCDT pedidos: |

⁵ Elaborado com base na norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: Anexo I (Técnica ISBAR)

Apêndice XI - Instrumento final, orientador para a transição de cuidados de enfermagem

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS⁶

| CAMA | IDENTIFICAÇÃO | SITUAÇÃO ATUAL | ANTECEDENTES | AVALIAÇÃO | RECOMENDAÇÕES |
|-------------|--|--|--|--|--|
| | Nome: Idade: Proveniência: Lar _____ Domicílio _____ Outros _____ | Data de admissão: Motivo de internamento: Hipótese de diagnóstico: | AP/hábitos relevantes Grau de dependência: DAV Alergias: Terapêutica ambulatório/adesão: | Problemas ativos: Terapêutica medicamentosa (perfusões): Terapêutica não medicamentosa: Alterações significativas do estado de saúde: Técnicas invasivas realizadas: IACS: Avaliação das medidas implementadas: Focos de atenção: Intervenções ativas: | Continuidade de cuidados: MCDT: |
| | Nome: Idade: Proveniência: Lar _____ Domicílio _____ Outros _____ | Data de admissão: Motivo de internamento: Hipótese de diagnóstico: | AP/hábitos relevantes Grau de dependência: DAV Alergias: Terapêutica ambulatório/adesão: | Problemas ativos: Terapêutica medicamentosa (perfusões): Terapêutica não medicamentosa: Alterações significativas do estado de saúde: Técnicas invasivas realizadas: IACS: Avaliação das medidas implementadas: Focos de atenção: Intervenções ativas: | Continuidade de cuidados: MCDT: |
| | Nome: Idade: Proveniência: Lar _____ Domicílio _____ Outros _____ | Data de admissão: Motivo de internamento: Hipótese de diagnóstico: | AP/hábitos relevantes Grau de dependência: DAV Alergias: Terapêutica ambulatório/adesão: | Problemas ativos: Terapêutica medicamentosa (perfusões): Terapêutica não medicamentosa: Alterações significativas do estado de saúde: Técnicas invasivas realizadas: IACS: Avaliação das medidas implementadas: Focos de atenção: Intervenções ativas: | Continuidade de cuidados: MCDT: |

⁶ Elaborado com base na norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: Anexo I (Técnica ISBAR)

Apêndice XII- Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar

| | |
|-----------------------|----------|
| HNSR, EPE BARREIRO | |
| N.º | 15563 |
| Pasta n.º | C. Etica |
| Data: | 13/11/18 |
| Ass: | Dep |

EXMO. SENHOR PRESIDENTE
DO CONCELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONITIUO, EPE

Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de Castro, Enfermeira, membro da ordem nº 5-E-17247, docente na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Mestrado em Associação com a Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Portalegre, estudante nº 170531011, a realizar estágio final no serviço de urgência geral deste hospital, vem por este meio solicitar a V. Exa autorização para a realização de um estudo na área da segurança do doente.

O trabalho intitula-se: "Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral".

Segundo um estudo realizado em 2014, em cinquenta e cinco unidades hospitalares em Portugal, no âmbito da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro, "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais", concluíram que a cultura de segurança do doente ainda não é largamente assumida como uma prioridade para os profissionais de saúde (DGS,2015). Neste contexto da segurança do doente e tendo presente a importância da comunicação eficaz na transição dos cuidados como medida efetiva de prevenção de erros, em 2017 a DGS emitiu uma norma (Norma 001/2017), na qual salienta a necessidade de uma comunicação eficaz, normalizada, utilizando a técnica ISBAR (I-Identify, identificação; S-Situation, Situação atual; B-Background, Antecedentes; A-Assessment, Avaliação e R-Recommendation, Recomendações).

Este trabalho tem como objetivo geral: Introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR, na transição de cuidados no serviço de urgência, alicerçada no pensamento Lean, a fim de melhorar a segurança da PSC.

A abordagem metodológica para orientar o estudo alicerça-se no pensamento Lean. A colheita de dados será efetuada a todos os enfermeiros que se disponibilizarem a participar no estudo, em data a determinar, através de um questionário, da observação estrutura com apoio de uma grelha de observação e da análise da informação transmitida nas cartas de transferências dos doentes admitidos na urgência no 1º semestre de 2018 e que foram triados com pulseira vermelha e laranja.

