

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

## Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

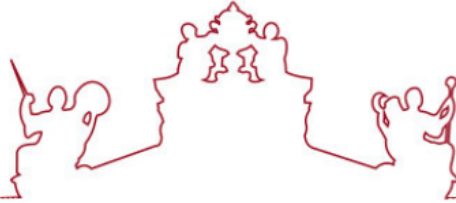
**ISBAR: comunicação efectiva, transição de cuidados segura.**

Helena Isabel Correia da Silva Dias

Orientador(es) | Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Évora 2022





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

## Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

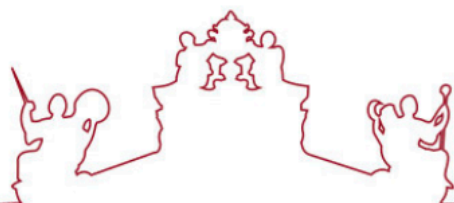
**ISBAR: comunicação efectiva, transição de cuidados segura.**

Helena Isabel Correia da Silva Dias

Orientador(es) | Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Évora 2022





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

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora) (Arguente)  
Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira (Instituto Politécnico de Setúbal) (Orientador)

Guarda o sonho que tiveste  
Para um lugar que não existe...

Para uma promessa mais agreste

Ou para um sol de sombra triste.

Guarda o sonho que vier  
Para depois do que já viste

Acontecer.  
O futuro há-de nascer  
De um sonho que resiste.

*(Eduardo Duarte)*

## RESUMO

O presente relatório enquadra-se no plano curricular do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica. Tem como fim contribuir para o progresso da Enfermagem Especializada, através da reflexão crítica sobre a prática sustentada na evidência, com enfoque no desenvolvimento de competências de excelência, e na capacitação para a supervisão, governação clínica e gestão de equipas, visando espelhar todo o percurso formativo enquadrado neste curso de Mestrado. Apresenta-se ainda o Projeto de Intervenção desenvolvido em contexto de estágio, com recurso à metodologia de projeto, sobre a temática “ISBAR: Comunicação Efetiva, Transição de Cuidados Segura”, que se insere na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e tem como intento geral a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, através da implementação de estratégias para otimização de uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

**Palavras-chave:** Transição de cuidados, Doente Crítico, Enfermagem Médico-Cirúrgica

## **ABSTRACT**

**Title:** ISBAR, effective communication, safe care transition

This report has been written as a part of the curricular plan of the master's degree in the science of nursing, area of specialisation in medical and surgical nursing practice: the critical patient. It intends to contribute to the growth of the specialised nursing activity, through critical reflecting about evidence supported practice, emphasizing the development of skills of excellence and the training of supervision capacity, clinical and team management, aiming to reflect the educational path framed within this master's degree course. The intervention project developed during the traineeship will also be presented, applying the project methodology focused on the issue "ISBAR: effective communication, safe transition of care, which makes part of the investigation "Safety and quality of life" and aims to improve the safety and quality of the nursing care provided, through the implementation of strategies to optimize the efficacy of communication regarding transition of health care.

**Keyword:** Transition of Care, Critical Patient, Medical-Surgical Nursing

## **Agradecimentos**

Aos Professores deste Curso de Mestrado, em especial à Professora Mariana Pereira, pela orientação, apoio e disponibilidade demonstrados.

À Professora Ermelinda, por se manter fiel aos valores da Enfermagem, e cuidar tão bem de nós desde o curso de Licenciatura.

À Enfermeira Graça, por ter caminhado a meu lado, pela partilha, pelos ensinamentos, pelo companheirismo.

A todos os colegas da UCIC, em especial à Fernanda, pela forma como me acolheram, me ensinaram, e me deram a oportunidade de trabalhar ao seu lado durante o estágio.

À Joana e à Célia, companheiras de jornada, sem as quais nada disto teria sido igual.

À minha família, em especial à minha mãe, que me relembra todos os dias que “para a frente é que é o caminho.”

À Diana... pela compreensão, pela ajuda, pelo apoio e pela força...sempre.

# ÍNDICE

ÍNDICE DE APÊNDICES.....	8
ÍNDICE DE ANEXOS .....	9
ÍNDICE DE FIGURAS.....	10
ÍNDICE DE QUADROS .....	11
ÍNDICE DE TABELAS.....	12
LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS .....	13
INTRODUÇÃO .....	15
<b>1. CONTEXTO CLÍNICO DE APRENDIZAGEM DA UC “ESTÁGIO FINAL” .....</b>	<b>19</b>
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>23</b>
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	26
2.2.1. <i>Qualidade em saúde</i> .....	27
2.2.2. <i>Segurança do doente</i> .....	31
2.2.3. <i>Comunicação em saúde</i> .....	33
2.2.4. <i>Transição de cuidados</i> .....	35
2.2.5. <i>Metodologia ISBAR</i> .....	37
2.3. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	41
2.3.1. <i>Diagnóstico de Situação</i> .....	42
2.3.2. <i>Planeamento</i> .....	46
2.3.3. <i>Execução</i> .....	49
2.3.4. <i>Avaliação e Divulgação dos resultados</i> .....	52
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	55
3.1.1. <i>Domínio da Responsabilidade profissional ética e legal (A)</i> .....	56
3.1.2. <i>Domínio da melhoria contínua da qualidade (B)</i> .....	60
3.1.3. <i>Domínio da gestão de cuidados (C)</i> .....	63
3.1.4. <i>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)</i> .....	66
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (EMC-PSC).....	69
3.2.1. <i>Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (A)</i> .....	70
3.2.2. <i>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação (B)</i> 76	
3.2.3. <i>Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (C)</i> .....	81
3.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM .....	85
<b>4. CONCLUSÕES.....</b>	<b>91</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>I</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>LXI</b>



## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO</b> .....	I
<b>APÊNDICE II – CRONOGRAMA PROJETO DE INTERVENÇÃO (PI)</b> .....	III
<b>APÊNDICE III – MATRIZ/INSTRUMENTO PASSAGEM DE TURNO</b> .....	V
<b>APÊNDICE IV – GUIA DE APOIO COM A MNEMÓNICA ISBAR</b> .....	VII
<b>APÊNDICE V – SESSÃO DE FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DA UCIC</b> .....	IX
<b>APÊNDICE VI – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO</b> .....	XX
<b>APÊNDICE VII – PROJETO DE ESTÁGIO</b> .....	XXII
<b>APÊNDICE VIII – ESTUDO DE CASO</b> .....	XLIX
<b>APÊNDICE IX – INFOGRAFIA “DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA”</b> .....	LI
<b>APÊNDICE X – POSTER “DEBRIEFING PÓS-CRISE EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE – IMPORTÂNCIA PARA OS PROFFISIONAIS DE SAÚDE”</b> .....	LVII
<b>APÊNDICE XI – POSTER “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL</b> .....	LIX

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO I</b> – INSTRUMENTO DE AUDITORIA DA NORMA “COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	LXI
<b>ANEXO II</b> – DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UHST .....	LXIII
<b>ANEXO III</b> – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA .....	LXV
<b>ANEXO IV</b> – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DE SERVIÇO E ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC DA UHST .....	LXVII
<b>ANEXO V</b> – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CONGRESSO MESTRADO EM ENFERMAGEM – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: DESAFIOS NUM MUNDO EM MUDANÇA .....	LXIX
<b>ANEXO VI</b> – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE .....	LXXI
<b>ANEXO VII</b> – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL – ELECTROCARDIOGRAFIA ELEMENTAR .....	LXXIII
<b>ANEXO VIII</b> – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA .....	LXXV
<b>ANEXO IX</b> – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA .....	LXXVII
<b>ANEXO X</b> – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO INTERNACIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT .....	LXXIX
<b>ANEXO XI</b> – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM COMUNICAÇÃO INTITULADA “POST-CRISIS DEBRIEFING IN EMERGENCY, EXCEPTION AND DISASTER SITUATIONS: IMPORTANCE FOR HEALTHCARE WORKERS” NO CONGRESSO INTERNACIONAL LITERACIAS NO SÉCULO XXI (ICCL2021) .....	LXXXI

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº1: Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017).	38

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1: Benefícios e desafios à implementação da metodologia ISBAR	40

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela nº 1: Análise SWOT	44

## **LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

**ABORDAGEM ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Dysfunction, Exposure

**APA** – American Psychological Association

**BPS** – Behavioral Pain Score

**CNQ** – Conselho Nacional de Qualidade

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EAM ST** – Enfarte Agudo de Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST

**ECG** – Eletrocardiograma

**EEDE** – Ética, Epistemologia e Direito em Enfermagem

**EMC** – Enfermagem Médico Cirúrgica

**FITEE** – Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada

**GLC-PPCIRA** – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**IACS** – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**IE** – Investigação em Enfermagem

**ISBAR** – Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations

**ITLS** – International Trauma Life Support

**IQS** – Instituto de Qualidade em Saúde

**MRSA** – Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

**NANDA** – North American Nursing Diagnosis Association

**NIC**- Nursing Interventions Classification

**NOC**- Nursing Outcomes Classification

**NHS** – National Health System

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PC** – Plano de Cuidados

**PI** - Projeto de Intervenção

**PE**- Processo de Enfermagem

**PSC**- Pessoa em Situação Crítica

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SBAR** – Situation, Background, Assessment, Recommendations

**SBV** – Suporte Básico de Vida

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SPIKES** – Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summarize

**SWOT** – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

**TAVI** – Implantação de Válvula Aórtica Transcateter

**TRIAGEM START** – Simple Triage and Rapid Treatment

**UADCI** – Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

**UC** – Unidade Curricular

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIC** – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

**UE** – União Europeia

**UHST** – Unidade Hospitalar a Sul do Tejo

## INTRODUÇÃO

A “Enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências, com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem do estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas.” (Lima, 2015: 71).

A Enfermagem tem como foco o ser humano, e as suas múltiplas relações quotidianas. No âmbito dos cuidados de saúde, a Enfermagem tem evoluído no sentido de uma crescente capacitação técnico-científica, com a mobilização de conhecimentos que se fundamentam nos paradigmas e nas teorias de enfermagem, afirmando cada vez mais a máxima da prática baseada na evidência.

A Enfermagem dos dias de hoje surge enriquecida e revigorada, diversificando, mas simultaneamente enraizando o seu saber, formando profissionais com competências certificadas, direcionadas ao cuidar da pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital, promovendo cuidados holísticos ao ser humano que se crê único, inserido num contexto sociocultural e familiar próprio, e que é livre de construir e viver o seu projeto de saúde, pessoal, intransmissível, irrepetível.

O presente relatório surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC). A elaboração do mesmo tem como fim último contribuir para o progresso da Enfermagem Especializada, através da reflexão crítica sobre a prática sustentada na evidência, com enfoque no desenvolvimento de competências de excelência, e na capacitação para a supervisão, governação clínica e gestão de equipas. A validação deste relatório, tendo em conta a sua realização e conseqüente discussão pública, é conferidora do grau de Mestre em Enfermagem, conforme o artigo 20º do Decreto-Lei nº 60/2006, onde se pode ler que a obtenção do grau de Mestre pode integrar “Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006: 11).

Este relatório visa espelhar todo o percurso percorrido ao longo deste ciclo de estudos, enquadrado neste curso de Mestrado, estando particularmente relacionado, com a Unidade Curricular (UC) “Estágio Final”, que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) de uma Unidade Hospitalar a Sul do Tejo (UHST).



Sendo encarado como o produto final do trabalho desenvolvido ao longo do percurso académico, propõe-se a relatar as aprendizagens conseguidas em contexto de estágio, mas também os contributos de todo o percurso formativo ao longo do curso de Mestrado. Através de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, prevê-se a confirmação da aquisição e desenvolvimento de um conjunto de Competências Comuns, Específicas e de Mestre do enfermeiro especialista em EMC-PSC. A sua redação, bem como a supervisão pedagógica da UC “Estágio Final” e da UC “Relatório” esteve a cargo da Professora Doutora Mariana Pereira.

O presente relatório pretende igualmente ser o espelho do Projeto de Intervenção (PI) que o intitula: “ISBAR: Comunicação Efetiva, Transição de Cuidados Segura”. Inserindo-se esta temática na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, tem como intento geral a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

A escolha do tema prendeu-se com a necessidade identificada, no local de estágio, de uma intervenção proactiva no domínio da comunicação efetiva como fator preponderante na segurança do doente crítico, com o objetivo de melhorar os momentos de transição de cuidados, especificamente a passagem de turno de enfermagem, promovendo a sua padronização.

O tema da comunicação em momentos de transição de cuidados tem vindo a ganhar uma crescente valorização, tanto a nível nacional como a nível internacional, e verifica-se um aumento da literatura disponível, no que respeita à necessidade de implementar melhorias na transição de cuidados de saúde (Figueiredo, Potra & Lucas, 2020). Para os mesmos autores, a evidência científica existente demonstra que a comunicação eficaz, aquando da transição de cuidados de saúde, é fundamental para garantir e promover a segurança do doente.

A metodologia ISBAR é um instrumento de padronização comunicacional em saúde, reconhecido como promotor da segurança do doente durante a transição dos cuidados de saúde. Utiliza uma mnemónica (ISBAR), que se caracteriza como um auxiliar de memória, permitindo memorizar construções complexas através de uma forma simplificada (Direção Geral de Saúde, 2017a). É também o instrumento de padronização para momentos de transição de cuidados de saúde indicado pela Direção Geral de Saúde (DGS) na norma de orientação clínica 001/2017- Comunicação eficaz na Transição de Cuidados de Saúde.

O PI pretende, através das suas diferentes etapas, intervir diretamente nos momentos de transição de cuidados, especificamente na passagem de turno, uniformizando não só o método, mas

também a linguagem e raciocínio clínico dos seus intervenientes, promovendo uma comunicação eficaz, uma transição de cuidados segura, uma melhoria do nível de qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes e dos enfermeiros prestadores de cuidados. A importância da padronização dos momentos de transição de cuidados prende-se com a sua vulnerabilidade, que pode repercutir-se na situação e estabilidade clínicas do doente crítico, devendo o enfermeiro desenvolver e implementar intervenções que promovam cuidados seguros e de qualidade.

Numa altura em que diariamente se conjugam esforços para diminuir os erros e eventos adversos associados aos cuidados de saúde, e considerando o alerta da *Joint Commission*, que confirma o facto de que cerca de 60% dos eventos adversos ocorridos em contexto de cuidados de saúde terem a sua origem na comunicação ineficaz (Muller, Jürgens, & Redaelli et al, 2018), é imperativo ajustar as práticas e os contextos, de forma a promover uma cultura de segurança.

Patrícia Benner (2001) defende que o enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável, ser criativo, ser proactivo, imbuído de espírito crítico, pautando a sua ação pelos princípios éticos e deontológicos da profissão. É na Teoria de Benner que se fundamenta teoricamente o presente relatório, uma vez que esta oferece uma visão particular da índole da prática de Enfermagem, indicando o método pelo qual o conhecimento prático é adquirido, e se desenvolve ao longo do tempo (Aligood, 2015). Por ser uma teoria que acompanha o percurso de desenvolvimento do enfermeiro e apresentar elevada aplicabilidade à temática do doente em situação crítica, a sua pertinência no enquadramento do presente relatório é incontestável.

Justificadas as motivações do PI, bem como as temáticas em estudo, importa definir os objetivos específicos do presente relatório que se concentram em: apresentar o contexto do percurso formativo de prática supervisionada, descrever, analisar e apresentar os resultados do PI implementado, visitar, analisar e refletir sobre o percurso formativo, com vista à aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e, por último, analisar e refletir sobre o percurso formativo com vista à aquisição das competências de Enfermeiro Mestre em Enfermagem.

Relativamente à organização deste documento, o mesmo encontra-se dividido em três partes essenciais. A primeira parte, sucedendo esta introdução, destina-se à apresentação do Contexto Clínico de aprendizagem onde decorreu o estágio. Na segunda parte, destinada à apresentação do Projeto de Intervenção (PI), será explicada a atividade major desenvolvida durante o Estágio Final, com

recurso à metodologia de projeto, contemplando todas as etapas que possibilitaram a sua consecução. Enquadrada no capítulo destinado ao PI, surge a correspondente e indispensável fundamentação teórica e conceptual. Por último, a reflexão crítica sobre todo o percurso formativo, e sobre os contributos da prática supervisionada em estágio, está contemplada no capítulo Análise Reflexiva sobre a Aquisição e Desenvolvimento de Competências, onde será visível a complementaridade dos caminhos que levam à aquisição dos diferentes leques de Competências Comuns, Específicas, e de Mestre do Enfermeiro Especialista. Uma breve conclusão procura salientar os aspetos principais de tudo o que foi anteriormente apresentado.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referência da American Psychological Association (APA), 7ª edição.

## 1. Contexto Clínico de Aprendizagem da UC “Estágio Final”

O presente capítulo visa dar a conhecer a realidade em que se inserem a Unidade Hospitalar a Sul do Tejo (UHST) e a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) onde decorreu o estágio referente à Unidade Curricular “Estágio Final”, não só nos aspetos gerais que os caracterizam, mas dando igualmente enfoque à particularidade que se vive na Região Alentejo: o envelhecimento marcado e o isolamento da população.

### Unidade Hospitalar a Sul do Tejo (UHST)

A Unidade Hospitalar a Sul do Tejo (UHST) na qual decorre o estágio final é a maior e principal unidade hospitalar do território alentejano, servindo a cerca de 500000 habitantes nesta região há já mais de 500 anos. É igualmente aquela que oferece maior diferenciação, recebendo utentes das diferentes zonas do Alentejo, por ser o único que detém determinadas valências, como é o caso da UCIC.

Ao longo dos tempos, esta unidade hospitalar passou por variadas transformações e alterações na sua designação, tendo assumido o estatuto de Entidade Pública Empresarial em 2007, e de Hospital Central em 2008 (UHST, 2021). A área de influência abrangida pela UHST e a sua população revestem-se de características muito particulares. A zona geográfica em que se insere corresponde a cerca de 30% da área territorial de Portugal, representando apenas cerca de 6.8% da população total (UHST, 2021), população esta muito marcada pelo envelhecimento e problemas de saúde associados.

A sua missão enquanto um hospital público geral que integra a rede do Sistema Nacional de Saúde (SNS) passa por promover e assegurar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo elevados padrões de atuação técnico-científicos, marcados por uma eficaz e eficiente gestão de recursos e humanização, fomentando sempre o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Relativamente à carteira de oferta de cuidados na área de Cardiologia, a UHST tem capacidade para realizar diversas técnicas de diagnóstico, tais como Eletrocardiogramas, Ecocardiogramas Transtorácicos, Ecocardiogramas de Stress e Ecocardiogramas Transesofágicos, Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial, Holter, e Registos de Eventos e Provas de Esforço (UHST, 2021). Na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI), existente desde a década passada, realizam-se coronariografias e angioplastias coronárias, colocam-se pacemakers definitivos e

implantam-se sistemas de monitorização. No Serviço de Imagiologia realizam-se estudos de Ressonância Magnética Cardíaca.

Relativamente às consultas externas disponíveis estas são de Cardiologia Geral, Arritmologia e *Follow Up* de *Pacemakers*, Anticoagulação Oral, Avaliação Pré-Operatória e Telemedicina. A consulta de cardiologia geral efetua-se com o apoio da equipa de enfermagem da consulta externa, com avaliação de parâmetros e ensinamentos personalizados para a educação e adoção de estilos de vida saudáveis. Colaboram igualmente com a mesma os técnicos de cardiopneumologia na realização prévia dos eletrocardiogramas (ECG) da consulta.

O Serviço de Cardiologia assegura ainda a valência de urgência cardiológica sete dias na semana e 24 horas por dia. Desde 2012 os doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMST) são tratados na UHST por Angioplastia Primária, o que representa uma enorme mais-valia para a população abrangida pela área de influência da UHST.

#### Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)

De acordo com Monteiro, Caeiro & Silva (2020) tem-se assistido, em Portugal e no mundo, a um aumento significativo do número de doentes com necessidades de cuidados cardíacos agudos, não raras vezes complicada por comorbilidades nem sempre relacionadas com o foro cardiovascular. Este sem número de comorbilidades, agudas ou crónicas, tem impacto direto no prognóstico do doente com patologia cardiovascular complexa, o que sublinha inequivocamente a necessidade de cuidados de saúde específicos e altamente especializados nesta área.

“Desta forma, as unidades coronárias do passado, que tiveram um papel fundamental no tratamento e melhoria do prognóstico do doente com enfarte agudo do miocárdio, têm evoluído para unidades de cuidados intensivos cardíacos (UCIC), com capacidade de prestar cuidados cardíacos agudos a um largo espetro de doentes e de patologias cardíacas.” (Monteiro et al., 2020:402)

A UCIC da UHST foi inaugurada há 15 anos e situa-se no 5º piso do edifício principal da instituição, e é uma unidade específica no serviço de internamento de Cardiologia. Possui um total de seis unidades funcionais, cada uma equipada com monitor multiparâmetros, oxigénio e vácuo, sistemas de perfusão contínua (seringas e bombas infusoras), permitindo monitorização invasiva e não invasiva dos doentes nela internados, e a administração de terapêutica sob estreita vigilância. As seis unidades funcionais, destinadas ao internamento de doentes com patologia cardiovascular complexa,

dispõe-se em torno de uma central de monitorização no centro da Unidade, o que permite que os enfermeiros que prestam cuidados na UCIC vigiem de perto as alterações e estabilidade hemodinâmica dos doentes críticos ali internados. Esta central de monitorização dispõe ainda de um segundo ecrã que dá acesso à monitorização por telemetria de um total de dez doentes internados na enfermaria de cardiologia. A UCIC dispõe ainda de 4 ventiladores com capacidade para realizar ventilação invasiva e não invasiva, imprescindíveis no cuidado ao doente crítico do foro cardíaco.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa do Serviço de Cardiologia é composta por 11 médicos cardiologistas e 4 internos da especialidade, assim como 2 médicos em colaboração externa (áreas de Hemodinâmica e Ressonância Magnética Cardíaca). A equipa de enfermagem é constituída por 29 enfermeiros (5 dos quais Especialistas em EMC) no serviço de internamento e 6 enfermeiros na Unidade de Hemodinâmica. O Serviço dispõe ainda de 9 Técnicos de Cardiopneumologia, uma Assistente Técnica e de 12 Assistentes Operacionais. Conta também com o apoio de um médico de Medicina Interna, de uma Farmacêutica e de uma Assistente Social. (UHST, 2021)

Diariamente prestam cuidados na UCIC um total de dois enfermeiros por turno, que alternam com a prestação de cuidados na enfermaria de Cardiologia. Preferencialmente, os enfermeiros especialistas encontram-se alocados à prestação de cuidados na UCIC. A gestão da equipa de enfermagem e a supervisão dos cuidados é normalmente da responsabilidade do enfermeiro especialista.

Todos os doentes são observados diariamente pelo cardiologista responsável pela UCIC e todas as intercorrências possíveis são de imediato comunicadas ao cardiologista de serviço (na ausência do responsável pela Unidade).

Os doentes internados na UCIC vivenciam processos complexos de doença (síndrome coronário agudo, bradi ou taquidisritmias, insuficiência cardíaca descompensada, edema agudo do pulmão) e requerem uma abordagem multidisciplinar especializada, altamente diferenciada, científica e tecnicamente. O contributo do enfermeiro EMC-PSC é, pois, fundamental assegurando “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2017:9).

A UCIC trabalha em estreita articulação com a enfermagem de Cardiologia e com a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI), que dá resposta ao doente crítico cardiológico residente a sul do Tejo (excluindo o Algarve), no que respeita aos doentes abrangidos pelo protocolo “Via Verde Coronária” (em regime de urgência 24h) e a todos os que requeiram cuidados de cardiologia de intervenção complexos.

A UCIC da UHST assegura cuidados multidisciplinares, centrados na articulação dos profissionais que nela trabalham, com formação específica em cuidados intensivos coronários, requerendo apoio de outras especialidades (médicas, cirúrgicas, dietética e nutrição, serviço social) sempre que necessário. Pode mesmo afirmar-se que a UCIC da UHST é o *core* dos cuidados ao doente do foro cardíaco a sul do Tejo, admitindo doentes críticos complexos provenientes do Serviço e Urgência, Via Verde Coronários (através da rede de referência como Unidade de Referência), UADCI e Sala de Hemodinâmica, enfermarias e Bloco Operatório.

Prevê-se, num futuro próximo, a implementação da valência de Cirurgia Cardiorácica na UHST, o que representará inquestionavelmente um ganho em saúde para a população desta região.

Ao longo das 18 semanas de duração da unidade curricular “Estágio Final” foi possível conhecer e compreender a importância e especificidade dos contributos do enfermeiro EMC-PSC não só para o doente crítico internado na UCIC, mas também para a dinâmica de toda a equipa prestadora de cuidados. Além da prestação de cuidados direta, a articulação constante com outros profissionais, a realização de ensinamentos, a implementação de medidas específicas de controle de infeção (tão vincadas em altura de pandemia) contribuíram para um enriquecimento pessoal e profissional, e para a aquisição das competências planeadas no projeto de estágio.

A integração na equipa de enfermagem e a participação nos momentos de transição de cuidados (passagem de turno) abriram espaço à implementação do Projeto de Intervenção (PI) conforme se descreverá mais a frente neste relatório, cumprindo aquele que se desenhou como um dos grandes objetivos deste Estágio Final.

## **2. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Neste capítulo são apresentados três subcapítulos, designadamente o enquadramento teórico no qual se apresenta uma breve revisão acerca da teoria de Patrícia Benner. Segue-se o enquadramento concetual onde os conceitos-chave deste relatório são apresentados, em concreto: “Qualidade em Saúde”, “Segurança do doente”, “Comunicação em Saúde”, “Transição Cuidados” e “Metodologia ISBAR”. Este capítulo é finalizado com a apresentação do projeto desenvolvido, ilustrando cada uma das suas etapas.

### **2.1. Enquadramento Teórico**

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações. Cada indivíduo constrói e vivencia o seu projeto de saúde, tornando-se assim singular, único e indivisível num momento único e irrepetível do cuidar (Serrano, Costa & Costa, 2011). Oguisso e Freitas (2016) afirmam que a essência da profissão de enfermagem passa pela efetividade do ato de cuidar, igualmente definidora da sua identidade.

Para Benner (2001:12) “As práticas do Cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto. Tornar-se um membro participante na prática de enfermagem, implica que se assume uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de cuidar.” Para a autora o conhecimento em Enfermagem é centrado na sua dimensão prática e no seu desenvolvimento ao longo do tempo.

Patricia Benner, teórica de Enfermagem nascida nos EUA em 1942, estudou a aprendizagem através da experiência e prática clínica, bem como a aquisição de conhecimentos que provêm do exercício da profissão, tendo por base narrativas de enfermeiros. Reconhecendo os padrões do conhecimento definidos por Carper (1978), conhecimento empírico, estético, pessoal e ético, concluiu que o saber, numa determinada área clínica, consiste no aumento dos conhecimentos práticos através de investigações científicas baseadas na teoria e nos conhecimentos práticos existentes (Pires, 2016). Pode assim afirmar-se que, idealmente, a teoria e a prática se relacionam na medida em que a teoria deriva da prática, mas por sua vez também lhe dá sustentação, quando esta é desenvolvida e aprofundada através da observação sistemática, da reflexão, do estudo e da investigação.