Perante o exposto, a fim de dar continuidade a este estudo, solicita-se a V^ª Ex.^ª o consentimento para desenvolver o estudo nesta instituição.

Junto anexo grelha de observação e questionário a utilizar na colheita de dados assim como o termo de consentimento livre e informado.

Grata pela atenção dispensada, aguarda resposta de V^ª Ex.^ª ao solicitado.

| | |
|-------------|-------|
| INSTITUIÇÃO | _____ |
| N.º | _____ |
| PLACA N.º | _____ |
| DATA | _____ |
| ASS. | _____ |

Pede deferimento

Barreiro, 13 Novembro 2018

Cidália Castro

Cidália Castro

| | |
|------------------------------------|-------------------|
| COMISSÃO DE ÉTICA | |
| <u>Dr.ª Inês de Fátima Cardoso</u> | |
| Data | <u>14/11/2018</u> |

Apêndice XIII- Pedido de autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar

Concordo.
Do CA
[Signature]

Luis dos Santos Pinheiro
Diretor Clínico

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.
de 21/12/2018
ACTA N.º 51

C.A.
Autorizado
[Signature]

Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: **43/2018**

Data: 07 / 12 / 2018

De: **Comissão de Ética para a Saúde**

Para: **Dr. Luis dos Santos Pinheiro -- Director Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração**

Assunto: **Pedido de autorização para a realização de um projecto de investigação**

A 07/12/2018 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que analisou um pedido de autorização para recolha de dados junto de enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital de Nossa Senhora do Rosário para um projecto de investigação intitulado "Segurança do doente crítico: comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral" a desenvolver por Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de Castro, enfermeira, docente na Escola Superior de Saúde Egas Moniz a frequentar mestrado em enfermagem médico cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Setúbal e estágio no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.. Na documentação anexa ao pedido foi junto o projecto, declaração de consentimento informado para os participantes, questionários devidamente anonimizados e os currículos da mestranda e da orientadora de estágio Maria do Céu Mendes Pinto Marques, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Para a realização do projecto de investigação foi obtida a concordância da directora do Serviço de Urgência Geral. De acordo com o projecto apresentado a Comissão de Ética verificou que o presente trabalho poderá contribuir para introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR (sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), na transição de cuidados no serviço de urgência, alicerçada no pensamento Lean, a fim de melhorar a segurança da pessoa em situação crítica. É garantida a participação, livre e voluntária e justificada a metodologia de acesso aos participantes, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos, deliberando a

Luis
07.12.2018
[Signature]



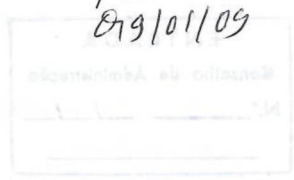
Comissão de Ética no sentido de nada ter a opor à recolha de dados pretendida pela autora desde que obtido o consentimento da enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência.

Elvira Camacho

(Elvira Camacho, Dr.ª)
(Presidente da CES)

O estudo já iniciado no Serviço de urgência é de interesse para a melhoria de comunicação eficaz na Transição de cuidados perante o doente crítico, já que em contextos de urgência muitas das vezes existem dificuldades de Transição dos cuidados. Torna-se relevante para a segurança do doente crítico o trabalho proposto e um maior valor e contributo para os objectivos de propostas de melhoria a desenvolver no SUB em 2018/2019.

Elvira Camacho
09/01/09



Apêndice XIV- Pedido de autorização à Diretora Clínica

EXMO. SENHORA Dr.ª. ANA PAULA PONA PISCO
DIRETORA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONITIUO, EPE

Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de Castro, Enfermeira, membro da ordem nº 5-E-17247, docente na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Mestrado em Associação com a Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Portalegre, estudante nº 170531011, a realizar estágio final no serviço de urgência geral deste hospital, vem por este meio solicitar a V. Exa autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional, na área da segurança do doente.

O trabalho intitula-se: "Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral".

Segundo um estudo realizado em 2014, em cinquenta e cinco unidades hospitalares em Portugal, no âmbito da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro, "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais", concluíram que a cultura de segurança do doente ainda não é largamente assumida como uma prioridade para os profissionais de saúde (DGS,2015). Neste contexto da segurança do doente e tendo presente a importância da comunicação eficaz na transição dos cuidados como medida efetiva de prevenção de erros, em 2017 a DGS emitiu uma norma (Norma 001/2017), na qual salienta a necessidade de uma comunicação eficaz, normalizada, utilizando a técnica ISBAR (*I-Identify*, identificação; *S-Situation*, Situação atual; *B-Background*, Antecedentes; *A-Assessment*, Avaliação e *R-Recommendation*, Recomendações).

Este trabalho tem como objetivo geral: Introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a técnica ISBAR, na transição de cuidados no serviço de urgência, alicerçada no pensamento Lean, a fim de melhorar a segurança da PSC.

A abordagem metodológica para orientar o estudo alicerça-se no pensamento Lean. A colheita de dados será efetuada a todos os enfermeiros que se disponibilizarem a participar no estudo, em data a determinar, através de um questionário, da observação estrutura com apoio de uma grelha de observação e da análise da informação transmitida nas cartas de transferências dos doentes admitidos na urgência no 1º semestre de 2018 e que foram triados com pulseira vermelha e laranja.

Perante o exposto, a fim de dar continuidade a este estudo, solicita-se a V^a Ex.^a o consentimento para desenvolver o projeto de intervenção nesta instituição.

Junto anexo grelha de observação e questionário a utilizar na colheita de dados assim como o termo de consentimento livre e informado.

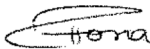
Grata pela atenção dispensada, aguarda resposta de V^a Ex.^a ao solicitado.

Pede deferimento

Barreiro, 4 de dezembro de 2018

Cidália Castro

*Desde que cumpridos os devidos autorizações,
nada temos a opor à realização do trabalho mencionado.*


05/12/2018

Dr^a Ana Paula Pona
Diretora do Serviço de Urgência

Apêndice XV- Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado de participação no estudo sobre: “Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral”

O estudo denominado “Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral”, surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Mestrado em Associação com a Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Portalegre, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Marques.

Solicito a sua participação neste estudo. Esta consiste no preenchimento de um questionário sobre a transmissão de informação na transição de cuidados no serviço de urgência geral, no Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Além disso a colheita de dados será também efetuada através de observação das passagens de turno e da verificação das notas de alta dos doentes críticos.

A sua participação neste estudo é voluntária podendo-se retirar a qualquer momento, enviando uma mensagem para o seguinte correio eletrónico: cmcastro@egasmoniz.edu.pt, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo. Este estudo não trará benefícios imediatos, mas contribuirá para o progresso do conhecimento científico, no âmbito da segurança do doente crítico, nomeadamente na comunicação eficaz na transição de cuidados.

Não será identificado(a) e será mantido o carácter confidencial das informações, e nenhuma informação será publicada ou comunicada sem a sua autorização.

Sempre que solicitado, ser-lhe-á fornecida informação atualizada ao longo do estudo, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar a participar.

A conservação dos dados recolhidos destina-se apenas a este trabalho, sendo eliminados após a sua conclusão.

Concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas, consentindo em participar neste estudo e autorizando a análise dos dados fornecidos, confiando que serão apenas utilizados para esta investigação.

Assinatura _____

Barreiro, ____ de _____ de _____

Apêndice XVI- Plano de relatório de estágio



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PLANO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Docente:

Professora Maria do Céu Marques

Discente:

Cidália Maria Castro

Setúbal

2018



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PLANO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Docente:

Professora Doutora Maria do Céu Marques

Discente:

Cidália Maria Castro

Setúbal

2018

Anexo I- Questionário de avaliação da sessão de formação



APRECIACÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO – QUESTIONÁRIO DO FORMANDO
CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Ação de formação: _____
 Nome(s) do(s) formador(es): _____
 Nome do formando _____
 Data: _____

Na procura da qualidade e melhoria contínua do processo formativo, propõe-se uma breve apreciação sobre a qualidade da acção formativa realizada. Responda a todas as questões que se seguem marcando a escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre a resposta que melhor corresponde à sua opinião.