A noção de que a experiência profissional e o passar dos anos no exercício de enfermagem enriquece, e torna mais capazes e mais completos os seus profissionais é amplamente aceite e difundida entre os enfermeiros. Benner (2001) descreve o desenvolvimento pessoal e profissional



como sendo um processo gradual, dependente e diretamente relacionado com referências profissionais, experiências e grau de investimento individual.

Adaptando o modelo de Dreyfus e desenvolvendo uma investigação baseada na observação da prática clínica dos enfermeiros em contexto de cuidados, Benner (2001) definiu cinco níveis de proficiência dos enfermeiros, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Pires, 2016) que se baseiam na premissa de que a experiência é o caminho para a perícia, e que permitem definir domínios e competências na prática de enfermagem. Benner (2001) citado por Leitão (2020, p.32) definiu as seguintes etapas de desenvolvimento profissional:

“1 - “Enfermeiro iniciado”: Neste estadió profissional, o enfermeiro atua de acordo com as indicações e procedimentos que lhe são endereçados. A sua performance é o produto do seu percurso académico sendo expectável depararem-se com dificuldades de integração e no estabelecimento de prioridades de ação;

2 - “Enfermeiro iniciado avançado”: é aquele que já orienta a sua praxis clínica através da capacidade de identificar situações. O seu desempenho é demonstrativo da manutenção da dificuldade em gerir a ação, ocorrendo sobretudo por repetição;

3 - “Enfermeiro competente”: desenvolve a sua prática clínica numa determinada área há dois ou três anos, tendo conseguido desenvolver capacidades de planeamento. A sua atuação clínica incorre do recurso ao pensamento abstrato e analítico face a situações que lhe são familiares. Ainda assim, a tomada de decisão em tempo útil é ainda uma dificuldade;

4 - O “enfermeiro proficiente” é o profissional que desenvolveu a capacidade de analisar determinada situação na sua vertente holística, antecipando os resultados esperados e alterando os seus planos de ação sempre que se justifique. A tomada de decisão é nesta etapa um processo inerente à prestação de cuidados. No entanto, quando confrontado com fenómenos ocasionais mais complexos pode não ser capaz de os compreender ou explicar;

5 - O “enfermeiro perito” que constitui a etapa final de desenvolvimento profissional, é aquele que dá uso à intuição, desvinculando-se de guias orientadoras e instruções de trabalho, conjugando os conhecimentos científicos, a formação e as vivências profissionais como forma de gerir a sua praxis clínica. Demonstra uma elevada resiliência, versatilidade e celeridade na tomada de decisão. O seu desempenho é facilmente reconhecido pelos elementos da equipa multidisciplinar e pelos pacientes.”

Para Benner (2001) estas diferentes etapas são o reflexo de transições em três aspetos gerais que ocorrem aquando da aquisição de uma competência: o primeiro aspeto é a transição de um nível de confiança em princípios abstratos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo aspeto passa por uma alteração da forma como o profissional se apercebe de uma situação, encarando-a como um todo mas sendo hábil o suficiente para discernir prioridades e relevâncias; o terceiro e último aspeto é a evolução de “observador desligado a executante envolvido” (Benner, 2001:43) onde se assume a existência de participação ativa e empenho individual.

Patricia Benner (2001) identificou assim trinta e uma competências clínicas que agrupou em sete domínios transversais aos diferentes níveis: a função de ajuda (competências relacionadas com a cura e o conforto, envolvendo a pessoa nos cuidados), a função de educação e de orientação (motivação para a mudança, negociação de objetivos, estímulo para aquisição de estilos de vida saudáveis), a função de diagnóstico e de vigilância do doente (competências de monitorização contínua e antecipação de resultados), a gestão eficaz de situações de evolução rápida (atuação e gestão de recursos em situação crítica), a administração e a vigilância dos produtos terapêuticos (prevenção de complicações associadas aos cuidados), a certificação da qualidade dos cuidados (garantia de qualidade) e as competências em matéria de organização e distribuição de tarefas (determinação de prioridades, formação e gestão de equipas, continuidade dos cuidados). Importa referir que todas estas competências e domínios têm sido utilizados na articulação com os conhecimentos específicos da enfermagem especializada (Alligood 2015).

A vida profissional de Patricia Benner foi marcada pelos cuidados ao doente crítico, o que levou a autora a dedicar-se de forma especial a esta área da Enfermagem. Na sua obra *“Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care”* (2011) a autora defende que o enfermeiro que presta cuidados ao doente crítico deve pensar a ação, ajustando o raciocínio clínico e estratégia de atuação à evolução da pessoa alvo dos cuidados. O enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crítica deverá estar capacitado a identificar e resolver problemas reais, prevenindo e antecipando dificuldades potenciais.

Benner (2011) afirma ainda que o enfermeiro de cuidados críticos deve ser capaz de identificar, gerir e tratar situações que condicionem ou ameacem as funções vitais, demonstrar competências na gestão de situações de crise, proporcionar medidas de conforto ao doente crítico, sem nunca esquecer a família/cuidador, e ser competente na prevenção/minimização dos riscos associados aos cuidados de saúde numa era tão marcada pelos avanços tecnológicos (Cunha, 2019). A transposição de todas estas premissas e dos domínios identificados por Benner para as competências atuais da enfermagem

especializada, especificamente as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC) são evidentes.

Por tudo o que foi referido, e pretendendo este projeto de intervenção ser fonte do desenvolvimento de competências, do domínio da ação, e da construção da identidade do enfermeiro especialista em EMC-PSC considera-se que a Teoria de Benner dá sustento à elaboração do mesmo, sendo aplicável e estando presente efetivamente no dia a dia dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico.

## **2.2. Enquadramento Conceptual**

O marcado avanço técnico-científico a que se tem assistido nas últimas décadas faz prever e confiar numa resposta efetiva, por parte das ciências médicas, às questões associadas ao aumento da esperança média de vida. A prevalência de doenças crónicas marca o panorama da saúde a nível mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a doença crónica como sendo de duração longa, progressão lenta, com quadros associados a tratamento continuado, por um período de anos ou décadas (WHO, 2002). Não raras vezes, pela sua agudização, as doenças crónicas obrigam ao internamento hospitalar, verificando-se uma alteração considerável do paradigma da transição do estado de saúde-doença. Mais do que trabalhar no sentido da cura, planeiam-se intervenções e prestam-se cuidados visando equilibrar o binómio saúde-doença, procurando minimizar os níveis de dependência e as complicações associadas. Tal, leva a que os profissionais de saúde entendam e trabalhem cada vez mais no sentido da otimização do conceito de saúde individualizado, unipessoal e não repetível.

É assim expectável que, através de cuidados de saúde que se querem cada vez mais diferenciados e especializados, se consiga, não só aumentar a longevidade, mas também acompanhá-la de qualidade de vida. Tal só é possível se se entender cada indivíduo como único e singular, planeando e prestando cuidados de saúde de forma individualizada, holística, assentes em objetivos realistas, definidos com e para o utente, validando, com o mesmo, o seu projeto para a saúde e bem-estar.

De acordo com Serrano, Costa & Costa (2011) a Enfermagem é uma profissão cujo enfoque está nas interações estabelecidas pelos indivíduos. É com base nestas interações que cada pessoa desenvolve o seu próprio projeto de saúde, e se torna assim num ser individual e indecomponível, num momento único do cuidar. Dos enfermeiros, profissionais de saúde cada vez mais diferenciados,

apostados em enriquecer cada vez mais a sua formação específica, é esperado que saibam ser a ponte entre o cuidar e o cuidado de forma individualizada, personificada, respeitando valores, crenças e escolhas feitas pelo utente, procurando otimizar, em conjunto com o mesmo, o seu estado de saúde e qualidade de vida.

Além do envelhecimento populacional, da prevalência de doença crónica e incapacitante e da necessidade de prontidão na resposta, diversos são os desafios diariamente lançados às entidades e profissionais prestadores de cuidados de saúde. A segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados são dois aspetos diariamente abordados e tidos em conta, e múltiplas iniciativas tem sido implementada por entidades governamentais e promotoras da saúde, no país e no mundo, com o objetivo de tornar os cuidados de saúde acessíveis, seguros, e de qualidade para todos os que a eles recorrem.

Segundo Sousa (2006) a segurança assume-se como uma dimensão da qualidade, tendo esta um especial papel nos cuidados de saúde, com impacto ao nível dos custos económicos e sociais das organizações, mas também condicionando o grau de confiança nos profissionais de saúde e instituições. É igualmente aceite unanimemente que segurança e qualidade são parceiras no que respeita aos cuidados de saúde: quanto maior for o grau de segurança associado a uma experiência de cuidados de saúde, maior será o nível de satisfação da pessoa alvo do cuidar.

Neste enquadramento conceptual serão abordados os conceitos que sustentam a realização deste projeto de intervenção: a qualidade em saúde e a segurança do doente. Será igualmente abordada a comunicação em saúde e os momentos de transição de cuidados, dado que estes são encarados como uma das maiores “ameaças” à segurança do doente conforme afirma a *Joint Commission* ao alegar que as falhas de comunicação entre prestadores de cuidados de saúde continuam a ser os eventos que mais propiciam a existência do erro e eventos adversos (Figueiredo, Potra & Lucas, 2019). A aplicação de ferramentas como a metodologia ISBAR na transição de cuidados, que é o *core* deste projeto de intervenção, terá especial enfoque neste enquadramento conceptual.

### **2.2.1. Qualidade em saúde**

A qualidade é, nos dias de hoje, um pilar fundamental em qualquer sector de atividade. No que respeita aos cuidados de saúde, a qualidade assume-se hoje em dia como um requisito essencial. Mais do que uma necessidade, a qualidade dos cuidados de saúde é, no quotidiano, uma premissa base,

algo que deverá ser subentendido, uma exigência por parte de quem os procura, e, invariavelmente, de quem os presta.

Numa perspetiva histórica, e segundo Carvalho, Sandenberg & Matos (2004) o processo de acreditação hospitalar teve início nos Estados Unidos em 1910. A acreditação hospitalar é ainda hoje considerada como um método de avaliação da qualidade, baseada em critérios definidos internacionalmente (SNS, 2017). Em 1950 foi fundada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (atualmente conhecida como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) que assumiu a responsabilidade pelo processo de acreditação das unidades hospitalares, baseado na tríade “avaliação, educação e consultoria”. Desde o início da década de 80 que, conforme constata Serapioni (2009), desenvolver e implementar programas de garantia da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação da OMS.

Em termos práticos, os finais da década de 80 marcam o emergir da preocupação com a problemática “custo-efetividade”, o que colocou na primeira página das agendas dos países questões relacionadas com a informação e divulgação de programas de promoção da qualidade dos cuidados de saúde. Ainda assim, importa referir que os princípios bioéticos da autonomia, beneficência e não maleficência, referenciais primordiais no que respeita à qualidade, norteiam há muito os cuidados de saúde.

Em Portugal, as questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde têm igualmente sido abordadas, através de diversas iniciativas governamentais e outras, bem como através de legislação.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada na Assembleia da República em 1990, afirmava a universalidade e equidade no acesso dos cuidados de saúde prestados no Sistema Nacional de Saúde (SNS), com especial enfoque na promoção da saúde e prevenção da doença (Sousa, 2009). Mais tarde, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde divulgada em 2009, visava promover uma cultura centrada na qualidade dos cuidados e serviços, estabelecendo prioridades estratégicas, tais como a qualidade clínica/organizacional, a informação transparente ao cidadão, a segurança do doente, a qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, a gestão integrada da doença e inovação, a gestão da mobilidade internacional de doentes e a avaliação/orientação das reclamações/sugestões dos cidadãos (Antunes, 2019).

Em 2013 é publicado o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, procurando afirmar que o acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito legítimo de todo e qualquer cidadão. Os ciclos de melhoria contínua, o desenvolvimento profissional e institucional, a monitorização e avaliação ganharam inequivocamente um novo impulso com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que sucedeu ao anterior, “fornece orientações para que os gestores do Serviço Nacional de Saúde em Portugal possam aplicar métodos, definir objetivos, e metas, com a finalidade de minimizar os riscos associados à prestação de cuidados de saúde” (Figueiredo et al, 2019: 36). O enfoque dado à qualidade e segurança dos cuidados de saúde é evidente.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado a 24 de Setembro 2021 em Diário da República, afirma como seu objetivo promover e consolidar a segurança da prestação de cuidados de saúde, especificamente no SNS, mas já contemplando contextos de cuidados modernos como o domicílio e a telessaúde, incrementando de forma ininterrupta práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Diário da República, 2021).

Para Carvalho et al (2004) a definição de qualidade em saúde é ampla e abrangente, tão mais ampla e abrangente quanto maior for a definição de saúde, o sentido de responsabilidade e o compromisso assumido pelos prestadores de cuidados. Assim, os atores envolvidos na prestação de cuidados estão permanentemente preocupados com as propriedades, benefícios e danos dos serviços prestados, desenvolvendo esforços para aferição e melhoria desses mesmos serviços. Ainda para os mesmos autores “A gestão da qualidade é a adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e resultados.” (Carvalho et al, 2004: 218). Já Fragata (2012) afirma que a qualidade em saúde se caracteriza pela aproximação entre o nível de cuidados e as expectativas dos destinatários dos mesmos.

Serapioni (2009, p.66) reafirma a ideia de Ortigosa (2000) quando afirma que “A qualidade implica a presença de culturas, competências e métodos de avaliação que se desenvolveram nos últimos 20 anos, quando a centralidade do cidadão foi reconhecida e incorporada nas administrações públicas e nos sistemas de saúde, superando as resistências das corporações administrativas e profissionais.”.

Os enfermeiros são, como é do conhecimento geral, os profissionais de saúde que mais tempo passam à cabeceira do doente. Neste sentido, diversos estudos foram realizados, por forma a conhecer

e compreender quais os fatores determinantes para a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal e no mundo. Todos eles apontavam para um facto inegável: os enfermeiros desempenham um papel fundamental na qualidade dos cuidados de saúde (Antunes, 2019), o que levou a Ordem dos Enfermeiros (OE) a criar e implementar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2001.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, já revistos em 2012, afirmam-se como um referencial da profissão de Enfermagem, um guia a seguir por todos os enfermeiros na sua prática. Com base em quatro conceitos chave, “saúde”, “pessoa”, “ambiente” e “cuidados de enfermagem”, os padrões de qualidade definidos pela OE atestam que a qualidade dos cuidados de enfermagem é visível através de enunciados descritivos, tais como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

A OE (2012) assume a qualidade em saúde como uma construção multiprofissional, e reafirma a enorme preocupação e contributo desta classe profissional para com a melhoria contínua dos cuidados de saúde em Portugal. No Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista (2019), e no que remete às competências comuns a todos os Enfermeiros Especialistas, há um compromisso inequívoco com a qualidade de cuidados quando se define a melhoria contínua da qualidade como domínio de intervenção do enfermeiro especialista, tornando-o assim agente dinamizador de iniciativas institucionais que promovam a melhoria da qualidade, devendo este colaborar proactivamente em programas de melhoria contínua (OE, 2019).

O conceito de qualidade em saúde assenta em múltiplas dimensões, tais como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a aceitabilidade e acessibilidade dos mesmos, e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade (Ministério da saúde, 2015).

### 2.2.2. Segurança do doente

Segundo Carlos (2019) a segurança do doente é um dos maiores desafios associados aos cuidados de saúde no século XXI, sendo impossível dissociar qualidade de cuidados de segurança dos mesmos. Definida pela OMS como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável” (Mendes & Barroso, 2014:198), a segurança do doente está atualmente na agenda dos países desenvolvidos como uma das principais metas a atingir, no que respeita aos cuidados e sistemas de saúde.

Em 2004 o *World Alliance For Patient Safety*, lançado pela OMS, tinha como objetivo promover a melhoria da segurança da pessoa em contexto de cuidados de saúde, desenvolvendo medidas transversais a todos os sistemas de saúde. Uma das medidas chave consistiu na criação de uma classificação internacional sobre a segurança da pessoa (Jacinto, 2019), que veio a ser adotada por diversos países, incluindo Portugal (DGS, 2011).

Em 2005 a OMS nomeia a *Joint Commission Internacional Center for Patient Safety*, cujo objetivo principal se prendia com a identificação de problemas na segurança da pessoa em contexto de cuidados de saúde e a criação de estratégias para resolução dos mesmos (Santos, Grilo & Andrade, 2010). Contando com a colaboração e o *feedback* de profissionais de saúde, grupos de especialistas, e outros elementos envolvidos no processo da prestação de cuidados (comunidade leiga) em mais de 100 países, esta comissão delineou vários objetivos para promover a segurança nos cuidados de saúde. O documento “*Nine Life-saving Patient Safety Solutions*”, resultante do trabalho da *Joint Commission Internacional Center for Patient Safety*, chama a atenção e sumariza o que foi aprendido sobre “onde”, “como” e “porque” acontecem eventos adversos em saúde (Santos et al, 2010).

Apesar da evolução das conjunturas e das revisões das metas propostas ao longo do tempo, o objetivo de promover uma comunicação eficaz surge, de forma transversal em todas estas iniciativas, e permanece atual no Plano Nacional para a Segurança do Doente de 2022 (*The Joint Commission*, 2021), o que enfatiza ainda mais a sua pertinência.

Em Portugal, seguindo a estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente, a DGS define a “segurança do doente” como a redução do risco de danos desnecessários, associados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, acedendo à noção coletiva em face do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e ao contexto da prestação de cuidados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (DGS, 2011). Por sua vez, o “dano



associado ao cuidado de saúde” é aquele que resulta ou surge ligado ao planeamento ou ação desenvolvida, no âmbito da prestação de cuidados, e não de uma doença ou lesão subjacente (DGS, 2011).

Portugal, tal como muitos outros países, definiu a segurança dos doentes como prioridade na saúde, tendo desenvolvido e implementado políticas específicas para o incremento de uma cultura de segurança do doente. A criação do Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) e do Conselho Nacional de Qualidade (CNQ) em 1999, a assinatura de um protocolo com o *King's Fund Health Quality Service*, e a publicação em 2000 do Manual de Acreditação Hospitalar, são disso mesmo exemplo. Em 2009 assistiu-se à criação do Departamento de Qualidade em Saúde, com o objetivo de promover uma cultura de melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente (Carlos, 2019).

O Plano Nacional para Segurança do Doente 2015-2020 e 2021-2026 são os mais recentes esboços de medidas a implementar em Portugal, visando cimentar a segurança da pessoa em contexto de cuidados de saúde, e afirmando o acesso a cuidados de saúde de qualidade, ao longo do ciclo vital, independentemente do nível de prestação, como um direito fundamental do cidadão (Diário da República, 2015). É igualmente reconhecida total legitimidade aos cidadãos para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo a segurança um dos elementos-chave da qualidade em saúde, essencial para estabelecer uma relação de confiança entre a população e o seu sistema de saúde.

A segurança dos doentes é uma componente fundamental no reforço dos sistemas de saúde, e é o caminho a percorrer para se alcançar a cobertura universal de saúde. Deste modo, requer colaboração e comunicação aberta entre as equipas multidisciplinares de cuidados de saúde, os doentes e as organizações de doentes, bem como entre as associações profissionais e outras partes interessadas (OMS, 2020).

Para Gonçalves (2018) a segurança do doente é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados, assumindo-se como sendo da responsabilidade dos vários atores envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, formadores, governo, ordens profissionais, entre outros. Fragata (2012) afirma que aspetos como a supervisão, comunicação, colaboração em equipa, coordenação e liderança são fundamentais na promoção de uma cultura de segurança do doente.

Ainda que os profissionais de saúde sejam geralmente associados a uma imagem de rigor, competência e conhecimento científico, não pode nunca ser negligenciado que o erro, involuntário e não premeditado, é inerente ao Homem, não estando os profissionais de saúde isentos de o poder

cometer. Um estudo recente “sobre a percepção geral do público acerca do erro médico e das suas implicações no qual participaram 25 países da União Europeia (UE), entre os quais Portugal, concluiu que 78 % dos inquiridos considera o erro médico um "problema grave no seu país" e que 28 % já viveu (diretamente ou num familiar próximo) consequências do erro de diagnóstico ou de tratamento.” (Santos et al, 2010:45).

O mesmo autor afirma ainda que “Um conjunto alargado de investigações sobre prevalência do erro nos cuidados de saúde, estima que entre 3 a 16 % dos doentes são vítimas de erros de tratamento que poderiam ser evitados.” (Santos et al, 2010: 45).

Fragata (2012) defende que a cultura de segurança assenta em três premissas base, uma cultura de aprendizagem em torno do erro, a notificação do erro, e uma cultura justa, entendida como não punitiva. Para o mesmo autor, a implementação bem-sucedida de uma cultura de segurança surge assim inequivocamente relacionada com a comunicação eficaz, com a existência de profissionais competentes e motivados que prestam cuidados segundo normas e procedimentos, baseados na mais atual evidência científica. A comunicação assume um papel de destaque enquanto elemento decisivo na segurança do doente.

### **2.2.3. Comunicação em saúde**

A preocupação com a existência de falhas de comunicação ao nível das entidades prestadoras de cuidados de saúde tem a sua origem na publicação do relatório do *Institut of Medicine – To Err is Human* (2000), constatando-se que a maioria dos erros e eventos adversos em contexto de cuidados se devem a causas organizacionais e não individuais, conforme se assumia até à data (Tranquada, 2013). Por sua vez, a *Joint Comission* alertou para o facto de que cerca de 60% dos eventos adversos que ocorrem em contexto de cuidados de saúde têm a sua origem na comunicação ineficaz (Müller, Jürgens & Redaelli, 2018).

A DGS (2017:4) define comunicação eficaz entre profissionais de saúde como sendo a “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.” Por sua vez Tranquada (2013:10) afirma que uma comunicação eficiente é aquela que “é atempada, precisa, completa, não ambígua e compreendida pelo recetor, reduzindo os erros e promovendo a segurança do utente.” Na comunicação eficaz a informação deve ser transmitida sem interrupções, de forma fidedigna, para que esta seja compreendida e assimilada (Tranquada, 2013), devendo incluir não só a troca verbal, mas

também outras formas de transmitir informação (recursos físicos, quadros, registos e sistemas eletrónicos).

Correia (2016) afirma que o leque de competências comunicacionais para uma comunicação efetiva devem incluir o saber ouvir, a capacidade de ajustar a linguagem às características do doente/família, a aptidão para realizar ensinamentos pertinentes, e a habilidade no registo sistemático da informação, nunca esquecendo a necessidade de estabelecer uma relação de ajuda, definida pela empatia. São estas competências comunicacionais que permitirão ao profissional de saúde interpretar e compreender mensagens emitidas pelo utente/família/cuidador, promovendo uma melhor interação e, conseqüentemente, a efetividade dos cuidados prestados (Pinto, 2018).

A prestação de cuidados de saúde requer um elevado grau de trabalho cognitivo, não só a nível individual, mas também no coletivo. A avaliação e distribuição dos recursos, a antecipação de eventos futuros, a especulação sobre os comportamentos mais adequados, a negociação para criar consenso e a partilha de decisões, importantes requisitos para a prestação de cuidados de qualidade e em segurança, só são possíveis caso ocorra uma sincronização entre pessoas, equipamentos, ferramentas e instalações. E otimizar esta sincronização depende, em larga escala, da forma como a comunicação se processa, sendo esta tão complexa como o domínio que pretende controlar (Tranquada, 2013).

A comunicação assume-se assim como um aspeto fundamental para garantir a continuidade de cuidados, contribuindo inequivocamente para a humanização, segurança e qualidade dos mesmos. “Não podemos falar em qualidade em saúde sem mencionar a qualidade da comunicação estabelecida entre profissionais/doentes e na interação entre os diversos profissionais, que são responsáveis pela segurança dos doentes” (Carlos:2019:13).

Diversos são os estudos que confirmam a enorme relevância que a comunicação eficaz tem na qualidade e segurança dos cuidados. Da mesma forma, todos eles confirmam a existência de falhas, dificuldades e barreiras que se interpelam. De acordo com Nogueira & Rodrigues (2015:637) é sabido “que os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente.” Os mesmos autores afirmam que as diferenças hierárquicas, as “lutas de poder” e os conflitos no contexto do trabalho em saúde influenciam diretamente o processo de comunicação, levando a que as categorias profissionais atuem de forma assíncrona, prejudicando trabalho em equipa.

Para Shahid & Thomas (2018) a comunicação em saúde é prejudicada por questões relacionadas com o predomínio de uma cultura de hierarquização, questões de gênero, educação e formação, *background* sociocultural, stress e níveis de fadiga dos profissionais de saúde. Os mesmos autores afirmam que os problemas da comunicação são multidimensionais, e que esta é afetada pelo uso da tecnologia, aspetos individuais, natureza da informação e por aspetos organizacionais.

Nogueira & Rodrigues (2015) alertam para a importância da formação específica em competências da comunicação, utilizada de forma transversal no seio da equipa multidisciplinar, como forma de mitigar todas estas dificuldades. A aposta passa igualmente por homogeneizar o processo de comunicação tornando-o comum, conhecido e acessível a todos os intervenientes.

#### **2.2.4. Transição de cuidados**

É nos momentos de transição de cuidados que a importância da comunicação ganha especial enfoque. Se, em toda a sua dimensão, a comunicação eficaz é desafiante e enfrenta inúmeros obstáculos, nos momentos de transferência de informação e responsabilidade sobre a pessoa alvo de cuidados este aspeto assume ainda mais destaque.

Os erros na comunicação entre profissionais de saúde, especialmente em momentos de transição de cuidados podem dar origem a graves consequências relacionadas com o comprometimento da segurança do doente: atrasos no tratamento, erros de terapêutica, quedas, incidentes com produtos hemoderivados, infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), entre outros (Stewart, 2016).

Como transição de cuidados entende-se “(...) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos. São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/inter instituições.” (DGS, 2017a:4).

A transição de cuidados é um momento vulnerável no que respeita à segurança do doente dado que lhe estão associados uma enorme complexidade e um maior risco de erro na transferência de informação. São disso mesmo exemplo os momentos em que ocorrem admissões de doentes ou altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e as mudanças de turno na mesma

instituição (DGS, 2017a). Importa ainda ressaltar que este aspeto assume ainda mais importância quando falamos do doente crítico. A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico pressupõe, pela sua complexidade, que estes sejam “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2010a:1)

A qualidade da comunicação dos momentos de transição é fundamental para a segurança do doente, relacionando-se diretamente com a melhoria da qualidade dos cuidados e com a diminuição de eventos adversos associados aos mesmos. Afigura-se igualmente essencial na humanização dos cuidados que tanto se procura, bem como no contributo para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o doente e o profissional de saúde.

No entanto, não raras vezes a comunicação é imprecisa, dando lugar a omissões, erros na transferência de informação, informação esta que acaba por ser transmitida com falhas, dificultando a organização do trabalho e o estabelecimento de prioridades nos cuidados (OE, 2017). Para Saias (2019) as constantes interrupções aos momentos em que decorre a transição de cuidados contribuem grandemente para informação imprecisa, incompleta ou até mesmo incorreta.

Outra das variáveis que se compreendeu contribuir para uma comunicação não efetiva nos momentos de transição de cuidados foi a ausência de um modelo ou estrutura formal que sustente o processo (Tranquada, 2013). Eaton (2010) afirma que apesar de a transição de cuidados ser um momento indispensável ao processo de prestação de cuidados esta não se afirma como uma prática baseada na evidência. Os profissionais de saúde desenvolvem as suas competências na transição de cuidados através da observação e repetição dos pares, sem componente reflexiva e igualmente sem avaliação do processo e dos resultados.

Neste contexto, considerando as medidas e recomendações adotadas a nível internacional, e assumindo a importância da comunicação efetiva como prioridade, constando no Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, a DGS, por proposta do Departamento de Qualidade em Saúde, apresenta uma norma relativa à transição de cuidados, a Norma 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que pretende guiar os profissionais e entidades prestadoras de cuidados de saúde nos momentos de transição de cuidados. Além de introduzir e esclarecer uma série de conceitos, a referida norma indica a metodologia “ISBAR” como ferramenta de eleição a utilizar nos momentos de transição de cuidados (DGS, 2017a).

### 2.2.5. Metodologia ISBAR

A comunicação é, desde sempre, um dos elos mais importantes e marcantes da evolução humana. “Neste sentido, esta manter-se-á sempre a par do desenvolvimento global e tecnológico, sendo que um depende do outro e são indissociáveis.” (Caselhas, 2020:27).

No seguimento do estudo e investigação acerca do impacto da comunicação em saúde, dos obstáculos a uma comunicação eficaz, e dos entraves mais comuns que a dificultam, verificou-se que a comunicação ineficaz se verifica em diversos contextos em saúde, mas é especialmente expressiva em ambientes onde é indispensável uma gestão rápida e eficaz, como os cuidados peri-operatórios, os cuidados intensivos e o serviço de urgência. Nestes contextos específicos, os componentes e processos de comunicação são complexos e mais propensos a erros (Müller et al, 2018). Esta afirmação corrobora a noção de que, quando relacionada com o doente crítico, a transição de cuidados deve ser assertiva, atempada, eficaz, sem lugar a perdas de informação, promovendo a continuidade dos cuidados sem sobressaltos. Ahn, Jang & Son (2021) afirmam que no ambiente de cuidados intensivos, a transição de cuidados, nomeadamente a que ocorre ao nível da passagem de turno de enfermagem, é essencial e decisiva para o processo de tomada de decisão e para garantir cuidados de alta qualidade, seguros e com continuidade ao doente crítico.

A evidência científica sugere que o recurso a ferramentas que permitam a estruturação e padronização dos momentos de transição de cuidados (como é o caso da passagem de turno de enfermagem) melhoram a qualidade desses mesmos momentos de transição, com impacto direto na estabilidade e prognóstico do doente (Burgess, Diggele & Roberts, 2020).

O método *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) teve a sua origem na prática da Marinha Americana, tendo sido utilizado para estabelecer comunicação entre submarinos nucleares (Tranquada, 2013). Segundo descrição do autor, é em 2002 que se inicia a sua aplicação em alguns contextos de prestação de cuidados nos Estados Unidos, sendo que a sua afirmação e divulgação acontece a partir de 2006, altura em que a *Joint Comission* estabelece o objetivo de melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, determinando que as instituições prestadoras de cuidados deveriam adotar uma abordagem normalizada e padronizada no processo de comunicação e transição de informação (Tranquada, 2013). Nas últimas décadas a metodologia SBAR e todas as suas derivações (ex.: ISBAR, ISOBAR) afirmaram-se como as metodologias preferidas para momentos de transição de cuidados, especificamente para as passagens de turno, recomendadas pela OMS e pela *Joint Comission* (Pakcheshm, Bagheri & Kalani 2020).

De acordo com a norma da DGS nº001/2017 – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde, a mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória que permite memorizar construções complexas através de uma forma simplificada, sendo que as respetivas iniciais correspondem a:

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

Na figura em baixo é possível observar o modelo explicativo da metodologia ISBAR (figura 1):

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

Figura 1- Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017a)

A metodologia ISBAR é um instrumento de padronização comunicacional em saúde, reconhecido como promotor da segurança do doente durante a transição dos cuidados de saúde (DGS, 2017a). Nogueira & Rodrigues (2015) afirmam que a metodologia ISBAR provê estrutura para a comunicação entre os profissionais de saúde, permitindo que estes antecipem os próximos passos, alterando o seu modelo mental, se necessário.

Além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, estimula o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação, facilitando a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017a). É igualmente aplicável a todos os contextos de cuidados, sem prejuízo da particularidade dos mesmos, tendo inicialmente sido utilizada para situações de comunicação interprofissional “enfermeiro-médico”, como por exemplo para reportar a deterioração da condição do doente (maioritariamente via telefone), rapidamente se compreendeu a sua aplicabilidade a todos os contextos de transição de cuidados, especificamente à passagem de turno de enfermagem.

O seu principal contributo passa pela sua fácil memorização e utilização pelos profissionais, e também a possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados. A metodologia ISBAR é igualmente vantajosa porque se afigura como uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, precisa e clara. (DGS, 2017a).

Ainda que os benefícios e vantagens da implementação e utilização da metodologia ISBAR surjam claramente evidenciados na literatura disponível, importa referir que a sua correta utilização requer formação, tempo, prática e feedback (Burgess et al, 2020). A implementação da metodologia ISBAR, apesar de muito vantajosa, pode ser desafiadora. Os benefícios e desafios à implementação da metodologia ISBAR são visíveis no quadro abaixo (quadro 1):



Benefícios da metodologia ISBAR	Desafios à implementação metodologia ISBAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir as falhas e imprecisões nos momentos de transição de cuidados;</li> <li>- Diminuir o tempo alocado aos momentos de transição de cuidados sendo estes mais eficazes;</li> <li>- Estimular a confiança dos intervenientes na transição de cuidados, permitindo a recomendação de intervenções, incentivando o profissionalismo e o trabalho em equipa;</li> <li>- Estimular a que o foco seja mantido no doente e nos seus problemas de saúde em detrimento dos intervenientes no momento da transição de cuidados;</li> <li>- Permitir rápido acesso à informação quando utilizado em suporte escrito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumarizar informação de acordo com a mnemónica pode assemelhar-se difícil para profissionais com menos experiência profissional;</li> <li>- Risco de interrupção do processo, comprometendo a sequência da transmissão de informação;</li> <li>- Necessidade de formação sobre a metodologia e utilização prática repetida, com necessidade de <i>feedback</i>.</li> </ul>

Adaptado de “*Teaching Clinical Handover with ISBAR*” (Burgess et al, 2020)

Os enfermeiros assumem, no exercício das suas funções, um papel preponderante e essencial na dinâmica dos cuidados de saúde à população. São agentes proactivos no que à segurança do doente diz respeito, e a sua prática assenta numa forte dimensão ética, técnica e científica, atendendo ao cumprimento da deontologia e dos regulamentos específicos da profissão de Enfermagem. Neste sentido, assume-se como de enorme importância que a transmissão de informação relativa aos cuidados de enfermagem ocorra de forma formal, devendo ser um momento marcado por uma comunicação efetiva (OE, 2017).

A passagem de turno dos enfermeiros é exemplo claro de um momento de transição de cuidados. Para a Ordem dos Enfermeiros “a passagem de turno surge, como uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal da informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, mas também, um momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente um momento de formação em serviço/em situação.” (OE, 2017:1)

A utilização da metodologia ISBAR é uma forma prática de melhorar o desempenho dos enfermeiros na transição de cuidados. É importante que as organizações e as chefias de enfermagem o reconheçam, promovendo mudanças positivas no que respeita à prática da enfermagem e à qualidade dos cuidados prestados. É igualmente essencial que a formação direcionada aos estudantes de enfermagem tenha início de forma precoce, sensibilizando-os desde início para a importância da padronização dos momentos de transição de cuidados, e do seu impacto direto na segurança e bem-estar do doente (Pakcheshm, Bagheri, & Kalani, 2020).

Estudos desenvolvidos por Padgett (2018) e por Campbell & Dontje (2018) confirmam uma melhoria na comunicação entre os enfermeiros após a implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados. Estes estudos veiculam a noção de que a utilização desta ferramenta impediu a perda de informação associada à transição de cuidados, sustentando a eficácia na prática, e comprovando uma mudança positiva.

Para Hilda, Setiadi & Wahyuni (2018) existe uma relação direta entre a utilização da metodologia ISBAR e a cultura de segurança do doente. A metodologia ISBAR é uma ferramenta poderosa, de fácil memorização, ideal para dar suporte a momentos de transição de cuidados, tal como a passagem de turno de enfermagem. Os mesmos autores afirmam ainda que a metodologia ISBAR promove o trabalho de equipa, uniformizando a linguagem e o raciocínio durante a transição de cuidados, facilitando o diagnóstico de situações que requeiram intervenção imediata, promovendo assim uma atuação atempada e assertiva. É com base em toda esta evidência, e assente na premissa da necessidade de implementar uma cultura de segurança que surge e se desenvolve o Projeto de Intervenção no Serviço de Cardiologia/UCIC.

### **2.3. Projeto de Intervenção**

A transição de cuidados em saúde é hoje assumida como um momento de extrema importância para a segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados, mas também como um momento marcado pela vulnerabilidade, probabilidade de ocorrência de erros e falhas que condicionam obrigatoriamente as premissas acima referidas.

Mannix, Parry & Roderick (2017) afirmam que as armadilhas de uma comunicação ineficiente estão bem documentadas na literatura. Estas levantam questões relacionadas com o atraso no

diagnostico médico, eventos adversos e prescrições/terapêutica ineficazes ou incorretas. Como fator agravante, assume-se que as falhas de comunicação originam quebra/falta de confiança na relação entre o doente e prestador de cuidados, podendo mesmo culminar em situações de conflito, colocando inequivocamente a segurança do doente em causa.

Conforme já descrito no enquadramento conceptual, diversos estudos indicam que a padronização da transição de cuidados, especificamente da passagem de turno dos enfermeiros, está indicada, no sentido em que a mesma permite diminuir consideravelmente o erro, promover a transmissão de informação de forma sequencial, minimizando interrupções e divergências na linguagem, maximizando assim a comunicação entre profissionais em prol da segurança e bem-estar do doente.

Em Portugal, e desde 2017, a DGS preconiza a utilização da ferramenta ISBAR nos momentos de transição de cuidados, afirmando que a mesma deve ser pautada por uma comunicação eficaz na transferência de informação entre prestadores de cuidados, promovendo assim a segurança do doente (DGS, 2017a).

### **2.3.1. Diagnóstico de Situação**

O Diagnostico de Situação é a primeira etapa da Metodologia de Projeto em saúde (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010). Pretende-se que esta fase ocorra de forma contínua, diligente, permanentemente atualizável, com o intuito de permitir uma efetiva alteração e melhoria da realidade onde se pretende intervir, visando sempre atender às necessidades de saúde da população.

O Diagnóstico de Situação prevê um levantamento de necessidades, o que para Ruivo et al (2010) engloba os conceitos de causalidade e evolução prognóstica. As necessidades podem ser classificadas em reais (quando identificadas pelos profissionais de saúde) e em expressas e não expressas. Ruivo et al (2010) defende que um projeto em saúde deve ser sustentável e capaz de ocasionar benefícios num período de tempo continuado. O diagnóstico de situação prevê a identificação dos problemas quantitativos e qualitativos, o reconhecimento das causas prováveis, e a definição de prioridades e estratégias, selecionando-se igualmente os recursos e grupos intervenientes (Ruivo et al, 2010).

### **2.3.1.1. Procedimentos**

Para a identificação das necessidades deste Projeto de Intervenção procedeu-se à realização de uma entrevista não estruturada com a Enfermeira Chefe do Serviço e a Enfermeira Orientadora, onde a necessidade de implementar a Metodologia ISBAR durante as passagens de turno de enfermagem, conforme indicação da Norma 001/2017 da DGS - Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde foi identificada. A aplicação da metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados e a norma supracitada surgem no contexto do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, como forma de dar resposta a dois objetivos estratégicos delineados: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno e aumentar a segurança da comunicação (Diário da República, 2015). A mesma preocupação permanece visível no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, em que a cultura de segurança continua a ser o primeiro pilar de suporte deste plano estratégico (Diário da República, 2021).

Através da observação estruturada não participante de dez passagens de turno, utilizando como ferramenta de avaliação o Instrumento de Auditoria da Norma 001/2017 da DGS (Anexo I), e verificando-se que todos os critérios de avaliação se encontravam por atingir, confirmou-se a necessidade de implementação da mesma à realidade do Serviço de Cardiologia/UCIC.

Foi também elaborada uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) o que permitiu uma mais profunda análise reflexiva sobre os pontos fortes e dificuldades associados a este tema. A análise SWOT foi desenvolvida por Kenneth Andrews e Roland Christensen. O termo SWOT resulta do somatório das iniciais das palavras Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças), e permite às empresas/organizações definirem estratégias de crescimento, consolidação e atingimento de metas (Valim, Guidinelli & Gonçalves 2010). A tabela em baixo (tabela 1) apresenta a análise SWOT respetiva:

	<b>Strengths (Pontos Fortes)</b>	<b>Weaknesses (Pontos Fracos)</b>
<b>Internos (Serviços)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temática relacionada com a Segurança do Doente;</li> <li>- Temática pertinente no contexto de estágio;</li> <li>- Pertinência do tema sustentada por evidência científica;</li> <li>- Não utilização da metodologia ISBAR (incumprimento da norma 001/2017 da DGS);</li> <li>- Melhoria da prestação de cuidados com base numa transição de cuidados efetiva, prevenindo eventos adversos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não adaptação à matriz/instrumento padronizado de passagem de turno;</li> <li>- Hábitos de transmissão de informação na passagem de turno muito enraizados;</li> <li>- Risco de desmotivação da equipa.</li> </ul>
	<b>Opportunities (Oportunidades)</b>	<b>Threats (Ameaças)</b>
<b>Externos (Instituição Hospitalar e ambiente externo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contributo efetivo para a cultura de segurança no serviço, em conformidade com o Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020;</li> <li>- Temática inserida nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros;</li> <li>- Existência da norma 001/2017 da DGS</li> <li>- Problemática que afeta os demais serviços de internamento da instituição hospitalar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevado grau de rotatividade de doentes críticos na UCIC com necessidade de constante atualização da matriz/instrumento padronizado.</li> </ul>

Fonte: o próprio

### 2.3.1.2. Definição de objetivos

A definição de objetivos é a segunda etapa da Metodologia de Projeto. A definição de objetivos, gerais e específicos, visa traduzir os resultados a atingir com a implementação do projeto. Para Ruivo et al (2010) os objetivos gerais assumem-se como enunciados de intenções dos resultados esperados. Permitem selecionar conteúdos, metodologias e verificar progressos. Dizem normalmente respeito a competências complexas e genéricas. Para a mesma autora, os objetivos específicos são, por sua vez, a forma de avaliar um objetivo geral. Os objetivos específicos são, pois, indicadores de conhecimentos e aptidões adquiridos, podendo mesmo afirmar-se que quanto mais forem os objetivos específicos mais complexo de atingir será o objetivo geral (Ruivo et al, 2010). Importa ainda ressaltar que os objetivos devem ser definidos de forma rigorosa e precisa, evitando posteriormente problemas na etapa da avaliação dos resultados, e facilitando o direcionar de esforços e meios para que os mesmos sejam alcançados.

Assim sendo, foram definidos os objetivos e plano estratégico para a implementação do Projeto de Intervenção (PI) no contexto de estágio, sendo o objetivo geral:

-Implementar a Metodologia ISBAR no Serviço de Cardiologia/UCIC.

Num âmbito mais preciso e procurando dar forma ao objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição de cuidados, nomeadamente da passagem de turno, e da sua padronização;

-Introduzir a metodologia ISBAR e a Norma DGS 001/2017 - “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”;

-Elaborar e apresentar um instrumento de passagem de turno baseado na metodologia ISBAR;

- Aplicar o instrumento de passagem de turno baseado na metodologia ISBAR às passagens de turno do Serviço de Cardiologia/UCIC

### **2.3.1.3. Considerações éticas**

A ética é a reflexão que é estabelecida na análise dos valores, princípios e regras morais, perante os dilemas que surgem (Freitas, Oguisso & Fernandes,2010). Quando, no domínio da Enfermagem se aborda ética, é imprescindível que sejam tidos em consideração as especificidades desta atividade profissional, sempre na perspetiva do seu desenvolvimento.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) mostram que “no exercício das suas funções, os Enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015a:101).

A profissão de enfermagem obedece a um Código Deontológico que deve nortear a prática de cuidados de todos os enfermeiros. Considera-se que a Deontologia de Enfermagem se assume como uma vasta e poderosa base de sustentação da ação profissional do enfermeiro. A sua utilização e

chamada à prática diária dos cuidados é assim considerada como o caminho a seguir, na procura do melhor agir profissional dos enfermeiros, alicerçando as suas tomadas de decisão e atitudes (OE, 2015b).

No intuito de dar cumprimento a todos os requisitos formais, éticos e deontológicos associados à implementação deste projeto de intervenção, foi realizado um pedido à Comissão de Ética da UHST (Anexo II), bem como à Comissão de Ética, Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo III), com vista à autorização da realização do mesmo. De referir que se obteve um parecer positivo por parte de ambas as entidades. Importa ainda ressaltar que foi previamente solicitado consentimento ao Diretor de Serviço e Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia/UCIC da UHST (Anexo IV), e que foi assegurado o Consentimento Informado dos profissionais de enfermagem que intervieram nas passagens de turno observadas, tendo sido garantido o anonimato e confidencialidade (Apêndice I).

### **2.3.2. Planeamento**

“O planeamento é a terceira fase do ciclo de vida do projeto, em que é elaborado um plano detalhado do projeto” (Ruivo et al, 2010: 20). Deve proceder-se ao levantamento de recursos e reconhecimento de possíveis limitações ou condicionantes à implementação do projeto. Devem ainda definir-se as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas a utilizar bem como esboçar um cronograma. O cronograma (Apêndice II) pode e deve ser atualizado no decurso no projeto de intervenção. Importa referir que a escolha das atividades a desenvolver se correlaciona diretamente com os objetivos traçados (Ruivo et al: 2010). Neste subcapítulo, apresentam-se sumariamente as atividades planeadas, sendo posteriormente desenvolvidas na etapa da execução.

Desta forma, e tendo em conta o objetivo específico “Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição de cuidados, nomeadamente da passagem de turno, e da sua standardização” foram planeadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da transição de cuidados segura;
- Reflexão crítica em conjunto com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora acerca dos aspetos chave da temática;

- Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem, onde se aborde o conceito de transição de cuidados e sua importância, bem como as suas fragilidades e obstáculos mais comuns;

- Reflexão crítica em conjunto com os enfermeiros do Serviço de Cardiologia/UCIC, durante os momentos de passagem de turno, sobre possíveis inconstâncias na prática atual, com vista a promover uma melhoria da transição de cuidados, fomentando a segurança do doente e dos profissionais.

Relativamente ao objetivo “Introduzir a metodologia ISBAR e a Norma DGS 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, foram planeadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados;

- Estudo aprofundando da norma da 001/2017 da DGS- Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde;

- Reflexão crítica em conjunto com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora acerca dos componentes mais relevantes da norma da DGS e sua aplicação à realidade do Serviço de Cardiologia/UCIC;

- Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem com introdução e explicação da norma supracitada, refletindo sobre a pertinência da sua aplicação à realidade dos cuidados.

Os dois últimos objetivos específicos delineados prendem-se diretamente com a necessidade de mudar a prática diária, no que respeita à passagem de turno como momento chave da transição de cuidados. Assim, para “Elaborar e apresentar um instrumento de passagem de turno baseado na metodologia ISBAR” e “Aplicar o instrumento de passagem de turno baseado na metodologia ISBAR às passagens de turno do Serviço de Cardiologia/UCIC” foram definidas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a transição de cuidados segura;

- Observação da passagem de turno no Serviço de Cardiologia/UCIC, de forma a definir aspetos específicos e essenciais que devem integrar a matriz/instrumento padronizado de passagem de turno;

- Auscultação e colheita de informação/sugestões, junto da Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e restantes Enfermeiros Especialistas do Serviço de Cardiologia/UCIC sobre aspetos essenciais a integrar na construção da matriz/instrumento padronizado de passagem de turno;



- Elaboração uma matriz/instrumento padronizado (para a passagem de turno) adaptado à realidade do Serviço de Cardiologia/UCIC, alicerçado na metodologia ISBAR, definida pela DGS;

- Realização de Sessão de formação à equipa de enfermagem, onde seja apresentada a referida matriz/ instrumento padronizado adaptado à realidade do Serviço de Cardiologia/UCIC;

- Recolha de sugestões de melhoria do instrumento, junto dos enfermeiros da equipa do Serviço de Cardiologia/UCIC;

- Inclusão dos aspetos pertinentes sugeridos pela equipa de enfermagem na matriz/instrumento elaborado;

- Aplicação do instrumento padronizado na passagem de turno, de forma definitiva, já incluindo as sugestões para melhoria do mesmo;

- Reformulação do instrumento padronizado de passagem de turno sempre que seja necessário e justificável.

### **2.3.2.1. Orçamento**

No orçamento estão descritos os recursos financeiros, humanos, físicos e materiais necessários para a realização do projeto, tendo em conta as estratégias/atividades realizadas. Assim, em relação aos:

- Recursos Materiais: Papel para a impressão do consentimento informado, Norma 001/2017, proposta de matriz/instrumento padronizado para a passagem de turno e questionário de avaliação da formação a fornecer individualmente aos enfermeiros durante a sessão de formação; recursos audiovisuais (computador, projetor);
- Recursos Humanos: Investigador e Equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCIC;
- Recursos Físicos: Gabinete de enfermagem (onde se realiza a passagem de turno)

- Recursos Financeiros: Os gastos financeiros expectáveis para a realização deste projeto de intervenção prendem-se essencialmente com os materiais consumíveis, nomeadamente a impressão dos documentos referidos, estando os custos a cargo do investigador, não estando previstas outras despesas financeiras.

### **2.3.2.2. Previsão de possíveis constrangimentos e estratégias para os colmatar**

Neste item encontram-se descritos alguns constrangimentos possíveis à implementação do projeto de intervenção, bem como as estratégias delineadas para os ultrapassar. Foram identificados os seguintes constrangimentos/estratégias para os colmatar:

- Escassez de tempo para aplicar e desenvolver o trabalho projetado: procurar cumprir o cronograma de forma rigorosa;

- Adesão da equipa à sessão de formação planeada: realizar várias sessões de formação no serviço, antecedendo o momento da passagem de turno, de forma a abranger a maioria da equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCIC.

### **2.3.3. Execução**

A etapa da execução “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo et al, 2010: 23). É o estadio mais trabalhoso do projeto, mas também o mais proveitoso, dado que se preveem alcançar diversos benefícios no âmbito da aprendizagem, resolução de problemas, aquisição de competências e melhoria da prática diária da prestação de cuidados. É essencial que o investigador assuma um papel ativo na motivação dos elementos participantes bem como na dinamização da implementação do projeto.

A etapa da execução é definida pela materialização do projeto, onde tudo o que foi planeado deve assumir um carácter prático (Ruivo et al, 2010). Durante a fase da execução estão previstas alterações ao que foi planeado anteriormente, todavia estas alterações devem ser levadas a cabo com equilíbrio e ponderação, de forma que os objetivos iniciais do projeto não sejam comprometidos (Ruivo et al, 2010).

Conforme já referido, foi solicitada autorização ao Diretor de Serviço e Enfermeira Chefe para a implementação do Projeto de Intervenção, tendo sido igualmente solicitada autorização ao Conselho de Administração da UHST através da sua Comissão de Ética.

A pesquisa bibliográfica e constante atualização, no que respeita a evidência científica sobre comunicação eficaz, transição de cuidados segura e benefícios da standardização de cuidados foram uma constante durante todo o desenvolvimento do PI, especialmente na fase de execução. Estas atividades permitiram uma maior capacidade de intervenção junto dos enfermeiros do Serviço de Cardiologia/UCIC, com vista à sua sensibilização sobre estas temáticas.

Por sua vez, a construção da matriz/instrumento padronizado para aplicação nas passagens de turno, alicerçado na metodologia ISBAR, teve em conta vários aspetos, tais como a observação de vários momentos de transição de cuidados, entre eles a passagem de turno, o acompanhamento do doente desde a admissão até à alta, no decorrer normal das atividades do estágio, e também a partilha e reflexão com a equipa sobre os contributos de uma transição de cuidados eficaz para a segurança do doente e dos profissionais. Realizou-se ainda a aferição, com a Enfermeira Chefe, a Enfermeira Orientadora e alguns Enfermeiros Especialistas do serviço, de aspetos essenciais a constar da matriz/instrumento padronizado, de forma a torná-lo adequado às necessidades, especificidades e focos de intervenção do Serviço de Cardiologia/UCIC.

A matriz/instrumento padronizado foi assim elaborado baseando-se na Norma 001/2017 da DGS, seguindo a metodologia ISBAR, procurando atender às especificidades da realidade de cuidados do contexto de estágio (Apêndice III). De acordo com a DGS (2017a:4) a mnemónica ISBAR é um “auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas”, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações. Assim, e no que respeita à informação que deverá constar em cada item, a matriz/instrumento padronizado procurou respeitar as indicações fornecidas pela norma, adequando-a ao contexto específico da transição de cuidados ao doente crítico cardíaco.