| Muito insatisfatório | Insatisfatório | Nem satisfatório/ Nem insatisfatório | Satisfatório | Muito satisfatório |
|----------------------|----------------|--------------------------------------|--------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Está que medida é mais adequada ou importante para... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. A adequação da formação às suas necessidades e expectativas? | | | | | |
| 2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)? | | | | | |
| 3. As estratégias de aula | | | | | |
| 4. A qualidade do apoio técnico e administrativo | | | | | |
| 5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em altura, na unidade de trabalho? | | | | | |
| 6. A prestação do(s) formador(es): | | | | | |
| 6.1. Nivelamento das aprendizagens / aprendizagens teórico-práticas? | | | | | |
| 6.2. Metodologia de transmissão de conhecimentos? | | | | | |
| 6.3. Integração e domínio dos recursos didácticos? | | | | | |
| 6.4. Documentação fornecida? | | | | | |
| Total pontos (soma dos pontos) | | | | | |
| Formação final (soma pontos / 6) | | | | | |

7. Sugestões para melhorar futuras ações de formação:

NOTA:

- Para a formação obter a certificação terá de atingir a 80% do tempo de duração do curso;
- Para obtenção da certificação com aproveitamento terá de obter uma classificação superior a 6/10, no teste final.

Anexo II- Submissão da revisão integrativa da literatura para publicação

Anexo III- Certificado de participação no III Congresso da Secção Regional do Sul: Enfermagem em Urgência e Emergência



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CIDÁLIA MARIA DA CRUZ SILVA PATACAS DE CASTRO

membro n.º 17247 desta Ordem, esteve presente no III Congresso da Secção Regional do Sul nos dias 5 e 6 de Dezembro de 2018, no Teatro das Figuras em Faro.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Sul



Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,8 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

Anexo IV- Programa do 4º Congresso Internacional do CiiEM



The poster for the 4th International Congress of CIEM (IC CIEM) features a blue and yellow color scheme. At the top left, logos for FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia) and the Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz are displayed. The top right includes the Portuguese coat of arms and the text 'COM O ALTO PATROCÍNIO DE SUA EXCELÊNCIA UNDER THE HIGH PATRONAGE OF THE PRESIDENT OF THE PORTUGUESE REPUBLIC'. The central text reads '4th IC CIEM HEALTH, WELL-BEING AND AGEING IN THE XXI CENTURY INTERNATIONAL CONGRESS OF CIEM 2019 2nd, 3rd JUNE | CAPARICA, ALMADA (PORTUGAL)'. Below this, a large blue banner contains the text 'NURSING PROGRAM | ENFERMAGEM PROGRAM' and 'JUNE 4th, 2019 | 4 de Junho 2019'. At the bottom, a yellow banner provides the website 'HTTPS://WWW.CIEMCONGRESS.COM'.

| | |
|-------------|--|
| 08:30-09:30 | RECEPTION REGISTRATION / RECEPÇÃO REGISTO |
| 09:30-10:30 | Plenary PSYCHOTHERAPIST'S REACTIONS TO NEGATIVE VERBAL FEEDBACK FROM CLIENTS VALENTINA CABRAL IVERSEN , Professor in Department of Mental Health, Norwegian University of Science and Technology, NTNU |
| 10:30-11:00 | COFFEE-BREAK / PAUSA POSTER SESSION / SESSÃO DE POSTERS 2 |
| | SYMPOSIUM (NURSING) SIMPÓSIO (ENFERMAGEM) |
| | NURSING COMMUNICATION HANDOVER IN EMERGENCY DEPARTMENT CIDADIA CASTO , PEGEM |
| 11:00-11:30 | NURSING EDUCATION – IDEUS PROJECT IN PORTUGAL: FROM AN IDEA TO AN APP / ENSINO DE ENFERMAGEM – PROJECTO IDEUS EM PORTUGAL MARIANA CAROLINA PEREIRA , I ^l Setúbal |
| 11:30-12:00 | VASELI CARE: AN APPLICATION INTENDED TO FACILITATE SELF CARE OF OLDER PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES ANABELA PEREIRA MENDES , ESELi ^l boa |
| 12:00-12:30 | INDICATORS OF FAMILIAL DANGER: SCOPING REVISION / INDICADORES DE PERIGO FAMILIAR: REVISÃO SCOPING AIDA JESUS SIMÕES , ESSEM |