A matriz/instrumento padronizado conta com seis colunas individualizadas, respeitantes a cada doente internado no Serviço de Cardiologia/UCIC. A primeira coluna comporta informação sobre o número da cama de internamento, a data e a hora da admissão. A segunda coluna respeitante à letra “I” (Identificação) da mnemónica ISBAR, visa abranger a informação a mencionar na transição de cuidados respeitante ao nome e idade do doente internado, e também sobre os dados de identificação

e contacto do familiar/cuidador de referência. A terceira coluna destinada à **Situação Atual**, abarca informação relacionada com o motivo de admissão, sinais e sintomas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica já realizados que auxiliaram no diagnóstico. Foi sugerido pela Enfermeira Chefe que ainda na terceira coluna fosse contemplada informação relativa à colheita de espécimes realizada até ao momento (informação de grande relevo dada a situação pandémica em que nos encontramos, especificamente em relação à data e hora da realização de Teste PCR SARS COV 2 anterior à admissão no serviço, com vista ao cumprimento do protocolo de testagem da instituição), sendo que esta sugestão foi obviamente aceite e incluída no instrumento. A quarta coluna (“**B**” - **Background**) destina-se a informação de relevo sobre os antecedentes pessoais de saúde do doente e também à transmissão de informação sobre a terapêutica de ambulatório do mesmo. A quinta coluna diz respeito à **Avaliação do doente**. Na sua elaboração foi definido que a avaliação deverá ser feita com base no algoritmo *ABCDE*, por ser aquele que mais se adequa ao doente crítico. A abordagem *ABCDE* (*Airway, Breathing, Circulation, Disfunction, Exposure*) no doente crítico tem como objetivo identificar e intervir nos focos de maior instabilidade e ameaça à vida (Peate & Brent, 2021), facilitando a avaliação e transmissão de informação rápida e precisa sobre aspetos específicos. São exemplo disso a existência de adjuvantes da via aérea, necessidade de ventilação invasiva ou não invasiva e respetiva parametrização, existência de dispositivos venosos centrais, dispositivos de monitorização invasiva, presença de TRband (dispositivo usado na hemóstase pós punção arterial) e protocolo associado, necessidade de suporte aminérgico, entre outros. Na coluna correspondente à **Avaliação** incluiu-se também um item destinado à informação sobre o autocuidado e grau de dependência nas atividades da vida diária do doente crítico, tal como sugerido pelos colegas e por um dos Enfermeiros Especialistas em EMC do serviço. Esta sugestão foi unânime e prontamente aceite, e tornou inquestionavelmente este instrumento mais rico e adequado à prática diária dos cuidados. A sexta e última coluna destina-se à informação a transmitir no que respeita às **Recomendações**. É um importante guia para a continuidade dos cuidados, fazendo a ponte com o Plano de Cuidados de Enfermagem. Neste item as intervenções planeadas no plano de cuidados podem e devem ser incluídas. A preparação para exames/elaboração da respetiva *Checklist*, os protocolos terapêuticos, a necessidade de isolamento, a preparação da alta/referenciação a especialidades de apoio, o protocolo/data de testagem para SARS COV 2 e o planeamento temporal de mudança de dispositivos (cateteres venosos centrais, periféricos, linhas artérias, cateteres vesicais entre outros) são itens que encontram destaque nas **Recomendações**.

Foi igualmente elaborado um guia de apoio com a mnemónica ISBAR (adaptado da Norma 001/2017 da DGS) que ficará disponível para consulta na sala de passagem de turno, e que poderá ser uma importante ferramenta de apoio numa fase inicial de adaptação a esta metodologia de transição de cuidados (Apêndice IV).

A sessão de formação (Apêndice V) foi de uma enorme importância, não só pela oportunidade de dar a conhecer à equipa este projeto de intervenção, mas também pela partilha, reflexão conjunta e recolha de contributos e sugestões dos enfermeiros do Serviço de Cardiologia/UCIC. Foi igualmente elaborada e entregue a cada enfermeiro, no início da sessão de formação, uma pasta com documentos alusivos ao projeto (Norma 001/2017 da DGS, exemplar da matriz de passagem de turno, exemplar do documento de apoio com mnemónica ISBAR, diapositivos da sessão de formação, consentimento informado, instrumento de avaliação da sessão de formação). Pode assim afirmar-se que todas as intervenções propostas na fase de planeamento foram efetuadas e adaptadas durante a fase de execução.

#### **2.3.4. Avaliação e Divulgação dos resultados**

A avaliação é a última etapa da metodologia de planeamento em saúde. É nesta fase que se verifica a consecução dos objetivos definidos na segunda etapa da metodologia (Ruivo et al, 2010). É importante referir que a avaliação deverá ser desenvolvida ao longo da execução do projeto, permitindo assim a melhoria constante e a efetividade da sua implementação. Esta avaliação de forma continuada permite redefinir, de forma constante, a análise de situação, os objetivos delineados, e também adequar continuamente os meios e estratégias de atuação (Ruivo et al, 2010). A etapa da avaliação difunde múltiplas vertentes de análise e reflexão. É através dos instrumentos de avaliação, definidos num estadio inicial do projeto, que se torna possível avaliar de forma rigorosa e evidente o cumprimento dos objetivos delineados (Ruivo et al, 2010).

No que respeita à avaliação da sessão de formação em serviço, foi disponibilizado aos participantes o instrumento de avaliação da instituição (Apêndice VI). De ressaltar a verificação de uma avaliação claramente positiva, destacando-se a maioria dos itens do instrumento com classificações entre os níveis Bom e Muito Bom.

Relativamente à avaliação do Projeto de Intervenção, a mesma foi desenvolvida através da observação estruturada não participante de seis passagens de turno, escolhidas aleatoriamente, nas

últimas duas semanas de estágio, após a realização da sessão de formação à equipa e da recolha e incorporação dos contributos dos enfermeiros do serviço, relativos à matriz/instrumento padronizado. Recorreu-se novamente ao Instrumento de Auditoria da Norma 001/2017 da DGS como meio de avaliação (Anexo I). Verificou-se que a equipa do Serviço de Cardiologia/UCIC aderiu à passagem de turno com base na metodologia ISBAR, confirmando-se a utilização da matriz/instrumento padronizado desenvolvido em todos os turnos, para todos os doentes internados. Verificou-se também que, no que respeita aos critérios de avaliação do referido Instrumento de Auditoria, houve um aumento notório do índice de conformidade, e que apenas o item nº7 (“A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013) não é ainda aplicável à realidade do serviço (DGS,2017a).

Mantendo a noção de que os ajustes necessários a esta ferramenta não findam porque o estágio termina, foi fornecida toda a informação recolhida, bem como o documento editável da matriz/instrumento de passagem de turno, e a sessão de formação à Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia/UCIC, para que novos melhoramentos e ajustes sejam possíveis no futuro, sempre com vista a promover uma comunicação eficaz e uma transição de cuidados segura.

A divulgação dos Resultados obtidos após a implementação dum projeto é uma fase importante, na medida em que permite que a comunidade em geral conheça todo o percurso que permitiu chegar à resolução do problema e à concretização dos objetivos propostos (Ruivo et al, 2010).

A divulgação de resultados deve ser encarada como um dever ético de todo e qualquer investigador. Como tal, esta fase deve ser transparente no que toca à informação pertinente acerca do projeto, e devendo mencionar igualmente os aspetos negativos e limitações encontradas no decurso do mesmo. Só assim se permite que o conhecimento avance, assumindo-se que este estudo servirá de guia em estudos futuros (Martins, 2008), afirmando a prática com a base científica produzida (Fortin, 1999). Esta fase pode ser consumada de várias formas, como “a publicação em formato papel ou eletrónica, às comunicações ou pósteres em eventos científicos” (Martins, 2008: 66). A elaboração do presente relatório de estágio e a respetiva defesa pública são igualmente afirmados como meios de divulgação dos resultados obtidos neste Projeto de Intervenção.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A presente etapa deste Relatório destina-se à descrição e análise de todo o trabalho desenvolvido durante a UC “Estágio Final”, com especial enfoque na reflexão crítica acerca das atividades planejadas para aquisição de competências, tendo como referencial a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem e o título de Enfermeiro Especialista na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC).

Nas palavras de Zarifian (1999) competência é a inteligência prática perante situações que carecem de resolução. A competência assenta nos conhecimentos adquiridos, transformando-os na medida da complexidade dessas mesmas situações. A competência do indivíduo não é um estado, não sendo por isso possível reduzi-la a um conhecimento específico (Fleury & Fleury, 2001).

Por sua vez Le Boterf (1995) caracteriza a competência definindo-a como estando no cruzamento entre três eixos: o primeiro eixo formado pela pessoa (história de vida), o segundo pela sua formação académica e o terceiro pelo seu percurso profissional. Para o mesmo autor, competência é um saber agir responsável, que deve ser validado pelos pares. Segundo esta lógica, o enfermeiro que procura adquirir competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista tem de ser hábil no mobilizar, integrar e no transmitir dos conhecimentos, recursos e aptidões, no seu contexto profissional específico.

Para a OE a aquisição de competências alicerça-se numa base de conhecimento e, cumulativamente no fundamental juízo sistemático das melhores práticas. Só assim é possível ao enfermeiro a tomada de decisões fundamentadas (OE, 2012). Patricia Benner (2001) afirma que a experiência é o caminho para a perícia quando confrontada com a reflexão sistemática, e fundamentada na mais recente evidência científica.

Os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem, querem-se cada vez mais diferenciados e especializados, de forma a dar resposta aos desafios lançados pela evolução dos tempos, da sociedade, pelos avanços da medicina e da ciência. É esperado que os cuidados de saúde saibam ser adequados a todos e a cada um, no seu contexto unipessoal, de forma holística, buscando uma eficaz transição da doença para a saúde, otimizando o estado de saúde de cada indivíduo. Neste sentido, o enfermeiro especialista deve ser detentor de competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados (Diário da República, 2019).

Neste capítulo serão apresentadas as competências de mestre e as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista EMC-PSC, numa perspetiva centrada na análise reflexiva da sua abrangência e aquisição ao longo deste percurso. De salientar a marcada simbiose entre elas, que será comprovada na sua descrição e análise.

### **3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

No seguimento do que já foi referido anteriormente, afirma-se que os cuidados de enfermagem devem consolidar-se como sendo cada vez mais diferenciados e especializados, de forma a dar resposta aos desafios lançados pela evolução dos tempos, da sociedade, pelos avanços da medicina e da ciência. É assim efetivamente expectável que os cuidados de enfermagem saibam ser adequados ao indivíduo, no seu contexto unipessoal, de forma holística, buscando uma eficaz transição da doença para a saúde, otimizando o seu projeto de saúde. O enfermeiro especialista é, assim, aquele a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas para assegurar cuidados de enfermagem especializados (Diário da República, 2019).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista compreendem diversas esferas, tais como a da educação (do utente e dos pares), a da orientação, aconselhamento e liderança, bem como a premissa de promover e desenvolver investigação relevante, que permita o avanço científico da prática de enfermagem. (Diário da República, 2019). Este conjunto de competências comuns é transversal a todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da área de especialidade, e conserva congruência na superior capacidade de planeamento, execução e gestão e supervisão de cuidados.

A descrição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista seguirá a ordem descritiva disposta em Diário da República (2019), bem como a sua nomenclatura, dado ser este o documento mais recente contendo a sua apresentação, definição e abrangência.

Neste capítulo do relatório a narrativa será efetuada na primeira pessoa do singular, dado que se trata de um trecho com carácter reflexivo, onde serão relatadas experiências profissionais (algumas passadas) marcantes, que contribuirão de forma relevante para o desempenho no estágio e para a aquisição destas competências.



As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista assentam em quatro domínios:

- Responsabilidade profissional ética e legal (A)
- Melhoria contínua da qualidade (B)
- Gestão dos cuidados (C)
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

### **3.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional ética e legal (A)**

Conforme disposto no artigo 5º do nº 26 da 2ª Série do Diário da República (2019) as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal encerram em si a Competência A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normais legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e a Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A Competência A1 (desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normais legais, os princípios éticos e a deontologia profissional) assenta “num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (Diário da República, 2019: 4746) e encerra em si três unidades de competência:

- A1.1: Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;
- A1.2: Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;
- A1.3: Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

Por sua vez, a Competência A2 (garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais) promove “uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.” (Diário da República, 2019: 4748) é composta por duas unidades de competência:

- A2.1: Promove a proteção dos direitos humanos;
- A2.2: Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

A prática clínica em estágio exigiu um compromisso pessoal valorizável, não só no que respeita à atitude individual perante as situações, mas também no que concerne à revisão bibliográfica efetuada, por forma a atingir as competências acima descritas.

A revisão e integração na prática clínica diária do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e do Código de Conduta Ética da UHST, bem como da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, e da Carta dos Direitos e Deveres do doente nos Serviços de Saúde revelaram-se essenciais no contributo para uma postura correta, assente nos valores éticos, legais e deontológicos definidos pela OE. Por sua vez, e no que respeita à mobilização de saber em temáticas relativas à segurança do doente, essencial ao desenvolvimento do PI, a revisão de documentos como o Plano Nacional para a Segurança do Doente (nas suas edições 2015-2020 e 2021-2026) representaram ganhos inestimáveis na aquisição de conhecimentos sobre as medidas governamentais efetivas que promovem ganhos nesta dimensão.

De valorizar igualmente os contributos da Unidade Curricular (UC) de Ética, Epistemologia e Direito em Enfermagem (EEDE) no 1º semestre deste curso de Mestrado, que desde esta fase do percurso formativo veio despertar a consciência e a necessidade de rever e mobilizar conhecimentos e noções essenciais neste domínio, trazendo à tona a importância de planear e prestar cuidados de enfermagem ao doente, família/cuidador sustentados nos princípios éticos, deontológicos e legais da profissão, fundamentando sempre as decisões tomadas nos mais sólidos padrões de conhecimento e no respeito por valores como a integridade e dignidade humanas. Procurou-se que todo o processo de planeamento e prestação de cuidados em estágio tivesse em conta valores éticos e normas deontológicas e legais, e a partilha com a Enfermeira Orientadora e restante equipa de alguns dilemas e dúvidas foi bastante útil, esclarecedora e enriquecedora.

A tomada de decisão é uma constante no quotidiano do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados. O facto de a Enfermeira Orientadora (igualmente Enfermeira Especialista em EMC-PSC) acumular inúmeras vezes a responsabilidade de chefia de equipa permitiu o contacto próximo e a participação proactiva na discussão em equipa multidisciplinar sobre processos de decisão terapêutica (não raras vezes complexos) relativamente ao doente crítico. De ressaltar uma postura marcada pela

abertura a sugestões e contributos de todos, bem como fortemente revestida de noções éticas, deontológicas e legais, sempre com o objetivo de encontrar a resposta mais adequada para cada situação, o que em muito contribuiu para a aquisição deste saber.

Apesar das restrições ao contacto com familiares impostas pela pandemia, todos os esforços foram implementados para que a família/cuidador fosse tida em conta e tivesse papel ativo nos processos de decisão em causa. Todos os contactos possíveis com a família/cuidador (via telefone, videochamada e numa fase tardia do estágio já com visitas presenciais) foram encorajados e facilitados, compreendendo a importância dos contributos dos entes queridos na globalidade do processo de saúde.

Muitas vezes é a família/cuidador que apoia e influencia positivamente a tomada de decisão e mudança de comportamentos rumo a adoção de comportamentos saudáveis. “...Cuidar da pessoa em situação crítica na sua globalidade implica não descurar a sua família, pelo que o seu acolhimento pelos profissionais de enfermagem se torna imperativo.” (Fernandes & Silva (2016:1905). Os mesmos autores referem que “sendo a entidade que melhor conhece a pessoa em situação crítica, os seus hábitos, os seus costumes, as suas necessidades e os seus medos, a família constitui-se um importante elo de ligação entre a pessoa doente e profissionais de enfermagem.” (Fernandes & Silva, 2016:1905). Este aspeto não deve ser nunca negligenciado por parte do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

Ainda no âmbito da prestação de cuidados, foi possível colaborar com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar na deteção precoce e prevenção de situações de compromisso da privacidade, dignidade e segurança do doente crítico, família/cuidador. Apesar das dificuldades inerentes ao ambiente característico de uma unidade de cuidados intensivos (ausência de vestuário, dispositivos médicos, intervenções de emergência) foi visível a preocupação de todos os profissionais no respeito pela privacidade, dignidade e segurança do doente crítico. As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são serviços que se destinam ao atendimento de doentes críticos, cuja condição é potencialmente reversível, requerendo cuidados complexos e especializados. As UCI são caracterizadas por uma especial valorização da dimensão técnica, ainda assim, a utilização da tecnologia só faz sentido na sua interligação com o processo relacional, resguardando os princípios técnicos e humanos indispensáveis à manutenção e valorização da vida (Fernandes & Silva, 2016). Contribuindo para a noção da importância de ser elemento facilitador de mudança de comportamentos, o diálogo e reflexão constantes com a Enfermeira Orientadora permitiram compreender que há sempre algo a fazer no que concerne ao respeito por estas dimensões essenciais.

Da mesma forma, o respeito e dignificação da individualidade, dos valores e das crenças deve caracterizar a ação do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC. A transculturalidade é um fenómeno atual e que requer atenção esforços conjugados promovendo a sua aceitação, valorizando e enaltecendo a riqueza que existe na diversidade. A OE alerta para a necessidade de "descobrir o significado do cuidado cultural e as práticas de cuidados específicos de cada cultura" (Vilelas & Janeiro, 2011:124), fomentando a prestação de "um cuidado de enfermagem culturalmente sensível, congruente com os fatores que influenciam a saúde/ bem-estar". (Vilelas & Janeiro, 2011: 124). A empatia, flexibilidade e aceitação são atitudes imprescindíveis ao desenvolvimento de competências na área da enfermagem transcultural. A experiência profissional durante quatro anos em Inglaterra contribuiu em muito para o desenvolvimento de uma consciência de respeito e valorização pela diversidade que mantenho e promovo, por crer efetivamente na sua importância e impacto positivo.

De acordo com a Norma 015/2013 da DGS atualizada a 4/11/2015- "Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por Escrito" o consentimento informado, esclarecido e livre pode ser expresso de forma oral ou escrita, e encerra em si duas noções essenciais: a de compreensão e a de autonomia. Representa uma manifestação de respeito pelo ser humano, uma vez que "emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos." (DGS, 2013: 9) Ainda de acordo com a mesma circular normativa, o consentimento informado é muito mais que uma mera formalidade, representando a inclusão da pessoa na escolha do seu processo de saúde, devendo a sua obtenção ser marcada pela comunicação efetiva, pelo respeito, pela promoção da confiança e pela capacitação da pessoa para tomar a melhor e mais esclarecida decisão possível (DGS, 2013).

Em contexto de estágio na UCIC foi muito marcada a necessidade de esclarecer devidamente o doente crítico sobre as suas opções e propostas de tratamento. A preparação para diversos procedimentos e exames (cateterismo cardíaco, angioplastia, implantação de *pacemaker* definitivo, entre outros) requer a obtenção de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre por escrito, tarefa a que os enfermeiros dedicam parte do seu tempo e competência. Esta premissa foi invariavelmente sempre respeitada, verificando-se por parte da equipa multidisciplinar uma enorme atenção ao esclarecimento de dúvidas e um esforço acrescido para promover a confidencialidade (não só na informação verbal, mas também no que respeita aos registos de enfermagem) do doente, o que nem sempre é tarefa fácil em UCI, não só pela dinâmica, mas também pela condição de saúde associada a quadros de doença grave.

As limitações à comunicação verbal são frequentes, e é essencial que o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC se encontre desperto para implementar estratégias para ultrapassar estas dificuldades. Importa ainda referir que a utilização de estratégias de comunicação não verbal, o estabelecimento de relações terapêuticas baseadas na empatia e na confiança e o respeito pelos valores, crenças e capacidades da pessoa a vivenciar processos médico-cirúrgicos complexos são importantes indicadores da satisfação do cliente no quadro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC (OE, 2017).

Ainda como contributo na aquisição destas competências há que destacar as fases de planificação e execução do PI. Para além do Consentimento Informado, Esclarecido e Livre obtido junto da equipa de enfermagem incluída no mesmo, foi igualmente solicitada (por escrito) autorização à Enfermeira Chefe e ao Diretor de Serviço, bem como solicitado parecer à Comissão de Ética da UHST e da UE. A temática central do PI prende-se com a comunicação efetiva na transição de cuidados, tópico primordial para a promoção da segurança do doente crítico.

### **3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade (B)**

O segundo leque de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista prende-se com o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B). Este mesmo domínio encerra em si três competências: a competência B1 (garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica), a competência B2 (desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua) e competência B3 (garante um ambiente terapêutico seguro) (Diário da República, 2019).

Todas elas são compostas de unidades de competência conforme se descreve:

Competência B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

- B1.1: Mobiliza conhecimentos e habilidades garantido a melhoria contínua da qualidade;
- B1.2: Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

Competência B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

- B2.1: Avalia a qualidade das práticas clínicas;
- B2.2: Planeia programas de melhoria contínua;
- B2.3: Lidera programas de melhoria contínua.

Competência B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro

- B3.1: Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos;
- B3.2: Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC o enfermeiro especialista em EMC é responsável pela gestão do risco e do ambiente recomendado à prestação de cuidados especializados, devendo ajustar a sua postura e atuação, a fim de preservar a segurança do doente crítico e da equipa multidisciplinar (OE, 2017). No mesmo documento, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC-PSC afirmam que o enfermeiro especialista em EMC-PSC oferece um contributo fundamental à qualidade dos cuidados, sendo reconhecido como um elemento essencial na promoção de cuidados seguros ao doente crítico, família/cuidador (OE, 2017).

A fim de adquirir as competências em cima referidas, foram planeadas diversas atividades no Projeto de Estágio (Apêndice VII). A revisão bibliográfica e a procura pela mais recente evidência científica no âmbito da gestão de risco e da segurança do doente crítico foram aspetos valorizados e tidos em conta. Conforme já foi referido, o contacto próximo com o Plano Nacional para a Segurança do Doente (2015-2020 e 2021-2026) possibilitou compreender a multiplicidade e importância de políticas governamentais neste domínio.

Em estreita articulação com a Enfermeira Orientadora e com o Enfermeiro Especialista responsável pela Gestão de Risco na UCIC obtive esclarecimentos e informação sobre todas as normas

e protocolos implementados no serviço, procurando contribuir para os efetivar e melhorar, e a prestação de cuidados diária teve sempre as normas e procedimentos como linha orientadora. “A identificação de riscos é um importante passo para a prevenção de eventos adversos nos serviços hospitalares, sendo uma prática importante para qualificar a assistência prestada...” (Brandão, Brito & Barros, 2018: 9). A gestão de risco é essencial para o garante e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Da componente teórica deste Curso de Mestrado há que salientar os contributos de diversas disciplinas na obtenção desta competência. A UC de Investigação em Enfermagem (IE) permitiu fomentar e desenvolver aptidões na busca da mais recente e completa evidência científica, possibilitando a sua aplicação na prática diária. Sendo o enfermeiro especialista em EMC-PSC responsável por promover, desenvolver e dinamizar projetos de melhoria contínua, é essencial que este seja conhecedor das fontes de informação científica mais fidedignas, bem como dos variados métodos e técnicas de pesquisa e investigação, por forma a cumprir esta função.

A UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e a UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica permitiram adquirir e mobilizar conhecimentos sobre planos estratégicos, metas para as organizações de saúde, parcerias e formas de articulação para uma mais eficaz prestação de cuidados e sobre indicadores de qualidade em saúde que devem permanecer sempre na mente do enfermeiro especialista em EMC-PSC.

Também a UC de Formação e Supervisão em Enfermagem contribuiu para a aquisição das competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B), uma vez que a formação e aprendizagem (individual e dos pares) é o caminho a percorrer para uma enfermagem mais qualificada, mais capaz, baseada em evidência robusta, e que afirma o seu contributo, na dinâmica multidisciplinar, para cuidados de saúde seguros e de qualidade.

A realização do PI é entendida como um Projeto de Melhoria Contínua. Para Brissos citado por Ruivo et al (2010) um projeto em saúde deve ser sustentável e capaz de ocasionar benefícios num período de tempo continuado.

O PI tem como foco a comunicação eficaz na transição de cuidados, tópico de vital importância quando se afirma que a comunicação é um dos fatores que mais contribui para eventos adversos em saúde, prejudicando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. (Pena & Melleiro, 2018). O PI surge inserido na área da qualidade dos cuidados, mais concretamente na segurança da comunicação

na transição de cuidados durante a passagem de turno. A elaboração do PI representou um enorme ganho e avanço na aquisição destas competências, desde o diagnóstico de situação, da definição dos objetivos, passando pelo planeamento até à sua execução e avaliação. A implementação prática no local de estágio da Norma 001/2017 da DGS “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”, a formação dos pares e a elaboração e aplicação de uma matriz baseada na metodologia ISBAR à passagem de turno de enfermagem representaram uma enorme melhoria (ao nível da qualidade e da segurança) para a UCIC.

### **3.1.3. Domínio da gestão de cuidados (C)**

O terceiro conjunto de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relaciona-se com o Domínio da Gestão de Cuidados (C). Na gestão de cuidados, as competências C1 e C2 conduzem a ação do Enfermeiro Especialista:

- Competência C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Competência C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade de cuidados.

A competência C1 encerra em si duas unidades de competência:

- C1.1: Otimiza o processo de cuidados ao nível de tomada de decisão;
- C1.2: Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade.

Por sua vez a Competência C2 reflete-se nas seguintes unidades de competência:

- C2.1: Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- C2.2: Adapta o estilo de liderança no local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.



Ao longo deste Curso de Mestrado foram vários os fatores que contribuíram para aquisição destas competências. A integração na equipa de enfermagem da UCIC decorreu naturalmente, e foi por mim encarada como uma grande mais-valia e algo que superou as minhas expectativas.

Desde o início verbalizei que o cuidado ao doente crítico é a minha área de interesse, mas também a área em que detenho mais experiência a nível profissional, o que levou a uma aproximação imediata dos Enfermeiros Especialistas em EMC-PSC que asseguram cuidados na UCIC. A partilha de conhecimentos e de experiências, bem como a troca de informações sobre normas e protocolos foi muito enriquecedora, e permitiu que, aos poucos, me integrasse nas decisões sobre a gestão da equipa, procurando otimizar os processos de tomada de decisão.

A aquisição de noções sobre os recursos humanos e materiais da UCIC permitiram adequar recursos às necessidades, reforçando a noção da importância do trabalho em equipa, lembrando que é essencial estabelecer prioridades.

Seguindo o exemplo da Enfermeira Orientadora, elemento de referência e chefe de equipa na UCIC, a articulação com a restante equipa multidisciplinar decorreu sem sobressaltos e foi, inquestionavelmente, fundamental para a aquisição destas competências. Senti-me sempre confortável no processo de articulação com outros profissionais da equipa, o que representou uma mais-valia para a referência do doente crítico a outras áreas de cuidados.

Compete ao enfermeiro especialista em EMC ser elemento facilitador na articulação com a equipa multidisciplinar, otimizando a gestão dos recursos em função das necessidades dos cuidados. A delegação de tarefas é essencial no trabalho em equipa. Entende-se por delegação de tarefas “a transferência, para um indivíduo competente, da autoridade para realizar uma determinada tarefa de Enfermagem, escolhida numa situação concreta, e por supervisão, a provisão de orientação, avaliação e acompanhamento, pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada.” (OE, 2007:1) A OE (2007) afirma ainda que todas as decisões relacionadas com a delegação de tarefas devem ter como fundamento a proteção da saúde, o bem-estar e segurança do doente. Compete ao Enfermeiro Especialista supervisionar o processo de delegação de tarefas, bem como avaliar a sua consecução. Acompanhando a Enfermeira Orientadora foi-me possível participar no processo de delegação de tarefas, bem como na sua supervisão e avaliação, estimulando a motivação individual, o compromisso e o trabalho em equipa.

Acompanhei também, por diversas vezes, a Enfermeira Orientadora em turnos inteiramente dedicados à gestão do serviço, em substituição da Enfermeira Chefe. Foi-me dada oportunidade de contactar com os sistemas de reposição de material de uso clínico, assim como com os pedidos de reposição de *stock* de terapêutica, o que permitiu compreender melhor a dinâmica e o circuito da respetiva reposição e acondicionamento, reafirmando a noção da imprescindibilidade desta tarefa para que tudo funcione sem sobressaltos ou erros.

Outro dos aspetos essenciais no que diz respeito ao Domínio da Gestão de Cuidados tem a ver com a liderança. Para Silva & Camelo (2013:534) “A liderança é definida como a capacidade de influenciar um grupo, a fim de buscar e alcançar objetivos comuns.” Ainda citando os mesmos autores “A liderança proporciona o encontro de diferentes pessoas e profissionais no trabalho em equipe, desafiando o enfermeiro a desenvolver habilidades de ouvir, relacionar-se bem com seus liderados, a fim de tê-los como aliados no processo de cuidar, conquistando assim sua autonomia profissional dentro da instituição, ampliando seu espaço de atuação.” (Silva & Camelo, 2013:536).

Durante a minha experiência profissional em Inglaterra ao longo de quatro anos, e associado ao processo de progressão na carreira de Enfermagem no *National Health System* (NHS) tive a oportunidade de ocupar uma posição de gestão intermédia. Fiz na altura formação específica (sessões formativas providenciadas pelo hospital) de forma a preparar-me para a responsabilidade que iria assumir. Ser líder é tudo menos fácil. Mas não me faz sentido outra forma de liderança que não seja a de liderar pelo exemplo. O estágio, marcado pela necessidade de aquisição destas competências, e a revisão de conhecimentos e bibliografia efetuadas, reavivaram algumas memórias e vincaram ainda mais em mim algumas certezas.

Rever conhecimentos sobre políticas de gestão em saúde e sobre liderança e estilos de liderança foi necessário e útil. Foi igualmente importante rever e mobilizar os conhecimentos adquiridos sobre o tema na UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e na UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica. O decorrer dos turnos com a Enfermeira Orientadora conduziu à aprendizagem da adequação do estilo de liderança à situação em questão, o que inquestionavelmente favorece as relações interpessoais e o trabalho em equipa. Atributos como capacidade de compromisso, responsabilidade, empatia, aptidão para tomada de decisões, comunicação e gestão efetivas são reconhecidos e necessários a um bom líder. O objetivo da liderança de enfermagem será sempre qualificar o serviço, respondendo às expectativas da organização, da equipa e do doente (Silva & Camelo, 2013).

O desenvolvimento e implementação do PI exigiu igualmente capacidade de gestão do próprio projeto e da sua dinâmica, mas também requereu trabalho no sentido de motivar e estimular todos os enfermeiros do serviço a terem, no projeto e na formação, uma atitude proactiva. Todas as sugestões respeitantes à matriz de passagem de turno foram aceites e foi de facto compensatório gerir e desenvolver este projeto, que os colegas consideraram muito útil e pertinente.

#### **3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)**

O último conjunto de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista diz respeito ao Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D). A competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, engloba duas unidades de competência: a D1.1 - detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e a D1.2 - gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional, e assume que o enfermeiro especialista “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (Diário da República, 2019:4749).

Por sua vez, a competência D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, assume que “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação “(Diário da República, 2019: 4749) e é composta de três unidades de competência:

- D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;
- D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica;
- D2.3: Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Ao encarar a pessoa, alvo dos cuidados de enfermagem, como um todo maior que a soma das partes, o enfermeiro não deve jamais esquecer que é, antes de mais, igualmente pessoa. Só quando se compreende na sua totalidade, enquanto ser humano, lhe é possível capacitar-se e comprometer-se com o cuidado ao outro.

O Curso de Mestrado e a Especialização em EMC-PSC representam um enorme desafio, pelo compromisso necessário, pela dimensão da entrega, pela dedicação imprescindível, mas também pelo investimento que retrata. O enfermeiro especialista em EMC-PSC é aquele que procura ser a referência no cuidado ao doente crítico, mas tal só será possível se os mesmos requisitos que foram precisos para realizar este Curso de Mestrado se mantiverem inalterados.

“A eficiência do enfermeiro depende diretamente de suas atitudes para consigo mesmo e para com os outros. A vida e as pessoas é que nos dão materiais experienciais para que adquiramos os conhecimentos que nos levarão a atitudes” (Esperidião, Munari & Stacciarini, 2002: 519). Os mesmos autores afirmam que o enfermeiro do futuro deverá demonstrar capacidade de investir no seu autoconhecimento, agilidade e criatividade na resolução de problemas, conhecimentos técnico-científicos, valorizando as relações humanas (Esperidião et al, 2002).

A reflexão crítica foi presença constante durante o estágio, não só sobre as práticas e sobre situações específicas, mas também sobre a minha postura e atitude. Debati-me comigo mesmas inúmeras vezes, por culpa do cansaço, do peso da responsabilidade, mas consegui chegar até aqui. Foi igualmente importante a atitude de partilha e estímulo constante por parte da Enfermeira Orientadora e dos demais Enfermeiros Especialistas da UCIC. Possibilitou-me aprofundar ainda mais a noção de mim própria, das minhas capacidades, dos aspetos a melhorar.

Acredito que o caminho se faz caminhando. E já lá vão 15 anos de Enfermagem. É certo que este Curso de Mestrado vem enriquecer-me como pessoa e como enfermeira, mas também é certo que até aqui me construí no dia a dia, todos os dias. A UC de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, disciplina optativa do 1º semestre, fez-me perceber isso mesmo. Quando o professor solicitou a elaboração de um Ensaio Reflexivo Autobiográfico, na época, em plena 3ª vaga pandémica, fez-me parar para pensar no começo de tudo. Fez-me pensar no meu percurso, na enfermeira que sou, na enfermeira que quero ser. E enquanto o escrevi senti-me leve, senti que o que eu sou afinal importa. E que o que eu sou se reflete todos os dias nos cuidados que presto. O autoconhecimento é essencial, pois só através do mesmo me é possível melhorar diariamente, conhecer aspetos que não domino, tornar-me mais assertiva, formar-me mais e melhor para assegurar melhores cuidados de enfermagem. O autoconhecimento tem influência direta na forma como me relaciono com o outro. É assim imprescindível ao estabelecimento de uma relação terapêutica positiva, robusta, e que promova a melhor assistência ao doente crítico.

A par com a reflexão crítica, a procura do conhecimento associado à mais recente e sólida evidência científica deve ser uma constante. Para French (1999) citado por Chicória (2013, p.25) a “evidência consiste na verdade, conhecimento, informação relevante que confirme ou refute uma crença, resultados de investigação primária, revisões sistemáticas e metanálises.” É nela que se devem sustentar as intervenções e os cuidados planeados e prestados. Para o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, a procura da evidência científica é essencial, pois só assim lhe será possível adequar o nível de cuidados necessários ao doente crítico. Para a OE (2017) os processos médicos e cirúrgicos complexos consistem nas ações associadas à tomada de decisão, e que se deve sustentar na informação relevante, sem esquecer as potenciais consequências de cada alternativa e recurso. São estes processos complexos que determinam a intervenção especializada do enfermeiro.

A procura desta evidência científica é deveras importante, por tudo o que já foi referido. Durante o estágio surgiu a oportunidade de assistir a dois congressos, o II Congresso “Mestrado em Enfermagem” do Instituto Politécnico de Setúbal (Anexo V) e o IV Seminário Internacional do “Mestrado em Enfermagem 2021” do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo VI). Ambos proporcionaram momentos de enorme riqueza e partilha de conhecimentos e evidência científica em diversas áreas do saber em Enfermagem. Todos os estudos apresentados se revestiam do mais recente e robusto nível de conhecimento, o que contribuiu em muito para a minha atualização pessoal e profissional. Foram ambos momentos notáveis de partilha entre enfermeiros, o que contribui inquestionavelmente para o enriquecimento individual. Além da possibilidade de conhecer os projetos e estudos desenvolvidos pelos colegas, e numa fase tão conturbada e exigente para os profissionais de saúde como foi a crise pandémica, o debate e a reflexão conjunta sobre os desafios e contributos da enfermagem especializada no futuro dos cuidados de saúde foi, sem dúvida, uma mais-valia.

O desenvolvimento do PI revelou-se também uma enorme mais-valia na aquisição das competências deste domínio. Para além de se encontrar sustentado pela mais recente evidência científica, a transição de cuidados e a sua padronização foram identificadas como tema de interesse/necessidade para intervenção formativa pela equipa de enfermagem da UCIC. O PI contribuiu assim para a aquisição destas competências, uma vez que me permitiu detetar esta necessidade formativa, e pela experiência enquanto elemento dinamizador do projeto, incorporando o conhecimento científico mais recente, transpô-lo para a prática dos cuidados, divulgando-o com os meus pares.

### **3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC)**

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017) , o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) deve ter a capacidade de conceber, aplicar e avaliar planos de intervenção que visem dar resposta às situações experienciadas pela pessoa/família, visando a deteção precoce de deterioração do estado de saúde/complicações, estabilização clínica, manutenção e recuperação, perante situações complexas que requerem avançados meios de monitorização, vigilância e terapêutica, prevenindo a doença e promovendo a saúde, nos seus vários contextos de ação.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2017:10)

Pretende-se que o enfermeiro especialista em EMC-PSC seja reconhecido e tido em conta como elemento-chave na prestação de cuidados efetivos e seguros à pessoa em situação crítica. Esta conceção relaciona-se com a Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner, quando se afirma que, em cenários de enorme complexidade, instabilidade e imprevisibilidade, como os associados ao doente agudo e crítico, os enfermeiros peritos desenvolvem uma prática sustentada num processo sistemático, procurando intervir e resolver problemas por eles identificados, atempada e eficazmente, recorrendo a uma prática reflexiva e julgamento crítico. O Enfermeiro Especialista em EMC-PSC possui igualmente capacidade e responsabilidade de agir ou influenciar determinada situação, servindo-se da sua perspicácia no estabelecimento de relações interpessoais com o utente e a família, integrando os princípios éticos e deontológicos na sua prática (Benner, 2011). Os conceitos base nos quais assentam os padrões de qualidade do Enfermeiro Especialista em EMC são os seguintes: processos médicos e cirúrgicos complexos, processos terapêuticos, infecção associada aos cuidados de saúde (OE, 2017). Por sua vez, e quando diante da pessoa em situação crítica, os conceitos essenciais são: a pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados à pessoa em situação crítica (OE, 2017).

Assim sendo, e de acordo com o disposto no artigo 3º do nº 135 da 2ª Série do Diário da República (Diário da República, 2018) as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (A);
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação (B);
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infecção e de resistência a Antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (C).

Tal como acontece com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e conforme consta em Diário da República (2018), também cada Competência Específica encerra em si Unidades de Competência.

### **3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (A)**

No que respeita à competência A - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, as unidades de competência são:

1.1: Presta cuidados à pessoa e situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

1.2: Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;

1.3: Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;

1.4: Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

1.5: Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;

1.6: Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Prestar cuidados diferenciados, holísticos, de elevada exigência técnico-científica e relacional, assentes nas premissas da individualização, especialização e do rigor é, inquestionavelmente, a maior ambição do enfermeiro especialista em EMC-PSC.

O doente crítico é aquele que vê a sua sobrevivência ameaçada e dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, devido à existência de um elevado grau de disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2010). Para a OE “A pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2017:9)

A revisão bibliográfica e a procura incessante pela mais sólida e recente evidência científica, no que respeita a protocolos, normas e *guidelines*, que contribuam para uma total adequação dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família/cuidador a vivenciar processos médicos/cirúrgicos complexos, foi constante durante todo o período formativo. No início do estágio, e por se tratar de uma UCI dedicada a doentes do foro cardíaco, considerei necessário rever conhecimentos adquiridos num curso que realizei em Dezembro 2019 “Curso de Formação Profissional – Eletrocardiografia Elementar”, ministrado pela Ocean Medical (Anexo VII). A revisão dos conteúdos programáticos de algumas disciplinas do Curso de Mestrado foi igualmente muito importante.

A UC EMC 2 contribuiu para o aprofundar de conhecimentos relativamente a patologias/condições normalmente associadas ao doente crítico. Através da elaboração (em grupo) de estudos de caso, e da partilha com os restantes colegas da turma, foi possível ter acesso a um vasto leque de informações detalhadas, protocolos terapêuticos específicos e normas de atuação, todos eles assentes em evidência científica. De valorizar que todos obedeciam à estrutura do PE (Processo de Enfermagem), tendo sido a elaboração do PC (Plano de Cuidados) de extrema importância, na sistematização de conhecimentos sobre intervenções de enfermagem especializada.

Da mesma forma, a UC FITEE (Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada) foi determinante para a aquisição e mobilização de conhecimentos, uma vez que permitiu a abordagem de todos os sistemas fisiológicos e dos respetivos processos fisiopatológicos associados, normalmente causa da instabilidade e complexidade características do doente crítico. Esta UC permitiu igualmente refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na abordagem terapêutica ao doente crítico.



A UC EMC4 foi sem dúvida um dos pontos altos deste Curso de Mestrado, tendo sido proposta aos estudantes a realização dos cursos de Suporte Básico de Vida (SBV) (Anexo VIII), Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo IX) e o *International Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo X). Ministrados por entidades formadoras creditadas, tendo por base os algoritmos mais atuais e difundindo o conjunto das melhores práticas, estes três cursos (bem como a preparação que exigiram) contribuíram em muito para rever conceitos, adequar posturas, e para adquirir e sistematizar conhecimentos. Em todos eles se verificou um apertado sistema de avaliação teórico-prática, importando ainda referir que o treino de competências como *team leader* em equipas de reanimação e trauma teve um papel decisivo na aquisição desta competência.

O Curso de SAV traz consigo o domínio de aptidões fundamentais para o cuidado ao doente crítico, tais como o reconhecimento da deterioração clínica, a antecipação de cenários peri-paragem cardiovascular, o manuseamento avançado de via aérea, a desfibrilhação, a cardioversão e o uso sistemático da abordagem ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Dysfunction, Exposure*) na abordagem ao doente crítico. O objetivo da abordagem ABCDE passa por identificar e intervir nos focos de maior instabilidade e ameaça à vida do doente crítico. Caracterizada por ser rápida e eficaz, evita a dispersão associada a tentativas de elaborar um diagnóstico clínico, objetivando os próximos passos e medidas a implementar (Peate & Brent, 2021).

Por sua vez, o Curso de ITLS é uma ferramenta essencial ao enfermeiro especialista em EMC-PSC, uma vez que o doente vítima de trauma é, na maior parte das vezes, alvo dos seus cuidados. A sobrevivência do doente crítico vítima de trauma aumenta consideravelmente com a precocidade da implementação dos cuidados de emergência. O conceito de “*golden hour*” surgiu nos anos 70, mas foi rapidamente difundido e aceite, chegando aos dias de hoje como uma máxima do atendimento às vítimas de trauma. O fator “tempo” influencia decisivamente a sobrevida e o surgimento de complicações e morbidade associadas ao trauma, sabendo-se hoje que o risco de morte aumenta consideravelmente a partir dos 60 minutos após o acidente (Okada, Matsumoto & Saito, 2020). Por tudo isto, a intervenção à vítima de trauma quer-se atempada, assertiva e eficaz, de forma a antecipar e prevenir complicações. A abordagem deve ser sistemática e metódica, sem nunca esquecer as condições de segurança dos intervenientes. O Curso de ITLS aborda todas estas noções, compilando conhecimentos técnico-científicos sobre variadas intervenções complexas, mas que podem fazer a diferença na vida da vítima de trauma.

No meu percurso profissional, e com 15 anos de exercício em contexto de Urgência contactei variadas vezes com situações de trauma graves, em que as ferramentas dadas pelo ITLS foram muito

úteis. Já em contexto de estágio na UCIC, as situações de deterioração e paragem cardiopulmonar ocorreram diversas vezes, tendo sido possível aplicar os conhecimentos adquiridos no curso de SAV, inclusive como “*team-leader*”, o que foi altamente gratificante.

Desde o início do estágio que procurei conhecer protocolos e normas de atuação da UCIC, bem como conhecer a terapêutica específica do doente do foro cardiológico ali utilizada. Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos é essencial ao Enfermeiro Especialista em EMC-PSC. O recurso frequente a medicação vasoativa, inotrópica e a protocolos complexos de sedo-analgésia, necessários ao doente crítico, representou um desafio, mas foi igualmente bastante enriquecedor. A disponibilidade da Enfermeira Orientadora no acompanhamento e esclarecimento de dúvidas foi essencial neste ponto.

A realização de dois turnos na UADCI representou igualmente uma grande mais-valia, pois permitiu-me compreender a dinâmica desta unidade, a sua articulação direta com a UCIC, a gestão e organização necessárias aos procedimentos realizados e, obviamente, adquirir conhecimentos *in loco* sobre procedimentos em si (colocação de *pacemaker* definitivo, angioplastia, implantação de válvula aórtica transcater), aspeto que considero essencial para a fundamentação, planeamento e prestação de cuidados de enfermagem especializados à posteriori.

Outro dos aspetos que nunca deve ser negligenciado quando se fala em doente crítico é o controlo da dor. A dor não tratada é fator desencadeante de inúmeros fenómenos que agravam ainda mais a condição do doente crítico. “A resposta de stress despertada pela dor leva a aumento das catecolaminas circulantes responsáveis por vasoconstrição arteriolar, diminuição da perfusão e da pressão parcial de oxigénio tecidual. Outras respostas despoletadas pela dor incluem hipermetabolismo metabólico que resulta em hiperglicemia, lipólise e proteólise. O estado catabólico e a hipoxemia atrasam a cicatrização e aumentam o risco de infecção.” (Ferreira, Miranda & Leite, 2014:18).

Para a DGS, “A abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional.” (DGS, 2017b:4). É sabido que a autoavaliação da dor pelo doente crítico é considerada o “*gold standard*” no entanto, não raras vezes, e por diversos motivos associados ao processo de doença, não é possível obter essa informação. A UCIC tem implementado o uso da escala *Behavioral Pain Score (BPS)* para doentes cuja situação não permite a autoavaliação da dor, conforme recomendado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no seu Plano Nacional de Avaliação

da Dor. De notar a preocupação de toda a equipa multidisciplinar no processo de avaliação, registo evolutivo sistemático e na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor de desconforto.

Assegurar que o doente crítico não sofre de dor, não permitindo que esta contribua para instabilidade hemodinâmica é um dos grandes objetivos dos profissionais que prestam cuidados em UCI. O não alívio da dor no doente crítico põe em causa a sua cooperação, atrasando a mobilização precoce, o desmame ventilatório e a alta dos cuidados intensivos, devendo por isso ser rastreada a dor e também a dor em repouso. Esta última deve ser encarada como um síndrome diagnóstico grave e como tal tratado com agressividade. A dor associada a procedimentos invasivos e até mesmo a mobilizações no leito é muito comum no doente crítico internado em UCI, e a analgesia preventiva está aconselhada (Ferreira, Miranda & Leite, 2015).

A par com toda a componente científica e exigência técnica que se associa ao doente crítico e a uma UCI, o estabelecimento de uma relação terapêutica marcada por uma comunicação assertiva e eficaz são fundamentais para cuidados de enfermagem especializados de qualidade.

Santos (2012) afirma que Jean Watson (2002) propõe uma Enfermagem que seja simultaneamente humanista e científica. Assim, os cuidados de Enfermagem Especializados tomam por foco a promoção dos projetos de saúde individualizados. A relação terapêutica promovida no âmbito da profissão de enfermagem consiste no estabelecer de uma parceria entre o enfermeiro e o doente/família/cuidador, marcada pelo respeito pelas suas capacidades, escolhas, crenças, valores e desejos de carácter individual (OE, 2011).

Conforme consta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC-PSC, a utilização de estratégias de comunicação verbal e não-verbal e o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com a pessoa/família/cuidador, que permita o estabelecer de uma parceria de cuidados, marcada pelo respeito pelas crenças, valores e capacidades da pessoa na vivência de processos médicos e cirúrgicos complexos, são essenciais à satisfação do doente, no que respeita aos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2017).

Assumindo o papel fundamental da comunicação eficaz no estabelecer desta relação terapêutica, não raras vezes foi necessário adequar o estilo e o tipo de comunicação à situação específica do doente crítico. A comunicação de más notícias em UCI é muito frequente, e requer preparação prévia e método. O protocolo *SPIKES* (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge,*

*Emotions, Strategy and Summary*), abordado na componente teórica deste Curso de Mestrado, revelou-se uma importante ferramenta para a comunicação de más notícias, permitindo organizar este momento, e “ajudando profissionais e pacientes a manter uma comunicação clara e aberta.” (Cruz & Riera, 2016:108).

O protocolo SPIKES descreve didaticamente seis passos para comunicar más notícias. O primeiro passo (*Setting up*) refere-se à preparação do profissional de saúde e do espaço físico para comunicar as más notícias. O segundo passo (*Perception*) verifica até que ponto o doente/família/cuidador tem consciência da sua real situação. O terceiro passo (*Invitation*) procura entender até onde o doente/família/cuidador pretende saber sobre sua situação. O quarto passo (*Knowledge*) consiste na transmissão da informação propriamente dita (neste passo surgem algumas recomendações como: utilizar frases introdutórias que indiquem que más notícias virão; não transmitir informação de forma brusca ou recorrendo a termos técnicos em demasia; validar sempre com o doente/família/cuidador o seu grau de compreensão acerca do que foi transmitido). O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo doente/família/cuidador. O sexto e último passo (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do doente/família/cuidador revelando o plano terapêutico proposto e antecipando alguns cenários (Simões, 2014). O protocolo SPIKES, quando utilizado corretamente, é uma útil ferramenta no processo de facilitação do luto.

Ainda sobre a comunicação eficaz, importa ressaltar a elaboração do PI, que contribuiu igualmente para aquisição desta competência, uma vez que procurou intervir diretamente na transição de cuidados, procurando melhorar o nível de segurança dos mesmos. A utilização do instrumento elaborado para a passagem de turno (alicerçado na metodologia ISBAR) não só facilitou a comunicação entre profissionais, como facilitou o acesso á informação sobre o doente de forma simples, rápida e eficaz. Desta forma, é possível detetar precocemente e intervir atempadamente em possíveis focos de instabilidade associados ao doente crítico.

Por último, considero que a elaboração de um Estudo de Caso (Apêndice VIII) subordinado ao tema “Contributos da Enfermagem Médico-Cirúrgica Especializada nos cuidados ao doente crítico submetido a implantação de válvula aórtica transcater (TAVI) em Unidade de Cuidados Intensivos Coronários” permitiu a pesquisa e revisão bibliográfica aprofundada sobre esta temática, muito pertinente em contexto de estágio. O Estudo de Caso possibilitou igualmente o desenho de um plano de cuidados utilizando a taxonomia NANDA-NIC-NOC, algo que nunca desenvolvido. A reflexão sobre os contributos da enfermagem médico-cirúrgica especializada a este tipo de doentes foi um desafio que considero ter sido superado, tendo-se concluído que, demonstrando competências que

contribuem para a satisfação dos utentes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional, aliadas a elevados padrões de conhecimento técnico-científico e a noções éticas e de respeito pela integridade e dignidade humanas, o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC assume-se como uma mais-valia no planeamento e prestação de cuidados ao doente crítico do foro cardiovascular, em contexto de UCIC.

Concluindo, e no que respeita à aquisição da competência A - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, creio estar em condições de afirmar que esta foi alcançada, pois compreendo agora claramente que o grande desafio do enfermeiro especialista em EMC-PSC a trabalhar em UCIC reside na indagação sistemática de cuidados de enfermagem especializados individualizados, num ambiente fortemente marcado pela dimensão tecnológica. Assim, creio estar em condições de afirmar que a capacidade de trabalho, a proatividade, o espírito de iniciativa e um robusto conjunto de conhecimentos científicos, que se quer sempre associado ao juízo clínico inteligente, à observação, e ao contato direto com o doente crítico, marcam a diferença na qualidade dos cuidados, e no impacto que os mesmos adquirem junto da pessoa (Cintra, Nishide & Nunes, 2001).

### **3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação (B)**

No que respeita à competência B - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, as suas unidades de competência são as seguintes (Diário da República, 2018):

2.1: Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;

2.2: Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;

2.3: Planeia respostas à situação de catástrofe;

2.4: Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;

2.5: Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios da prática de crime.

Perante possíveis situações de emergência, exceção e catástrofe o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC deve atuar criando, estruturando e gerindo uma resposta que se quer atempada pronta e sistematizada e eficaz, sem descuidar a preservação dos vestígios ou indícios de prática de crime (Diário da República, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2009) definem catástrofe como um acontecimento causador de estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde em larga escala, requerendo uma mobilização excepcional de meios de socorro, provenientes inclusive de zonas fora da zona atingida.

O artigo 3º da Lei nº 80/2015 de 3 de agosto da Lei de Bases da Proteção Civil (Diário da República, 2015) define catástrofe como um acidente ou série de acidentes graves, de origem natural ou tecnológica, suscetíveis de causarem elevados prejuízos materiais e, potencialmente, vítimas, comprometendo não só as condições de vida, mas também o tecido socioeconómico na área em que ocorre o evento ou a nível do território nacional, dependendo da sua magnitude.

Embora as situações de exceção e catástrofe assumam características peculiares pela sua imprevisibilidade, e também pelo impacto no número de vítimas que podem potencialmente vir a causar, é dado histórico que os enfermeiros sempre deram o seu contributo perante estas situações, tendo-se como exemplo o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale na Guerra da Crimeia e o dos cuidados de enfermagem assegurados às vítimas do *tsunami* asiático de 2004 e do furacão Katrina em 2005 (Powers, 2010).

Cox e Briggs (2004) afirmam que estar permanentemente preparado é um elemento essencial da resposta a estas situações de exceção, devendo ser elaborados programas de aperfeiçoamento, centrados no envolvimento de uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de minimizar consequências que possam advir da catástrofe.

“A actividade de protecção civil, que tem um carácter permanente, multidisciplinar e plurisectorial, aspetos consignados na lei de bases de protecção civil, necessita de ser fortalecida por alguns dos seus princípios estruturantes, a saber: a informação, a cooperação, a coordenação, a disseminação e a implementação pelo território onde se aplica, de forma a promover a participação esclarecida de todos os cidadãos na prevenção e na resposta de emergência.” (Fonseca & Mendes, 2013).

A revisão de algumas noções contidas do Plano Nacional de Emergência e Proteção Civil bem como a revisão do Plano de Emergência Interno da UHST foram planeadas e levadas a cabo com o objetivo de atingir esta competência específica do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, cumprindo a máxima: estar preparada.

A UC de EMC 3 focou de forma especial esta competência, tendo sido solicitada aos estudantes a realização de um póster científico (em grupo) para posterior apresentação a toda a turma. Esta partilha foi extremamente enriquecedora, e permitiu-me adquirir conhecimentos sobre temas tão importantes como o protocolo de Triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), instrumento preconizado para triagem de vítimas em situações de emergência, exceção e catástrofe.

“A triagem, no que diz respeito a situações de catástrofe/exceção, tem como principais objetivos, a assistência precoce; a utilização de manobras de *life-saving*; a determinação do nível de urgência; a implementação criteriosa de recursos críticos; a documentação de vítimas; o controlo do fluxo de vítimas; o estabelecimento de áreas de prestação de cuidados ou vigilância e a distribuição dos vários profissionais por essas áreas de assistência para que sejam iniciadas as medidas terapêuticas.” (Silva, 2019:18). Por sua vez, a Triagem START, protocolo recomendado a nível mundial para abordagem de situações de exceção e catástrofe, é um instrumento de triagem primária que dá prioridade à vítima na área de socorro, ao qual se segue a sua evacuação e transporte para unidades de saúde (Silva, 2019).

Igualmente importante foi a revisão de conhecimentos adquiridos durante a participação no Simulacro *Cascade'19*. O *Cascade'19* foi um exercício europeu de proteção civil, que decorreu em Portugal entre 28 de maio e 1 de junho de 2019, organizado pela Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), em colaboração com a Direção-Geral da Autoridade Marítima. Este exercício, que mobilizou mais de 600 operacionais, tinha como objetivo testar e treinar a resposta a situações de emergência múltiplas, passíveis de ocorrer em cascata (sismo, cheias, acidente químico, rutura de barragem e poluição marítima) em território nacional. Foi um exercício desenvolvido em tempo real que permitiu adquirir conhecimentos sobre Triagem de Catástrofe e articulação de meios disponíveis, muito útil na compreensão do mecanismo de resposta organizado e metódico em situações de exceção e catástrofe. Este tipo de simulacros são, infelizmente, pouco frequentes, mas muito úteis, pois contribuem pela sua dimensão prática para noções importantes como gestão do tempo, gerenciamento e organização dos recursos, e funções dos socorristas em catástrofe (Cascade'19, 2022).

Durante o tempo que exerci funções como enfermeira em Inglaterra, verifiquei que era dado especial enfoque a esta temática e que a formação sobre o tema era frequente e de carácter obrigatório para todos os funcionários do hospital. Eram abordados temas como atuação em catástrofe, eventos multi-vítimas e situações de incêndio hospitalar em sessões formativas de cariz obrigatório e anual. Este facto permitia que os funcionários da instituição (médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos) soubessem exatamente como atuar em caso de emergência, mantendo sempre a noção de que todos os contributos são importantes num evento desta índole.

Ainda em Inglaterra, e num dos turnos em que me encontrava responsável pela coordenação da equipa e gestão de fluxo dos doentes no Serviço de Urgência ocorreu efetivamente um incêndio de origem elétrica na copa do serviço, e o protocolo de emergência interna foi ativado. Cinco minutos bastaram para todo o serviço fosse evacuado em segurança, incluindo dois doentes em estado crítico, ventilados mecanicamente, que se encontravam na área da reanimação, o que me fez compreender a importância da preparação e formação específica e regular sobre este tema. A ação concertada e atempada de todos, que sabiam exatamente o que fazer, e para onde se dirigir permitiu que não se registassem vítimas. O incêndio foi extinto pela corporação de bombeiros e o Serviço de Urgência voltou a estar operacional depois de asseguradas as condições de segurança.

Também enquanto trabalhei em Inglaterra realizei formação em serviço sobre o diagnóstico precoce de evidências da prática de crime, sobre a preservação de vestígios e encaminhamento às entidades competentes. O espírito e atitude de cooperação entre os profissionais de saúde e as forças de segurança era muito vincado, o que contribuía para o frequente esclarecimento de dúvidas e adoção dos procedimentos corretos. Em Portugal, e como enfermeira no Serviço de Urgência, executei estes procedimentos algumas vezes. A sua importância prende-se com o despiste de atos de ameaça e violência (física, sexual ou outras), devendo preservar-se ao máximo as evidências encontradas. O enfermeiro especialista em EMC-PSC deve desempenhar aqui um papel de destaque, não só na implementação dos protocolos corretos, mas também na formação aos seus pares.

Apesar de durante o estágio não ter sido possível aplicar na prática os planos de atuação para situações de emergência, exceção e catástrofe, a importância de aquisição de conhecimentos nesta área não foi negligenciada e foi amplamente discutida com a enfermeira orientadora e a enfermeira gestora da UCIC, inclusive no sentido de compreender se existia alguma necessidade específica de formação à equipa sobre esta temática. O *Debriefing* foi identificado como tema emergente, mas ainda



pouco divulgado e trabalhado. Este facto despertou interesse, e procurando contribuir para a formação dos colegas, foi elaborada uma Infografia subordinada ao tema “*Debriefing* após situações de Emergência”.

Definido por Kessler, Cheng & Mullan (2015) como a reflexão e discussão sobre a ação para posterior adequação da mesma, o *Debriefing* relaciona-se diretamente com a teoria de Kolb, uma vez que promove a aprendizagem como um somatório da reflexão sobre a prática com a transformação da mesma. O *Debriefing* surge como uma importante ferramenta para a profissão de enfermagem nos dias de hoje, por se associar ao melhoramento das práticas clínicas, desencadeado pela discussão e reflexão após uma situação crítica.

O *Debriefing* permite a partilha de conhecimentos (vertente formativa) e do impacto de um evento desta natureza nos profissionais (*debriefing* psicológico), fortalecendo o espírito e o trabalho em equipa, estimulando assim a aprendizagem, e contribuindo positivamente para a melhoria do desempenho dos profissionais e para melhoria da segurança do doente.

O *Debriefing* é igualmente conhecido por ter impacto positivo na liderança, tornando-se assim essencial que enfermeiros responsáveis/chefes de equipa/ enfermeiros especialistas tenham formação e treino nesta área, tornando-se autónomos na sua implementação. Serão assim encarados como elementos facilitadores e promotores da melhoria da segurança e bem-estar das suas equipas, capacitando-as para encontrarem suporte em si mesmas, quando confrontadas com situações críticas, visando igualmente a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe.

Considero importante a realização desta Infografia (Apêndice IX), bem como de um Póster Científico subordinado ao tema “*Debriefing pós- crise em situação de Emergência, Exceção e Catástrofe*” (Apêndice X) inserido na UC EMC 3, uma vez que permitiram adquirir e igualmente difundir novas competências na área dos cuidados em situação de catástrofe e exceção. O poster acima mencionado foi apresentado no Congresso Internacional Literacias no Século XXI (ICCL2021) promovido pelo Instituto Politécnico de Portalegre, o que promoveu a divulgação deste tema tão importante (Anexo XI).

O curso de ITLS veiculou também conhecimentos essenciais na aquisição da competência B, uma vez que, em situação de catástrofe, a aplicação dos conhecimentos do curso de ITLS em cenários multi-vítimas é indispensável. O exame rápido de trauma permite, de forma célere, observar e intervir em

aspectos que podem complicar e atentar contra a vida da vítima. Durante o curso de ITLS foram abordados cenários multi-vítimas, com a aplicação dos princípios de atuação em situação de catástrofe na gestão do evento.

Apesar de não ter sido possível aplicar na prática no contexto do estágio os protocolos e fluxogramas de atuação associados a esta competência, todas as atividades planeadas foram realizadas, contribuindo assim para a aquisição desta competência.

### **3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (C)**

A última competência específica do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC é a competência C – “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.” (Diário da República, 2018: 19362). Esta competência revela-se importante e complexa quando se considera o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde, decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida. Assim, o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC deve responder eficazmente, atuando na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Diário da República, 2018).

A competência C - Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, possui duas Unidades de Competência (Diário da República, 2018):

3.1: Concebe Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados;

3.2: Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma afecção que decorre como consequência de uma intervenção médica no doente, seja ela diagnóstica, terapêutica ou profiláctica.”

(Lito, 2010:25).

As IACS são, na atualidade, um problema à escala global, uma vez que acrescem morbilidade e mortalidade, aumentam os dias de internamento, acarretam custos económicos e de saúde consideráveis e obrigam ao recurso a tratamentos mais agressivos e dispendiosos. São igualmente um indicador de qualidade dos cuidados, o que leva a que todos se devam empenhar na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (Lito, 2010). Em 2015 a OMS referiu-se a este problema como sendo um problema de saúde pública (OMS, 2015).

Para a DGS, as IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, levando a que nenhum país ou instituição prestadora de cuidados de saúde possa ignorar as suas implicações (DGS, 2017c).

O Enfermeiro Especialista em EMC-PSC tem a competência e o dever de contribuir para o cessar deste ciclo, diagnosticando as necessidades do serviço, em matéria de prevenção e controlo de infeção, e desenhando estratégias proactivas na prevenção e o controlo da infeção e de resistências antimicrobianas (OE, 2018).

Diversas atividades foram planeadas com o objetivo de adquirir esta competência. A Enfermeira Orientadora é o elemento de referência do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GLC-PPCIRA) no Serviço de Cardiologia/UCIC. Este facto possibilitou um enorme enriquecimento individual, uma vez que me foi possível esclarecer dúvidas e conhecer melhor as iniciativas e normas do GLC-PPCIRA na UCIC.

O rastreio de portadores de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e bactérias Gram negativas é uma das normas cumpridas por todos os profissionais da UCIC, e consiste na colheita de uma amostra exsudado nasal, oral e retal do doente, mantendo-o em isolamento de contacto preventivo, enquanto se aguardam os resultados. Toda a prestação de cuidados é realizada com recurso aos respetivos equipamentos de proteção individual antes da entrada na unidade do doente. Este rastreio segue as indicações da norma 018/2014 da DGS – Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados (DGS, 2014). Atendendo ao facto de a UCIC receber via UADCI vários doentes provenientes de outros hospitais, para serem submetidos a procedimentos de ordem cardiovascular, não raras vezes foi necessário rastrear a presença de MRSA e bactérias gram negativas, seguindo escrupulosamente todas as medidas indicadas.

O enfermeiro especialista em EMC-PSC desempenha igualmente aqui um papel fundamental, não só na prestação de todos estes cuidados, mas também na sua supervisão, e na formação dos pares e no ensino fundamental à família/cuidador, aquando do horário de visitas.

Os meios tecnológicos aplicados à assistência ao doente crítico em UCI permitem o prolongamento da sobrevida, e a reversão de inúmeras situações complexas, mas é igualmente um dos fatores determinantes no aumento do risco de infeção hospitalar no doente crítico. (Pereira, Prado & Sousa, 2000).

A ventilação mecânica é muitas vezes recurso utilizado no doente crítico, não só para proteger a via aérea como para corrigir disfunções ventilatórias associadas à doença grave. A monitorização invasiva de funções vitais está normalmente associada à mesma. A pneumonia associada à intubação é a infeção mais frequentemente adquirida em UCI, sendo esta responsável por um aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade (DGS, 2015). Para combater este facto, são implementadas na UCIC todas as indicações presentes na Norma 21/2015 da DGS atualizada a 30/05/2017, referente ao Feixe de Intervenções” de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação.

Importa ainda referir que todo o Curso de Mestrado foi marcado pela Pandemia Covid 19, e a UC Estágio Final não foi exceção. É certo que, quase dois anos depois do início da Pandemia, as regras já foram alteradas diversas vezes, mas no que aos Hospitais diz respeito, o rastreio e deteção precoce da infeção por SARS-CoV-2 continuam indicados, bem como a manutenção de circuitos e a segregação de doentes infetados. De acordo com a Norma 019/2020 da DGS, de 26/10/2020 atualizada a 23/02/2022 nas unidades prestadoras de cuidados de saúde devem ser realizados testes laboratoriais de rastreio da infeção por SARS-CoV-2, aos utentes, independentemente do estado vacinal, quando prevista a sua admissão em serviço de internamento, UCI ou necessidade de cirurgia eletiva (DGS, 2020). No decorrer do internamento, o rastreio é realizado às primeiras 48 horas, e, seguidamente de 5 em 5 dias de acordo com norma interna da UHST.

Além dos cuidados com a testagem e cumprimento de circuitos, o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC deve ser elemento de referência, pela sua formação especializada, no esclarecimento de dúvidas à equipa multidisciplinar, na supervisão do cumprimento de procedimentos como a lavagem das mãos e cumprimento de medidas de etiqueta respiratória, tão importantes na prevenção de contágios.

A revisão bibliográfica efetuada durante todo o estágio, que passou pela procura das mais recentes normas e diretrizes nacionais e internacionais no âmbito da prevenção e controlo das IACS e resistência antimicrobiana foi muito elucidativa e contribuiu para a aquisição de conhecimentos e fundamentação de práticas planeadas. Foram igualmente revisitados os conhecimentos adquiridos na UC EMC5. Esta UC possibilitou conhecer melhor a organização Nacional e Institucional da Prevenção e Controlo das IACS, bem como adquirir conhecimentos sobre planos de prevenção e controlo de infeção, face àquelas que são as diretivas nacionais mais recentes. Em EMC5 foram abordados diferentes tópicos relacionados com esta problemática, entre os quais várias tipologias de isolamento e respetivas medidas utilizadas, bem como os equipamentos de proteção individual associados.

Conforme já foi referido, o facto de a Enfermeira Orientadora ser o elemento de referência do GLC-PPCIRA na UCIC permitiu-me contactar de perto com auditorias realizadas e compreender a importância da estreita articulação com esta equipa. No intuito de aprofundar conhecimentos, mas também de os divulgar junto da equipa da UCIC, e em articulação com o GLC-PPCIRA foi detetada a necessidade formativa ligada ao tema da Infeção Relacionada com o Cateter Venoso Central. Assim, foi elaborado um póster subordinado ao tema “Prevenção da Infeção Associada ao Cateter Venoso Central” (Apêndice XI) que aborda e ilustra as medidas que compõem o Feixe de Intervenções específico para prevenir a infeção associada ao Cateter Venoso Central (DGS, 2015).

Todas as intervenções planeadas foram executadas, à exceção da participação na ação de formação “Prevenção da infeção do trato urinário associado a cateter vesical” providenciada pelo GLC-PPCIRA da UHST, que esteve prevista, mas foi cancelada, não tendo sido remarcada no decurso do estágio, e todas elas trouxeram consigo contributos para a aquisição desta competência específica do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

“Ser enfermeiro especialista implica uma prática/exercício profissional onde predominam competências especializadas adequadas às necessidades específicas do cliente em cuidados de enfermagem, sendo reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular da enfermagem.” (Procópio, 2013:11). A aquisição desta competência específica, relacionada com a problemática das IACS, tema essencial em cuidados de saúde, mas ainda mais premente quando se fala de doente crítico, exigiu entrega e dedicação, mas assume-se de vital importância, não só para a prestação de cuidados especializados ao doente crítico, mas também para contribuir para a melhoria da resposta hospitalar, ao nível da prevenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana.

### **3.3. Análise Reflexiva sobre a Aquisição das Competências de Mestre em Enfermagem**

O ensino em enfermagem pretende formar profissionais qualificados, com um vasto leque de competências técnicas e conhecimentos científicos, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade e evidencia científica, por forma a que estes saibam dar uma resposta qualificada às necessidades de saúde das populações (Mendes, 2017).

Depois de uma análise crítica e reflexiva do leque de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, importa examinar as Competências de Mestre, analisando de que forma o percurso realizado contribuiu para a sua consecução. Boaventura Sousa Santos (1999) afirma que, na ciência moderna, o conhecimento progride através da especialização. A OE, através do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), e através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017), remete-nos para a transversalidade entre ambos estes leques de competências, tentando demonstrar que o caminho da progressão e da sua aquisição assenta nas mesmas premissas.

Assim, e conforme de acordo com o artigo 15o do decreto-lei 17/2006 que apresenta o regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior, e que se manteve inalterado após a última revisão com o decreto-lei 65/2018, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:  
i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.o ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas

subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p. 2246).

Importa ainda lembrar os objetivos de aprendizagem deste curso de Mestrado em Enfermagem, de acordo com o seu regulamento de funcionamento, e que remetem para as competências a desenvolver pelos estudantes do Mestrado em Enfermagem:

- Objetivo/Competência 1: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

- Objetivo/Competência 2: Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

- Objetivo/Competência 3: Tem a capacidade para integrar conhecimentos, tomar decisões e gerir situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

- Objetivo/Competência 4: Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

- Objetivo/Competência 5: Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

- Objetivo/Competência 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;

- Objetivo/Competência 7: Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área da sua especialidade (Universidade de Évora, 2015).

Também nesta etapa de análise reflexiva de aquisição das Competências de Mestre a narrativa será efetuada na primeira pessoa, dado que serão relatadas experiências profissionais que contribuíram, de forma relevante, para o desempenho no processo formativo e para a aquisição destas competências.

Objetivo/Competência 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Sendo impossível não valorizar a minha experiência profissional que conta com 15 anos de exercício em contexto de urgência e emergência, os contributos do estágio para a aquisição desta competência são inegáveis. A prestação de cuidados ao doente crítico do foro cardiovascular, em contexto de cuidados intensivos, permitiu-me adquirir, cimentar, e demonstrar competências na conceção, planeamento e prestação de cuidados especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Permitiu-me igualmente obter e sistematizar aptidões no âmbito da gestão e supervisão na referida área de especialidade. Procurando sempre desenvolver e implementar uma cuidada e criteriosa avaliação das necessidades do doente crítico, planeei e executei intervenções, gerindo recursos materiais e humanos, de acordo com as suas necessidades, estabelecendo prioridades, procurando nunca esquecer as noções éticas e deontológicas e a individualização dos cuidados.

Da mesma forma, a componente teórica do Curso de Mestrado contribuiu para atingir esta competência, na medida em que as noções aprendidas sobre gestão e supervisão clínica em Enfermagem são essenciais na prática diária de um Mestre em Enfermagem. Tal reflete-se, não só na prática diária dos cuidados, mas também na habilidade necessária para disponibilizar assessoria aos enfermeiros da equipa, agindo como modelo de ação e raciocínio crítico, contribuindo proactivamente para as decisões da equipa multidisciplinar, mantendo a noção da importância que a supervisão dos cuidados assume, e do impacto que tem, na qualidade e segurança mesmos. Considero, por tudo o que foi referido, ter conseguido alcançar o objetivo/competência proposta.



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

Em contexto de estágio, decorreu uma entrevista não estruturada com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, que permitiu definir o foco do PI a aplicar na UCIC. O mesmo enquadra-se no domínio da melhoria contínua da qualidade, e consiste em fazer aplicar a Norma 001/2017 da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” às passagens de turno de enfermagem da UCIC. Foi também objetivo do PI criar, introduzir e aplicar às passagens de turno um instrumento/matriz de uniformização, não só da linguagem na transição de cuidados, mas também da abordagem e do raciocínio clínicos, visando assim uma uniformização da comunicação durante momentos chave da transição de cuidados, motivando ganhos diversos na qualidade de cuidados, articulação da equipa, e na segurança dos utentes e profissionais. A formação necessária sobre o tema à equipa de enfermagem, planeada, executada e avaliada no PI permitiu disseminar conhecimentos, e a efetivação deste projeto é, na sua essência, a fundamentação e disseminação da prática na evidência científica.

A elaboração de um artigo científico – estudo de caso, onde se procurou evidenciar os contributos da Enfermagem Médico-Cirúrgica especializada, desenvolvendo um plano de cuidados diferenciados, visando o doente crítico em contexto de UCIC, contribuiu igualmente para o atingimento desta meta/competência.

Objetivo/Competência 3- Tem a capacidade para integrar conhecimentos, tomar decisões e gerir situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

No decurso do estágio creio ter demonstrado capacidade para integrar novos conhecimentos, no âmbito da prática dos cuidados de enfermagem especializados, e para tomar decisões, gerindo situações complexas, no quadro da prestação de cuidados ao doente crítico/família/cuidador. Ponderando sempre aspetos como o custo/benefício, a singularidade de cada doente crítico, e o impacto real das decisões tomadas, procurei cumprir e dignificar as minhas responsabilidades profissionais, éticas e sociais. Mantendo em mente que o exercício profissional de enfermagem autónomo se rege pela tomada de decisão, e procurando melhorar a qualidade dos cuidados prestados, procurei sempre integrar e fundamentar este processo no conhecimento científico (OE,

2004). A realização do PI requereu parecer às Comissões de Ética da Universidade de Évora (UE) e da UHST, cumprindo as diretrizes éticas e deontológicas da profissão. Considero assim que este objetivo de aprendizagem/competência foi alcançado.

Objetivo/Competência- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

A formação contínua, imbuída de espírito crítico, que promove a reflexão sobre a prática fomentando a construção de saberes, é primordial ao desenvolvimento autónomo do enfermeiro, ao longo do seu percurso profissional. (Fonseca, 2015) A procura de conhecimento e aquisição de aptidões tem sido uma constante na minha vida profissional, considerando esta dimensão essencial no meu crescimento e desenvolvimento enquanto enfermeira. A par com a formação académica realizada, a formação sem serviço contribuiu igualmente para uma atualização constante, e para um crescimento partilhado em equipa. Fruto de motivações diferentes ao longo do tempo, esta procura incessante culmina com o ingresso neste curso de Mestrado e respetiva área de especialização. A globalização em que vivemos torna imprescindível a formação e atualização contínua de conhecimentos para o trabalho em Enfermagem. É através das mesmas que se promove a autonomia do exercício, o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, e uma contínua fundamentação do corpo de conhecimentos próprios inerentes à disciplina de Enfermagem. (Fonseca, 2015) Embora considere que caminhei na direção certa para atingir esta competência, o compromisso com o desenvolvimento autónomo e contínuo de aptidões, conhecimentos e competências mantém-se.

Objetivo/Competência 5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

Enquanto enfermeira no Serviço de Urgência em Inglaterra, fui responsável pelo grupo de formação em Trauma, tendo sido possível, em articulação com elementos do pré-hospitalar, organizar várias sessões formativas para médicos, enfermeiros e assistentes operacionais que prestam diariamente cuidados à vítima de trauma. Mais do que divulgar iniciativas, o objetivo central passava por difundir evidência e uniformizar procedimentos, facilitando a transição de cuidados à vítima de trauma.

Durante o estágio, e no contexto da implementação do PI, a experiência na área de formação revelou-se bastante enriquecedora, e é sem dúvida algo a que pretendo dar continuidade.

Em Novembro 2021, e através de convite, integrei o Núcleo de Formação em Reanimação da instituição hospitalar onde exerço funções, projeto que há muito me aliciava e ao qual ambicionava pertencer. Com o objetivo de contribuir para a implementação de cursos regulares e creditados em SBV e SAV a todos os profissionais de saúde da instituição, o Núcleo de Formação em Reanimação é um projeto multidisciplinar, dirigido ao doente crítico e à emergência que é a paragem cardiorrespiratória, e não escondo o enorme entusiasmo por fazer parte dele.

Objetivo/Competência 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 desenvolvimento e implementação do PI, conforme descrito neste relatório, atravessou todas as fases de um projeto de intervenção em saúde, desde a análise diagnóstica, passando pelo planeamento, pela intervenção, que requereu formação aos pares, e pela avaliação do impacto e consecução do mesmo. Inscrito do domínio da melhoria da qualidade, a realização do PI requereu inequivocamente investigação e busca acerca das melhores práticas respeitantes ao tema da intervenção, e teve em conta o contexto e as políticas de saúde atuais, bem como os seus objetivos. Promover a segurança do doente crítico através da padronização dos momentos de transição de cuidados, como é o caso da passagem de turno de enfermagem foi o grande objetivo do PI, objetivo esse que foi alcançado, tal como creio ter sido alcançada esta competência.

Objetivo/Competência 7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área da sua especialidade

Remetendo para a análise desenvolvida ao processo de aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, considero atingida esta competência de Mestre.

## 4. CONCLUSÕES

O percurso formativo deste Curso de Mestrado, nas premissas já descritas na introdução, culmina no processo de reflexão crítica, redação e entrega do presente relatório, que será, atempadamente, alvo de provas públicas, representando aquele que se crê ser o produto final de todo este processo, dando especial destaque à UC “Estágio Final”.

A prática da Enfermagem Especializada, especificamente da Enfermagem Médico-Cirúrgica centrada na Pessoa em Situação Crítica assume-se declaradamente como um desafio diário e contínuo, pela multiplicidade de contextos profissionais, pelos constantes avanços técnicos e científicos, mas acima de tudo, pela fragilidade dos doentes a vivenciar processos médicos e cirúrgicos complexos. E a forma mais premente e efetiva de responder a este desafio passa pela aprendizagem, desenvolvimento, e aprimoramento de competências diferenciadas, utilizando a prática baseada na evidência, o rigor, raciocínio e reflexão críticos como base de sustentação para um caminho que se quer resiliente, em direção aos cuidados de enfermagem especializada de excelência.

Os contributos da prática de cuidados em estágio, e do processo de desenvolvimento, implementação e avaliação do PI cumpriram a expectativa e os objetivos traçados. Considero que o objetivo major do PI foi bem-sucedido, tornando a equipa de enfermagem da UCIC mais rica em conhecimentos, e preparada para agir, no que respeita à transição de cuidados, de acordo com a mais recente e fundamentada evidência científica, o que representa uma mais-valia para a dimensão da qualidade dos cuidados, e para a segurança do doente crítico internado na UCIC.

Como fator limitativo ao estudo identifica-se o facto de se circunscrever ao período de estágio, o que não possibilitou um alargamento do período experimental da metodologia ISBAR com apoio e supervisão além do previsto. Ainda assim, importa frisar que o PI foi implementado e que as passagens de turno de enfermagem na UCIC se regem agora pela metodologia ISBAR.

A elaboração deste relatório foi igualmente gratificante, permitindo colocar em perspetiva e análise todo o percurso profissional, o crescimento e os desafios, a prática diária como enfermeira, e as perspetivas enquanto futura Enfermeira Especialista em EMC-PSC, e Mestre em Enfermagem.

Face a toda a descrição e análise exposta ao longo deste relatório, e assumindo que todas as atividades propostas no Projeto de Estágio foram realizadas, crê-se terem sido adquiridas e desenvolvidas as competências pretendidas, que contribuirão inequivocamente para a excelência do

exercício profissional e para a promoção de uma Enfermagem que se quer cada vez mais especializada, fundamentada, autónoma e audaz, ciente da sua essência e da sua imprescindibilidade no panorama de saúde atual.

A todos os que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste percurso, um agradecimento muito especial pelos ensinamentos e contributos. A realização deste curso de Mestrado representou um enorme desafio pessoal, uma superação diária, uma maratona com prova de obstáculos. Mas fiel à premissa que o caminho se faz caminhando, o fim desta etapa é marcado pela disponibilidade e vontade de continuar a trilhar o caminho da aprendizagem, pelo anseio da oportunidade de pôr em prática todas estas competências, e pela construção deste novo “ser enfermeira”.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- AFS. (2014). *Debriefing: Análise da Aprendizagem Experiencial*. Obtido de AFS Intercultural Programs
- Ahn, J. W., Jang, H. Y., & Son, Y. J. (2021). Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 623-634.
- Aligood, M. R. (2015). *Nursing Theory: Utilization & Application*. Em M. R. Aligood. Elsevier 5a ed.
- Antunes, M. (2019). *Percepção dos Enfermeiros acerca da Passagem de Turno* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal
- Benner, P., Lourenço, B., & Queirós, A. A. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*.
- Benner, P. E., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company, LLC
- Brandão, M. G. S. A., Brito, O. D., & Barros, L. M. (2018). Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. *Revista de Administração em Saúde*, 18(70).
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC medical education*, 20(2), 1-8.
- Campbell, D., & Dontje, K. (2018). Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project. *Journal Of Emergency Nursing*, 45(2), 149-154.
- Carlos, M. M. M. (2019). *Handover e Segurança do doente* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra).
- Caselhas, S. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande* (Doctoral dissertation).
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência* (Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado, Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php>).
- Cintra, E. A., Nishide, V. M., & Nunes, W. A. (2001). *Assistência de Enfermagem ao Doente Gravemente Enfermo*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Conselho de Enfermagem. (2017). *Atribuição de tempo para a Passagem de Turno*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, J. (2016). *Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Cox, E. & Briggs, S. (2004). Disaster Nursing: New Frontiers for Critical Care. *American Association of Critical-Care Nursing*, 24(3): 16-22.

- Cruz, C. D. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn. tratamento*, 106-108.
- Cunha, J. M. D. R. (2019). *Cuidados de enfermagem especializados no controlo de temperatura do doente vítima de paragem cardiorrespiratória* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde).
- da Fonseca, T. C., & Mendes, J. M. (2013). O planeamento de emergência de protecção civil em Portugal. *Territorium*, (20), 19-27.
- da Silva Nogueira, J. W., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3).
- de Carvalho, C. O. M. (2004). Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspetivas.
- de Lima, M. J. (2005). O que é enfermagem? *Cogitare Enfermagem*, 10(1).
- dos Santos Silva, V. L., & Camelo, S. H. H. (2013). Nursing leadership competence: concepts, essential attributes and the role of the nurse leader/A competencia da lideranca em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro lider/La competencia del liderazgo en enfermeria: conceptos, atributos esenciales y el papel del enfermero lider. *Enfermagem Uerj*, 21(4), 533-540.
- Diário da República. (2015). Diário da República, 2.a série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. *Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Diário da República. (2018). *Regulamento n.º 429/2018*. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Diário da República. (2019). *Lei n.º 156/2015*. Diário da República n.º 181/2015, Série II de 2019-02-06: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Diário da República. (2021). Diário da República, 2.a série — N.º 187 — 24 de setembro de 2021. *Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório técnico Final*.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por Escrito. *Norma no 015/2013 de 03/10/2013*. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. *Norma no 018/2014 de 09/12/2014*. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação Prevenção, Pneumonia, UCI, Ventilação, Intubação. Norma 021/2015. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2015). Norma 022/2015- “Feixes de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017a). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Departamento da Qualidade na Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017b). Programa Nacional para prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Obtido de SNS: [https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2020). Norma 019/2020 de 26 de Outubro atualizada a 23 de Fevereiro de 2022: COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Eaton, E. (2010). Handoff Improvement: We Need to Understand What We Are Trying to Fix. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 36(2), 51
- Esperidião, E., Munari, D. B., & Stacciarin, J. M. R. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 516-522.
- Fernandes, M. J. C., & Silva, A. D. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem à família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(6), 1899-1908.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & de Freitas, P. T. (2015). Dor e Analgesia em Doente Crítico – Pain and Analgesia in Critical Illness. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20.
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de administração contemporânea*, 5, 183-196.
- Figueiredo, A. R., Potra, T. S., & Lucas, P. B. (2019). Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde: Uma revisão scoping. *CIAIQ2019*, 2, 279-288.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*.
- Fortin, M. (1999). *O processo da Investigação: da conceção à realização* (2a ed.). Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2012). Segurança dos doentes: Uma abordagem prática. Lisboa: Lidel;
- Freitas, G., Oguisso, T., & Fernandes, M. (2010). *Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem*. *Enfermagem em Foco*. 1(3), 104–108. Obtido de <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/Fundamentos-eticos-e-morais-na-pratica-de-enfermagem.pdf>
- Gonçalves, J. F. D. (2018). *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno* (Master's thesis, Universidade de Évora).



- Guerreiro da Silva Mendes, C. M. F., & Margalho Barroso, F. F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública/Portuguese Journal of Public Health*, 32(2).
- Hilda, H., Setiadi, R., Wahyuni, E. P., Supriadi, S., Lorian, R., Rasmun, R., & Nurachmah, E. (2018). Strengthening Patients Safety Culture through the Implementation of SBAR Communication Method. *Health Notions*, 2(8), 856-861.
- Jacinto, C. M. P. (2019). *Garantindo a transição segura de cuidados na sala de reanimação* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde).
- Joint Commission. (2021). National patient safety goals effective January 2021 for the hospital program.
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). *Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide*. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
- Le Boterf, G. De la compétence - essai sur un attracteur étrange. In: **Les éditions d'organisations**. Paris: Quatrième Tirage, 1995.
- Lei no 80/2015 de 3 de agosto da Assembleia da República. Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República: I série, No 149 (2015).
- Leitão, A. (2020). *A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária* (Doctoral dissertation).
- Leite, L. C. A. S. (2018). *Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Lito, L. M. (2010). Epidemiologia da infecção hospitalar. *Cadernos de Saúde*, 3(Especial), 25-31.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, pp. 62 - 66.
- Mannix, T., Parry, Y., & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *Journal of nursing management*, 25(3), 215-222.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior: Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A*, (pp. 1- 32). Lisboa.
- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., ... & Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202.
- Oguisso, T., & Freitas, G. F. D. (2016). Cuidado-essência da identidade profissional de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0188-0193.

- Okada, K., Matsumoto, H., Saito, N., Yagi, T., & Lee, M. (2020). Revision of 'golden hour' for hemodynamically unstable trauma patients: an analysis of nationwide hospital-based registry in Japan. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 5(1), e000405.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. Suplemento da Revista, no13, 3-8.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Parecer nº18/2011. Conselho de Enfermagem 2010/2011. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (Agosto de 2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*, pp. 8-13.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Estatuto da Ordem Dos Enfermeiros e REPE. *Ordem dos Enfermeiros—Conselho Jurisdicional. Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Deontologia profissional de enfermagem. *Lisboa: Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroesqualidadeemc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidadeemc_rev.pdf)*.
- Padgett, T. (2018). Improving Nurses' Communication During Patient Transfer: A Pilot Study. *The Journal Of Continuing Education In Nursing*, 49 (8), 378-384.
- Pakcheshm, B., Bagheri, I., & Kalani, Z. (2020). The impact of using "ISBAR" standard checklist on nursing clinical handoff in coronary care units. *Nursing Practice Today*.
- Peate, I., & Brent, D. (2021). Using the ABCDE approach for all critically unwell patients. *British Journal of Healthcare Assistants*, 15(2), 84-89.
- Pena, M. M., & Melleiro, M. M. (2018). Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev. enferm. UFSM*, 1-10.
- Pereira, M, Sousa, M. & Sousa, J. (2000). Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e Perspetivas *Rev. Eletrónica de Enfermagem*, 2(1). Retrieved from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_1/IH.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/IH.html).
- Pinto, H. I. E. (2018). *A segurança do doente crítico cardíaco: transição de cuidados do pré-hospitalar*

para a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (Master's thesis, Universidade de Évora).

- Pires, E. J. A. (2016). *Abordagem e monitorização da via aérea na pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva* (Doctoral dissertation).
- Powers, R. (2010). Introduction to disasters and disaster nursing. In R. Powers, *International Disaster Nursing* (1-12). Cambridge University Press.
- Procópio, M. A. A. F. (2013). *O Enfermeiro Especialista como promotor de práticas seguras* (Doctoral dissertation).
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.
- Saias, H. A. V. (2019). *Transição segura de cuidados do doente crítico* (Doctoral dissertation) Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.
- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care—a narrative review. *Safety in Health*, 4(1), 1-9.
- Santos, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências. 11ª edição. Edições Afrontamento, 1999. ISBN: 972-36-0174-5
- Santos, F. D. A. D. (2012). *Comunicação com o doente crítico: promoção para uma prática especializada* (Doctoral dissertation). Repositório.ucp.pt.
- Santos, M. C. D., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 47-57.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista crítica de ciências sociais*, (85), 65-82.
- Serrano, M. T. P. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23.
- Silva, T. A. D. (2019). *A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados*(Doctoral dissertation).
- Simões, J. C. (2014). Síndrome de luto. *Revista do Médico Residente*, 16(2).
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2010). Doente Crítico. Recuperado em 2010, Janeiro 15, de <<http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>>.
- Stewart, Kathryn R., "SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review" (2016). Honors Theses. Scholar.utc.edu.
- Sousa, P. (2006) - Patient Safety, A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Medica Portuguesa* [em linha]. ISSN 1646 0758.
- Sousa, P. A. F. D. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-894.

- Tranquada, 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* (Doctoral dissertation).
- Universidade de Évora [UE]. (2015). Apresentação de Pedido Corrigido- Novo Ciclo de Estudos. *NCE/14/01772*, pp. 1-216.
- Valim, A., Guidinelli, A. C. I. P., Gonçalves, C., Malavoti, J., Vital, L., & Pedroni, L. (2010). O modelo swot.
- Vilelas, J. M. D. S., & Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 120-127.
- Zarifian, P. **Objectif compétence**. Paris: Liaisons, 1999.

### Referências Eletrónicas

- Cascade 2019- Exercício Europeu de Proteção Civil. Disponível em: <https://cascade19.pt/cascade-2019-eu-civil-protectiton-exercice/>
- Dia Mundial da Segurança do Doente. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-mundial-da-seguranca-do-doente>
- Hospital do Espírito Santo Évora, 2021: <https://www.hevora.min-saude.pt>
- Mendes, F. (2017). Licenciatura, mestrado ou doutoramento significam “quase o mesmo” em enfermagem. *Jornal Enfermeiro*. Consultado a 28 de Fevereiro, 2022. Disponível em: <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1556-licenciatura-mestrado-ou-doutoramento-significam-quase-o-mesmo-em-enfermagem.html>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007) Delegação. Tomada de posição. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_23Abr2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf)
- Organização Mundial de Saúde & Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. ISBN: 9789295065796. Retrieved from [http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn\\_framework.pdf](http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf).
- Programa de Acreditação “@credita”. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/>
- WHO. First global report on antibiotic resistance, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/>



## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



“ISBAR: comunicação efetiva, transição de cuidados segura.”

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro Senhor(a) Enfermeiro (a):

No âmbito da realização da 5ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica e incluído na Unidade Curricular “Estágio Final” que decorre na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) da UHST entre Setembro 2021 e Janeiro de 2022, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção subordinado ao tema “ISBAR: Comunicação efetiva, transição de cuidados segura”. Este Projeto de Intervenção visa desenvolver e aplicar às passagens de turno da UCIC um instrumento padronizado de transição de cuidados, baseado na metodologia ISBAR conforme indicação da Norma 001/2017 da DGS.

A realização deste Projeto de Intervenção pressupõe a observação de passagens de turno de forma aleatória, através do método de observação estruturada não participante com recurso à grelha da Norma da DGS 001/2017. Mais informo que não serão recolhidos dados pessoais ou profissionais dos intervenientes. Não obstante, é assegurado que toda a informação partilhada nas passagens de turno será sempre confidencial e intransmissível, sendo preservada a privacidade e anonimato. Os Enfermeiros são livres de recusar observação de passagens de turno em que participem. Os participantes a qualquer momento, podem requerer mais informação sobre o Projeto de Intervenção, através do email infra. Desde já grata pela colaboração

**Nome da Estudante a desenvolver o Projeto de Intervenção:** Helena Isabel Correia da Silva Dias

**Contactos:** 967707968 / [hcorreiadias@gmail.com](mailto:hcorreiadias@gmail.com)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como que tomei conhecimento de que sou livre de recusar fazer parte do grupo participante nas passagens de turno observadas e avaliadas, e de que poderei, a qualquer momento, requerer mais informação sobre o Projeto a desenvolver. Desta forma aceito participar neste estudo, de forma livre e esclarecida, e permito a utilização das informações que forneço para a realização do Projeto, no pressuposto da confidencialidade e anonimato que me são assegurados pela responsável do projeto.

Assinatura do Participante:

Évora, / / 2021

## APÊNDICE II – CRONOGRAMA PROJETO DE INTERVENÇÃO (PI)



<b>Estágio</b> <b>Etapas do Projeto</b>	<b>Setembro 2021</b>				<b>Outubro 2021</b>				<b>Novembro 2021</b>				<b>Dezembro 2021</b>				<b>Janeiro 2022</b>			
<b>Diagnóstico de Situação</b>																				
<b>Pesquisa Bibliográfica</b>																				
<b>Definição de Objetivos</b>																				
<b>Planeamento</b>																				
<b>Execução</b>																				
<b>Avaliação e Divulgação dos Resultados</b>																				

APÊNDICE III – MATRIZ/INSTRUMENTO PASSAGEM DE TURNO

<b>CAMA Data e Hora de admissão</b>	<b>Identificação</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Background/ Antecedentes</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Recomendações</b>
<b>1A</b> ____/____/____ <b>Hora:</b>	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição) Autocuidado/AVD's	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
<b>2A</b> ____/____/____ <b>Hora:</b>	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição) Autocuidado/AVD's	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
<b>3A</b> ____/____/____ <b>Hora:</b>	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição) Autocuidado/AVD's	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:

<b>CAMA Data de admissão</b>	<b>Identificação</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Background/ Antecedentes</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Recomendações</b>
<b>4A</b> ____/____/____ <b>Hora:</b>	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição) Autocuidado/AVD's	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
<b>5A</b> ____/____/____ <b>Hora:</b>	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição) Autocuidado/AVD's	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
<b>6A</b> ____/____/____ <b>Hora:</b>	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição) Autocuidado/AVD's	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:

## APÊNDICE IV – GUIA DE APOIO COM A MNEMÓNICA ISBAR

## ISBAR

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

APÊNDICE V – SESSÃO DE FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DA UCIC

# ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

UCIC

Novembro-Dezembro 2021

Discente: Helena Correia Dias  
Docente: Prof. Mariana Pereira  
Orientadora: Enf<sup>a</sup> Maria Graça Santana

## SUMÁRIO

- 🔗 Objetivos
- 🔗 Conceito de segurança do doente
- 🔗 Definição e tipos de transição de cuidados de saúde
- 🔗 Limitações/dificuldades na transição de cuidados
- 🔗 Transição de cuidados no doente crítico
- 🔗 Importância da passagem de turno na transição de cuidados
- 🔗 Instrumentos padronizados para a transição de cuidados
- 🔗 Norma DGS 001/2017– “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”
- 🔗 Instrumento padronizado para transição de cuidados no Serviço de Cardiologia /UCIC
- 🔗 Referências bibliográficas



# OBJETIVOS



## Objetivo geral

- Implementar a metodologia ISBAR na transição de cuidados (passagem de turno) no Serviço de Cardiologia/ UCIC

## Objetivos específicos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição de cuidados e da sua standardização
- Introduzir a metodologia ISBAR
- Introduzir a Norma DGS 001/2017 - "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"
- Apresentar o instrumento de passagem de turno baseado na metodologia ISBAR

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# CONCEITO DE SEGURANÇA DO DOENTE



## Segurança do doente

Componente essencial na prestação de cuidados de saúde efetivos e de alta qualidade, entendida como a redução do risco de dano desnecessário, associado aos cuidados de saúde, para o mínimo aceitável.

Eventos adversos/danos desnecessários são lesões causadas por má conduta dos profissionais de saúde, que podem resultar em internamento prolongado e/ou limitação funcional para o doente.

A *Joint Commission* reportou que a comunicação ineficaz contribui em mais de 60% para eventos adversos/danos desnecessários

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA



# DEFINIÇÃO E TIPOS DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE



## Transição de cuidados de saúde

- Processo de transferência de informação e responsabilidade referentes à pessoa, de um prestador de cuidados de saúde para outro, visando garantir a sua continuidade e segurança
- Deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados
- É um momento vulnerável/crítico para a segurança do doente devido ao risco de erro na transferência de informação
- A utilização de ferramentas padronizadas é altamente recomendada para uma transição de cuidados segura

Admissão, alta hospitalar, passagem de turno, transferência inter-serviços e inter-organizacional

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# LIMITAÇÕES/DIFICULDADES NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS



Omissão de informação

Informação imprecisa

Diferenças de linguagem

Background profissional

Ruído e interrupções

Sobrecarga de trabalho

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

## TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO DOENTE CRÍTICO



“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011:2)

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

## IMPORTÂNCIA DA PASSAGEM DE TURNO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS



“A passagem de turno surge como uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal da informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados mas também, um momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente de formação em serviço/em situação. A passagem de informação realizada de forma oral vai complementar a informação escrita (...)” (OE, 2017:1)

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# IMPORTÂNCIA DA PASSAGEM DE TURNO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS



- Primeira etapa do planeamento de cuidados
- Elaboração de diagnósticos e intervenções
- Organização do trabalho
- Avaliação dos cuidados prestados
- Definição de estratégias e prioridades
- Reflexão e partilha sobre atitudes e cuidados prestados
- Crescimento pessoal e profissional do enfermeiro/equipa

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# INSTRUMENTOS PADRONIZADOS PARA A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS



ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# NORMA DGS 001/2017 – “COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE”



 <b>REPÚBLICA PORTUGUESA</b> SAÚDE	 <b>SNS</b> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 <b>DGS</b> desde 1899 Direção-Geral da Saúde
<b>NÚMERO:</b> 001/2017 <b>DATA:</b> 08/02/2017		<b>NORMA</b> Francisco Henrique Moura George <small>Digitally signed by Francisco Henrique Moura George DN: cn=Francisco Henrique Moura George, o=DGS, ou=Direção-Geral da Saúde, ou=Serviço Nacional de Saúde, ou=Portugal, email=francisco.henrique.moura.george@dgs.min-saude.pt</small>
<b>ASSUNTO:</b> Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde <b>PALAVRAS-CHAVE:</b> Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR <b>PARA:</b> Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde <b>CONTACTOS:</b> Departamento da Qualidade na Saúde ( <a href="mailto:dqs@dgs.min-saude.pt">dqs@dgs.min-saude.pt</a> )		

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

## INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC

CAMA Data e Hora de admissão	Identificação	Situação Atual	Background/ Antecedentes	Avaliação	Recomendações
1 / / Hora:	Nome: Idade: Famílias/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnósticos: MODT/Terapêuticas: Culha de espécimes:	AP: Terapêuticas: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição)	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêuticas: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
2 / / Hora:	Nome: Idade: Famílias/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnósticos: MODT/Terapêuticas: Culha de espécimes:	AP: Terapêuticas: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição)	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêuticas: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
3 / / Hora:	Nome: Idade: Famílias/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnósticos: MODT/Terapêuticas: Culha de espécimes:	AP: Terapêuticas: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção) E (Exposição)	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêuticas: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC

## Identificação

Nome:

Idade:

Familiar/Cuidador de referência:

Contacto:

### Mnemónica ISBAR

I

#### Identificação

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

- a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;
- b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;
- c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;
- d) Serviço de origem/destinatário;
- e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC

## Situação Atual

Motivo de admissão:

Diagnóstico:

MCDT/Terapêutica:

Colheita de espécimes:

S

#### Situação Atual/Causa

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde

- a) Data e hora de admissão;
- b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC

Background/ Antecedentes	
AP:	
Terapêutica:	
Alergias:	
<b>B Antecedentes/ Anamnese</b>	
Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	
a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.	

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC

Avaliação	
A (Via Aérea)	
B (Ventilação)	
C (Circulação)	
D (Disfunção)	
E (Exposição)	
<b>A Avaliação</b>	
Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	
a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.	

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC

**Recomendações**

MCDT/Preparação/Checklist:

Terapêutica:

Isolamento:

Dispositivos:

Pesquisa SARS COV 2:

Referenciações:

Preparação alta:

Outros:

**R**  
**Recomendações**

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

- a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;
- b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;
- c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC

CAMA Data e Hora de admissão	Identificação	Situação Atual	Background/ Antecedentes	Avaliação	Recomendações
1 / / Hora:	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Distância) E (Exposição)	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
2 / / Hora:	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Distância) E (Exposição)	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:
3 / / Hora:	Nome: Idade: Familiar/Cuidador de referência: Contacto:	Motivo de admissão: Diagnóstico: MCDT/Terapêutica: Colheita de espécimes:	AP: Terapêutica: Alergias:	A (Via Aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Distância) E (Exposição)	MCDT/Preparação/Checklist: Terapêutica: Isolamento: Dispositivos: Pesquisa SARS COV 2: Referenciações: Preparação alta: Outros:

Questões ?  
Contributos?  
Sugestões?

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

◊Antunes, M. (2019). *Perceção dos Enfermeiros acerca da Passagem de Turno* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal

◊Caselhas, S. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande* (Doctoral dissertation).

◊Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Departamento da Qualidade na Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

◊Dos Enfermeiros, O. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Lisboa: Ordem dos Enfermeiros*.

◊Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017) *Parecer n° 61/2017 Sobre: Atribuição de tempo para a passagem de turno*. Conselho de Enfermagem 2016-2019. Lisboa, Portugal

◊Marques, M. T. D. A. (2014). *A pessoa em situação crítica e a aquisição de competências para o seu cuidar* (Doctoral dissertation).

◊Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202.

ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



Obrigada pela  
vossa atenção

## ISBAR: COMUNICAÇÃO EFICAZ, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS SEGURA

UCIC

Novembro-Dezembro 2021



## APÊNDICE VI – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE FORMATIVA – REACÇÃO DO FORMANDO			
(Preenchimento imediatamente após a actividade formativa)			
SERVIÇO:			
TEMA DA ACTIVIDADE FORMATIVA:		Enfermeiro/a	
(Na quadricula ao lado assinala com x qual o grupo profissional a que pertence)			
		Assistente Operacional	
		Outro Técnico. Qual?	
Formador (es):		Carga Horária da Actividade Formativa:	
Data: __/__/__		Hora (s). Minutos	

**Legenda A:** 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatório; 4= Totalmente

Itens Avaliados		1	2	3	4
A v a l i	Globalmente a acção de formação agradou-lhe:				
	Os objectivos propostos foram alcançados:				
	A actividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:				

**Legenda B:** 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

C o n t	O nível de conhecimentos adquiridos foi:					
	A pertinência do tema abordado foi:					
	A profundidade do tema abordado foi:					
	A utilidade do tema abordado foi:					
D e s c	A identificação dos objectivos foi:					
	O domínio das matérias ministradas foi:					
	A selecção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:					
	A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:					
	O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:					
	A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:					
	Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referencias bibliográficas, sites, outros)?	Sim				
		Não				
C r i t	Foi distribuída documentação de apoio?	Sim				
		Não				
	A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:					
	A duração da actividade formativa foi:					
Em que situações/actividades profissionais prevê vir a aplicar os conhecimentos que adquiriu?						
Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real de trabalho?						

## APÊNDICE VII – PROJETO DE ESTÁGIO

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



5º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica  
2º Ano / 1º Semestre  
Departamento de Enfermagem  
**Unidade Curricular:** Estágio Final

## PROJETO DE ESTÁGIO

**Docente Orientador:**  
Professora Mariana Pereira

**Discente:**  
Helena Correia Dias  
Nº Estudante: m46881

**Évora, Outubro 2021**

*Viva como se fosse morrer amanhã.  
Aprenda como se fosse viver para sempre.  
Mahatma Ghandi*

## **LISTA DE SIGLAS**

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**EMC** - Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EPE**- Entidade Pública Empresarial

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

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

**PSC** - Pessoa em Situação Crítica

**SAV**- Suporte Avançado de Vida

**UACDI** - Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

**UCIC** - Unidade Cuidados Intensivos Coronários

**UE** - Universidade de Évora

**UHAC** – Unidade Hospitalar no Alentejo Central

## ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO.....	XXVII
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL .....	XXIX
1.1 – HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA - EPE.....	19
1.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS (UCIC).....	20
2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	XXXI
2.1 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	XXXII
2.2 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	XXXIII
2.3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	XLI
3 - CRONOGRAMA DE ESTÁGIO FINAL.....	XLVII
4 - CONCLUSÃO.....	XLVIII
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	XLVIII

## 0 - INTRODUÇÃO

Aprender e ensinar, esta é a essência de qualquer estágio curricular supervisionado em enfermagem. O estágio curricular supervisionado “trata-se de uma relação favorecida pelo próprio campo de estágio onde ocorre a vivência do aluno. Desta forma, os estudantes passam por um processo de transformação, iniciando-se como “pessoa” e finalizando-o como outra.” (Ferreira et al., 2020:3).

Para Calista Roy a pessoa é vista como um ser adaptável com mecanismos que permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos (Coelho et al., 2011). E é todo um processo de adaptação que é esperado que aconteça ao enfermeiro em estágio curricular supervisionado. Durante a realização de estágios, inseridos nos planos curriculares dos cursos de mestrado com área de especialização, o enfermeiro, muitas vezes considerado já proficiente, ambiciona, através do contacto estreito com a realidade dos cuidados e do confronto constante com a mais recente evidência científica, adquirir competências específicas e diferenciadas. Estas características são próprias do enfermeiro perito, esboço da figura do enfermeiro especialista.

Patrícia Benner defende que o enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável, ser criativo, ser proactivo, imbuído de espírito crítico, pautando a sua ação pelos princípios éticos e deontológicos da profissão (Benner, 2001). E é neste trilho em que me encontro. No trilho da procura, da construção, da aquisição de novos saberes, novas competências, de um novo “ser-enfermeira”, mais capaz, mais preparada, mais rica, com mais competência para fazer a diferença nos cuidados ao doente crítico.

A unidade curricular “Estágio Final” inclui-se no plano de estudos do 5º curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica (EMC-PSC), e teve início a 16/09/21. Tem uma duração de 336 horas e é a base de sustentação e fonte para a unidade curricular “Relatório Final”, que lhe sucede.

A elaboração deste Projeto de Estágio, inserido na unidade curricular “Estágio Final”, tem como objetivos planear a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – pessoa em situação crítica, através da definição de atividades a desenvolver; mobilizar, rever e aplicar conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo do mestrado; prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico com base na mais recente e acreditada evidência científica, planear e executar cuidados de enfermagem alicerçados nos mais elevados padrões éticos e deontológicos; definir e aplicar um projeto de intervenção major no campo de estágio, não esquecendo a sua avaliação. O projeto de intervenção major, subordinado ao tema “ISBAR: comunicação efetiva, transição de cuidados segura” pretende, através das suas diferentes etapas, intervir diretamente no momento de



transição de cuidados, a passagem de turno, uniformizando não só o método, mas também a linguagem e raciocínio clínico dos seus intervenientes, promovendo uma comunicação eficaz, uma transição de cuidados segura, uma melhoria do nível de qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes e dos enfermeiros prestadores de cuidados. O projeto de intervenção major visa ter impacto direto na esfera da melhoria contínua da qualidade e também no domínio da “segurança do doente”, tema prioritário para profissionais, organizações e órgãos governamentais nos dias que correm.

A unidade curricular “Estágio Final” decorrerá na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) de uma Unidade Hospitalar do Alentejo Central (UHAC) e sustenta a elaboração deste projeto de estágio que servirá, não só de método de avaliação, mas também de “fio condutor” deste caminho que agora começa interligando os objetivos traçados com as atividades planeadas e a implementar, relacionando-as com as competências a adquirir no decurso do processo de aprendizagem.

Este projeto de estágio encontra-se assim dividido em cinco partes distintas. A primeira parte consiste na presente nota introdutória; a segunda parte que pretende contextualizar a realidade em que ocorre o estágio final, com uma breve descrição da UHAC e da UCIC no que respeita aos recursos humanos/técnicos e matérias, população-alvo de cuidados, projetos a decorrer e particularidades destas Unidades de Cuidados; a terceira parte deste projeto visa descrever as competências de mestre e as competências comuns e específicas do Enfermeiro EMC-PSC, bem como planear atividades a implementar para a sua aquisição; a quarta parte surge com a apresentação de um cronograma orientador das atividades planeadas e das diferentes fases do projeto de intervenção major no serviço; a quinta parte assume-se como uma breve conclusão deste projeto de estágio.

De acordo com Boaventura Sousa Santos citado por Cordeiro (2013:19) “Na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização.” É nesta premissa que procurarei basear a minha conduta ao longo destas duas Unidades Curriculares que culminarão com a aquisição do título de Mestre em Enfermagem – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica. Tão ou mais importante que isso, só a certeza de que serei então mais preparada e mais capaz para fazer a diferença nos cuidados de enfermagem ao doente crítico.

## **1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL**

O presente capítulo visa dar a conhecer a realidade em que se inserem a Unidade Hospitalar do Alentejo Central – EPE e a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários onde decorre a Unidade Curricular “Estágio Final”, não só nos aspetos gerais que os caracterizam, mas dando especial enfoque à particularidade que se vive na Região Alentejo: o envelhecimento marcado e o isolamento da população.

### **1.1 – UNIDADE HOSPITALAR NO ALENTEJO CENTRAL - EPE**

A Unidade Hospitalar no Alentejo Central – EPE na qual decorre o estágio final é a maior e principal unidade hospitalar do território alentejano, servindo a população alentejana há já mais de 500 anos. É igualmente aquela que oferece maior diferenciação, recebendo utentes do Alentejo Central (152.865 habitantes) e tratando cada vez mais doentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (345.939 habitantes), num total de 498.804 habitantes (HESE, 2021).

Ao longo dos tempos, esta unidade hospitalar passou por variadas transformações e alterações na sua designação, tendo assumido o estatuto de Entidade Pública Empresarial em 2007, e de Hospital Central em 2008 (HESE, 2021). A UHAC tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, de forma a garantir padrões elevados de desempenho técnico-científico, eficaz e eficiente gestão de recursos, humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (HESE, 2021).

A área de influência abrangida pela UHAC e a sua população observam características muito particulares. O Alentejo corresponde a cerca de 30% da área territorial de Portugal, representando apenas cerca de 6.8% da população total, população esta muito marcada pelo envelhecimento e problemas de saúde associados.

### **1.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS (UCIC)**

De acordo com Monteiro et al., (2020), tem-se assistido, em Portugal e no mundo, a um aumento significativo do número de doentes com necessidades de cuidados cardíacos agudos, não raras vezes complicada por comorbilidades, nem sempre relacionadas com o foro cardiovascular. Este sem número de comorbilidades, agudas ou crónicas, tem impacto direto no prognóstico do doente com patologia cardiovascular complexa, o que sublinha inequivocamente a necessidade de cuidados de saúde específicos e altamente especializados nesta área. “Desta forma, as unidades coronárias do

passado, que tiveram um papel fundamental no tratamento e melhoria do prognóstico do doente com enfarte agudo do miocárdio, têm evoluído para unidades de cuidados intensivos cardíacos (UCIC), com capacidade de prestar cuidados cardíacos agudos a um largo espectro de doentes e de patologias cardíacas.” (Monteiro et al., 2020:402)

A UCIC da UHAC foi inaugurada em 2007 e situa-se no 5º piso do edifício do Espírito Santo, e é uma unidade específica no serviço de internamento de Cardiologia. Possui um total de seis unidades funcionais, cada uma equipada com monitor multiparâmetros, oxigénio e vácuo, sistemas de perfusão contínua (seringas e bombas infusoras), permitindo monitorização invasiva e não invasiva dos doentes nela internados e a administração de terapêutica sob estreita vigilância. As seis unidades funcionais, destinadas ao internamento de doentes com patologia cardiovascular complexa, dispõem-se em torno de uma central de monitorização no centro da Unidade, o que permite que os enfermeiros que prestam cuidados na UCIC vigiem de perto as alterações e estabilidade hemodinâmica dos doentes críticos ali internados. Esta central de monitorização dispõe ainda de um segundo ecrã que dá acesso à monitorização por telemetria de um total de dez doentes internados na enfermaria de cardiologia. A UCIC dispõe ainda de 4 ventiladores com capacidade para realizar ventilação invasiva e não invasiva, imprescindíveis no cuidado ao doente crítico do foro cardíaco.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa do Serviço de Cardiologia é composta por 11 médicos cardiologistas e 4 internos da especialidade, assim como 2 médicos em colaboração externa (áreas de Hemodinâmica e Ressonância Magnética Cardíaca). A equipa de enfermagem é constituída por 29 enfermeiros no serviço de internamento e 4 na Unidade de Hemodinâmica. O Serviço dispõe ainda de 9 Técnicos de Cardiopneumologia, uma Assistente Técnica e de 12 Assistentes Operacionais. Conta também com o apoio de um médico de Medicina Interna, de uma Farmacêutica e de uma Assistente Social. (HESE, 2021)

Diariamente prestam cuidados na UCIC um total de dois enfermeiros por turno, que alternam com a prestação de cuidados na enfermaria de Cardiologia. A gestão de cuidados é normalmente da responsabilidade do Enfermeiro Especialista.

Todos os doentes são observados diariamente pelo cardiologista responsável pela UCIC, e todas as intercorrências possíveis são de imediato comunicadas ao cardiologista de serviço (na ausência do responsável pela Unidade).

A UCIC trabalha em estreita articulação com a enfermaria de Cardiologia e com a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UACDI), que dá resposta ao doente crítico cardiológico residente no Alto Alentejo, Alentejo Central, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral, no que respeita aos doentes abrangidos pelo protocolo “Via Verde Coronários” (em regime de urgência 24h)

e a todos os que requeiram cuidados de cardiologia de intervenção complexos.

A UCIC da UHAC assegura cuidados multidisciplinares, centrados na articulação dos profissionais que nela trabalham, com formação específica em cuidados intensivos coronários, requerendo apoio de outras especialidades (médicas, cirúrgicas, dietética e nutrição, serviço social) sempre que necessário. Pode mesmo afirmar-se que a UCIC da UHAC é o *core* dos cuidados ao doente do foro cardíaco no Alentejo, admitindo doentes críticos complexos provenientes do Serviço e Urgência, Via Verde Coronários (através da rede de referênciação como Unidade de referência), UACDI e Sala de Hemodinâmica, enfermarias e Bloco Operatório.

## **2 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Neste capítulo serão apresentadas as competências de mestre e as competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista EMC-PSC, que servem de orientação para a prática, traçando o rumo a trilhar no decurso das unidades curriculares “Estágio final” e “Relatório Final”.

Importa assim realçar a estreita simbiose entre estes dois leques distintos, mas complementares de competências. As competências de mestre primam pelo rigor, proficiência na prática de cuidados e na disseminação da investigação, na promoção da prática baseada na evidência, na capacidade de integrar conhecimentos e gerir situações complexas e também na aptidão para desenvolver, aplicar e liderar projetos de intervenção, diagnosticando aspetos que carecem de melhoria, planeando ações, implementando inovação e avaliando o seu impacto. Por sua vez, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista consistem num vasto leque de habilitações que transformam o enfermeiro proficiente em perito, no profissional mais capacitado para prestar cuidados de enfermagem diferenciados, na sua área de especialização. São espelho da exatidão, do método e evidência científica como bases de sustentação, da prática que se firma em elevados padrões de qualidade e valores éticos e deontológicos, com responsabilidade social e impacto direto no processo de saúde da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. É, pois, inequívoca a ligação existente entre ambos os conjuntos de competências que se irão descrever de seguida, provando que a prática e o método emergem duma mesma raiz.

## 2.1 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o regulamento de funcionamento do Mestrado em Enfermagem, os objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências) a desenvolver pelos estudantes do Mestrado em Enfermagem são as seguintes:

- Demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- Iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Ter a capacidade para integrar conhecimentos, tomar decisões e gerir situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Participar de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- Realizar 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;
- Evidenciar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área da sua especialidade.

Após realização de uma entrevista não estruturada com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, foi definido o foco do Projeto de Intervenção Major a aplicar na UCIC, e que assenta no domínio da melhoria contínua da qualidade: fazer aplicar a Norma 001/2017 da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”. É também objetivo do Projeto de Intervenção criar, introduzir e aplicar às passagens de turno um instrumento/grelha que visa uniformizar não só a linguagem na transição de cuidados, mas também a abordagem e raciocínio clínicos. Pretende-se assim uma uniformização da comunicação durante os momentos chave da transição de cuidados, motivando ganhos diversos na qualidade de cuidados, articulação da equipa, e na segurança dos utentes e profissionais.

O Projeto de Intervenção Major dá resposta a várias premissas específicas das competências de mestre, como sendo a capacidade diagnóstica, o planeamento, a intervenção e avaliação em focos de necessidade específicos do ambiente de cuidados, bem como a participação proactiva em projetos de natureza multidisciplinar que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O Projeto de Intervenção Major acompanhará as etapas da metodologia de projeto, e será desenvolvido ao longo da Unidade Curricular “Estágio Final”.

## 2.2 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem, querem-se, no mundo de hoje, cada vez mais diferenciados e especializados, de forma a dar resposta aos desafios lançados pela evolução dos tempos, da sociedade, pelos avanços da medicina e da ciência. É esperado que os cuidados de saúde saibam ser adequados a todos e a cada um, no seu contexto unipessoal, de forma holística, buscando uma eficaz transição da doença para a saúde, otimizando o estado de saúde de cada indivíduo.

“Neste sentido, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Diário da República, 2019). As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista compreendem diversas esferas, tais como a da educação (do utente e dos pares), a da orientação, aconselhamento e liderança, bem como a premissa de levar a cabo e desenvolver investigação relevante, que permita o avanço científico da prática de enfermagem. (Diário da República, 2019). A descrição das Competências Comuns do Enfermeiro especialista seguirá a ordem descritiva disposta em Diário da República, bem como a sua nomenclatura, dado ser este o documento mais recente contendo a sua apresentação, definição e abrangência.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista assentam em quatro domínios:

- Responsabilidade profissional ética e legal (A)
- Melhoria contínua da qualidade (B)
- Gestão dos cuidados (C)
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

Conforme disposto no artigo 5º do nº 26 da 2ª Série do Diário da República (2019) as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal encerram em si as seguintes:

- Competência A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional
- Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Unidades de Competência	Atividades
<p>A1.1 – Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas</p> <p>A1.2 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade</p> <p>A1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever e chamar à prática clínica diária o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e o Código de Conduta Ética do Hospital do Espírito Santo Évora;</li> <li>- Planear e prestar cuidados de enfermagem ao doente, família/cuidador sustentados nos princípios éticos, deontológicos e legais da profissão;</li> <li>- Fundamentar o processo de decisão em sólidos padrões de conhecimento, e no respeito pelos valores éticos e normas deontológicas;</li> <li>- Colaborar com a equipa multidisciplinar nos processos de tomada de decisão, refletindo sobre os mesmos.</li> </ul>

<p>A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos</p>	<p>- Rever e aprofundar conhecimentos sobre a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, direitos e deveres do doente nos serviços de saúde, aplicando-os na prática clínica;</p>
<p>A2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente</p>	<p>- Colaborar com a enfermeira orientadora/equipa multidisciplinar de forma a prever/detetar situações que possam comprometer a privacidade, dignidade e segurança do utente, família/cuidador e ser elemento facilitador de mudança de comportamentos, contribuindo para a criação de estratégias para as prevenir;</p> <p>- Respeitar a dignidade e privacidade do utente, bem como as suas escolhas, crenças e valores no seu processo de saúde;</p> <p>- Respeitar e promover a confidencialidade do utente no que respeita a informação verbal e registos de enfermagem;</p> <p>- Promover o envolvimento do doente, família/cuidador no processo de tomada de decisão, respeitando a sua individualidade.</p>

A competência B1 (garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica), B2 ( desenvolve práticas de qualidade , gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua) e B3 (garante um ambiente terapêutico seguro) são sustentadas pelo domínio da melhoria contínua da qualidade.



Unidades de Competência	Atividades
B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades garantido a melhoria contínua da qualidade	- Rever e utilizar conhecimentos teóricos adquiridos ao longo deste mestrado, de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados prestados;
B1.2 – Orienta projetos institucionais na área da qualidade	- Pesquisar bibliografia sobre as mais recentes <i>guidelines</i> respeitantes à melhoria da qualidade de cuidados, de forma a promover a sua implementação nos processos complexos de doença crítica;
B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas	
B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua	- Conhecer os projetos de melhoria da qualidade de cuidados implementados na UCIC/HESE;
B2.3 – Lidera programas de melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar entrevista não estruturada com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, de forma a conhecer e compreender as reais necessidades do serviço no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados;</li> <li>- Planear e implementar o Projeto de Intervenção Major no serviço subordinado ao tema: “ ISBAR: comunicação efetiva, transição de cuidados segura.”;</li> <li>- Desenvolver e implementar uma ferramenta/matriz baseada na metodologia ISBAR para a passagem de turno.</li> </ul>

<p>B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisar bibliografia sobre as mais recentes <i>guidelines</i> respeitantes à gestão de risco e segurança dos cuidados, de forma a promover a sua implementação nos processos complexos de doença crítica;</li> <li>- Promover o envolvimento informado e esclarecido da família/cuidador no processo de tomada de decisão clínica;</li> <li>- Fomentar e promover uma cultura de respeito pela individualidade psicossocial, cultural e espiritual do utente, incrementando cuidados seguros e individualizados;</li> </ul>
<p>B3.2- Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o plano de emergência interno do serviço;</li> <li>- Identificar e procurar minimizar, em conjunto com a enfermeira orientadora, possíveis focos de potencial risco para o utente, família/cuidador e outros profissionais;</li> <li>- Conhecer terapêutica específica existente no serviço, de forma a proceder à sua manipulação e administração de forma segura;</li> <li>- Contribuir, através do projeto de intervenção e da implementação da metodologia ISBAR na passagem de turno, para a melhoria da qualidade de</li> </ul>

	cuidados e da segurança do doente crítico cardíaco.
--	---

No domínio da gestão de cuidados, as competências C1 e C2 conduzem a ação do enfermeiro especialista:

- Competência C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde
- Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade de cuidados.

Unidades de Competência	Atividades
C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível de tomada de decisão	- Integrar a equipa multidisciplinar;
C1.2 – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade	- Tomar conhecimento de normas/protocolos implementados no serviço;
	- Reconhecer antecipadamente a necessidade de referenciação a outros prestadores de cuidados de saúde;
	- Participar, com a enfermeira orientadora, na delegação de tarefas, supervisionando os cuidados prestados;
	- Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis na UCIC, de forma a gerir, planear e prestar cuidados de enfermagem de forma segura e com qualidade.

<p>C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar, em conjunto com a enfermeira orientadora, na definição e implementação de estratégias de motivação, para a melhoria do desempenho e dos cuidados prestados;</li> <li>- Observar os diversos estilos de liderança presentes nos chefes de equipa nos diversos momentos;</li> <li>- Rever e mobilizar conhecimentos sobre estilos de liderança;</li> </ul>
<p>C2.2 – Adapta o estilo de liderança no local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre o meu estilo de liderança bem como sobre a sua aplicabilidade e adequabilidade;</li> <li>- Refletir sobre os desafios da gestão de cuidados e da liderança de equipas.</li> </ul>

Conforme determinado no artigo 8º do nº 26 da 2ª Série do Diário da República (Diário da República, 2019) as competências D1 e D2 estão relacionadas com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e são as seguintes:

- Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
- Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Unidades de Competência	Atividades
<p>D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</p> <p>D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir diariamente, incluindo a enfermeira orientadora, sobre aspetos a melhorar na minha atitude perante a prática diária dos cuidados ;</li> <li>- Aproveitar as oportunidades de aprendizagem criadas pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora ao longo do estágio;</li> <li>- Rever o tema “gestão de conflitos”, facilitando a mediação, resolvendo e prevenindo futuras situações de conflito;</li> <li>- Demonstrar aptidão para responder adequadamente em situações de emergência;</li> </ul>
<p>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho</p> <p>D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica</p> <p>D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pesquisa bibliográfica de forma continuada e consistente, de forma a assegurar cuidados em processos complexos ao doente crítico sempre baseados na mais atual evidência científica;</li> <li>- Partilhar, sempre que adequado, práticas baseadas em evidência científica, contribuindo para o conhecimento novo e para a prática clínica especializada;</li> <li>- Identificar com a enfermeira orientadora potenciais necessidades de formação em serviço;</li> <li>- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a metodologia ISBAR</li> </ul>

	e a sua importância e pertinência no processo de transição de cuidados.
--	---

### 2.3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (EMC-PSC)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) deve ter a capacidade de conceber, aplicar e avaliar planos de intervenção que visem dar resposta às situações experienciadas pela pessoa/família, visando a deteção precoce de deterioração do estado de saúde/complicações, estabilização clínica, manutenção e recuperação, perante situações complexas que requerem avançados meios de monitorização, vigilância e terapêutica, prevenindo a doença e promovendo a saúde, nos seus vários contextos de ação (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2017:10)

Pretende-se que o enfermeiro EMC-PSC seja reconhecido e tido em conta como elemento-chave na prestação de cuidados efetivos e seguros à pessoa em situação crítica. Esta conceção relaciona-se com a Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner quando se afirma que, em cenários de enorme complexidade, instabilidade e imprevisibilidade, como os de doente agudo e crítico, os enfermeiros peritos desenvolvem uma prática sustentada num processo sistémico, procurando intervir e resolver problemas por eles identificados atempada e eficazmente, recorrendo a uma prática reflexiva e julgamento crítico. O enfermeiro EMC-PSC possui igualmente capacidade e responsabilidade de agir ou influenciar determinada situação, servindo-se da sua perspicácia no estabelecimento de relações interpessoais com o utente e a família, integrando os princípios éticos e deontológicos na sua prática (Benner et al., 2011).

Os conceitos base nos quais assentam os padrões de qualidade do enfermeiro EMC são os seguintes: processos médicos e cirúrgicos complexos, processos terapêuticos, infecção associada aos cuidados de saúde. Por sua vez, e quando diante da pessoa em situação crítica, os conceitos essenciais são: a pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados à pessoa em

situação crítica (OE, 2017). As competências a desenvolver pelo enfermeiro EMC-PSC têm fundamento nestes mesmos conceitos. Assim sendo, e de acordo com o disposto no artigo 3º do nº 135 da 2ª Série do Diário da República (Diário da República, 2018) as competências específicas do enfermeiro EMC-PSC são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (A);
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (B);
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infecção e de resistência a Antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (C).

Todas estas unidades de competência possuem critérios de avaliação.

No que respeita à competência A:

<b>Unidades de Competência</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>
1.1 – Presta cuidados à pessoa e situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever conhecimentos e realizar pesquisa bibliográfica sobre as mais recentes <i>guidelines</i> e orientações relativamente à abordagem ao doente crítico cardíaco e aos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica que lhes estão associados;</li> <li>- Mobilizar conhecimentos adquiridos sobre cuidados ao doente crítico cardíaco ao longo do mestrado;</li> <li>- Prestar cuidados diferenciados, identificando e estabelecendo prioridades, e antecipando complicações ao doente crítico internado na UCIC;</li> <li>- Antecipar e atuar prontamente junto do doente crítico cardíaco com possíveis focos de instabilidade;</li> </ul>

<p>1.2 – Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar 2 a 3 turnos na UADCI, de forma a adquirir conhecimentos sobre os procedimentos mais frequentemente realizados, facilitando a compreensão, planeamento e adequação dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Demonstrar capacidade de resposta em situações de emergência (SAV);</li> <li>- Conhecer as normas e protocolos implementados na UCIC;</li> <li>- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos;</li> <li>- Colaborar com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar na promoção de cuidados diferenciados e individualizados ao doente crítico internado na UCIC;</li> <li>- Demonstrar conhecimentos e competência em situações de morte cerebral e de manutenção da estabilidade hemodinâmica do possível dador de órgãos;</li> </ul>
<p>1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar evidências fisiológicas e emocionais de dor e mal-estar;</li> <li>- Acompanhar o doente crítico com dor, promovendo o seu alívio através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, incentivando a equipa a elaborar avaliações e registos evolutivos;</li> </ul>



<p>1.4 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</p> <p>1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica</p> <p>1.6 – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar conhecimento e competência na gestão de situações que requeiram sedo-analgésia;</li> <li>- Adequar a comunicação às necessidades do doente crítico/família, utilizando técnicas facilitadoras de uma relação terapêutica;</li> <li>- Demonstrar conhecimentos sobre estratégias de comunicação com utentes com limitações na comunicação verbal;</li> <li>- Contribuir para o fomento de uma relação terapêutica entre o utente/família ou cuidador e a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Atuar como elemento facilitador do processo de luto.</li> </ul>
---	---

Em relação à competência B:

Unidade de competência	Atividades a desenvolver
2.1 – Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe	- Conhecer os planos de emergência interna do HESE e da UCIC;
2.2 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe	- Conhecer os recursos (materiais e físicos) a utilizar de forma a dar resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe;
2.3 – Planeia respostas à situação de catástrofe	- Analisar, junto com a enfermeira orientadora, necessidades específicas de formação nesta área;
2.4 – Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe	- Rever conhecimentos adquiridos durante o mestrado;
2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios da prática de crime	- Rever e refletir sobre os conhecimentos adquiridos durante o simulacro <i>Cascade 2019</i> (no qual participei como voluntária);
	- Participar em atividades de conceção e treino do plano de catástrofe durante o estágio final, caso haja essa possibilidade;
	- Diagnosticar precocemente evidências da prática de crime, preservando vestígios e encaminhando às entidades competentes;
	- Conhecer protocolos/materiais disponíveis na UCIC para o disposto no ponto anterior.

No que concerne à competência C:

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver
<p>3.1 – Concebe plano de prevenção e controlo da infecção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</p> <p>3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar pesquisa bibliográfica sobre as mais recentes orientações no que respeita à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e à resistência a agentes microbianos;</li><li>- Mobilizar conhecimentos adquiridos durante o mestrado;</li><li>- Conhecer normas e protocolos implementados no serviço;</li><li>- Participar na ação de formação “Prevenção da infecção do trato urinário associado a cateter vesical” providenciada pelo PPCIRA HESE prevista para 30/09/21;</li><li>- Reunir com a enfermeira orientadora (elo de ligação com PPCIRA HESE), enfermeira chefe e enfermeira responsável pelo PPCIRA, a fim de detetar necessidades de formação nesta área específica;</li><li>- Elaborar um póster relacionado com os “Feixes de Intervenção” de prevenção de infecção relacionada com o cateter venoso central.</li></ul>



#### 4 - CONCLUSÃO

A realização deste curso de Mestrado representa um enorme desafio pessoal, uma superação diária, uma maratona com prova de obstáculos. Mas, fiel à premissa que o caminho se faz caminhando, começo de mente aberta, disponível e ansiosa pelas aprendizagens, pela aquisição de competências, pela construção deste novo “ser enfermeira”.

Conforme consta no dicionário da língua portuguesa, “projeto” emerge do latim *projectus*, e contempla a ação de se estender, aquilo que alguém planeia ou pretende fazer, um cometimento, intento, o esboço de um trabalho que se pretende realizar. Importa assim referir que o projeto não é estanque, e poderá ser alterado, no intuito de procurar atingir as competências pretendidas.

#### 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, 15, 845-850.
- Cordeiro, I. R. (2013). *Trabalho de projeto: cuidados de enfermagem especializados para a segurança do cliente* (Doctoral dissertation, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal).
- Diário da República. (2019). *Lei n.º 156/2015*. Diário da República n.º 181/2015, Série II de 2019-02-06: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Diário da República. (2018). *Regulamento n.º 429/2018*. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- dos Enfermeiros, O. (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroesqualidadeemc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidadeemc_rev.pdf)*.
- Ferreira, R. K. R., & Rocha, M. B. (2020). A importância das práticas educativas do estágio supervisionado na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(4), e121942933-e121942933.
- Hospital do Espírito Santo Évora, 2020 : <https://www.hevora.min-saude.pt>
- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., ... & Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Pinto, T. G. (2015). *De iniciado a perito um percurso a construir na promoção da parentalidade* (Doctoral dissertation, [sn]).

## APÊNDICE VIII – ESTUDO DE CASO

# **Estudo de Caso: Contributos da Enfermagem Médico-Cirúrgica Especializada nos cuidados ao doente crítico submetido a Implantação de Válvula Aórtica Transcateter (TAVI) em Unidade de Cuidados Intensivos Coronários**

## **RESUMO**

### **Introdução:**

**Objetivo:** Compreender os contributos dos cuidados de enfermagem especializada na vertente de enfermagem médico-cirúrgica – a pessoa em situação crítica à pessoa com EA grave submetida a TAVI

**Método:** Estudo descritivo do tipo estudo de caso elaborado de acordo com as *guidelines* da *CAse REport*.

**Resultados:** A Estenose Aórtica atinge cada vez mais idosos nos países desenvolvidos, parte significativa dos quais não é elegível para a principal opção de tratamento, a substituição valvular cirúrgica, por elevado risco operatório. A TAVI (Implantação de válvula aórtica Transcateter) surgiu em 2002, e assume-se nos dias de hoje como uma mais-valia no tratamento destes doentes não elegíveis para cirurgia. Os diagnósticos de enfermagem elaborados, bem como os resultados esperados e as intervenções propostas são exemplo dos inúmeros contributos da Enfermagem Médico-Cirúrgica especializada.

**Conclusões:** O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia no planeamento e prestação de cuidados ao doente crítico do foro cardiovascular, em contexto de UCIC.

**Palavras-chave:** Válvula Aórtica Transcateter (TAVI), Cuidados Intensivos Coronários, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Estudo de Caso

APÊNDICE IX – INFOGRAFIA “*DEBRIEFING* APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA”



# DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE

## VANTANGES DO DEBRIEFING

A implementação de estruturas de *debriefing* apresenta várias vantagens para os profissionais de saúde a nível individual e coletivo, mas também para os utentes.

(4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)



### Profissionais de Saúde

- Estimula a autorreflexão
- Melhora a compreensão das situações e emoções
- Fornece suporte e Bem-estar Psicológico
- Reduz emoções negativas
- Desenvolve mecanismos de Coping
- Promove a resiliência



### Equipa de Saúde

- Estimula o apoio entre pares
- Melhora o trabalho em equipa
- Incentiva a aprendizagem individual e coletiva
- Melhora o desempenho da equipa
- Permite a correção de erros
- Melhora competências de liderança e gestão



### Utente

- Melhora a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

## IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do *debriefing* só é eficazmente realizada se responder às

questões:<sup>(3)</sup>

Porquê?

O quê?

Quem?

Como?

Quando?

Onde?



Adaptando esta teoria, o *Debriefing* pode dividir-se em **três fases**, as quais serão conduzidas pelo *Team Leader*:<sup>(11, 12, 13)</sup>

### 1ª FASE

- Ocorre após a situação crítica - fase de **reação**.
- **Discussão com todos os elementos** da equipa envolvidos.
- O *team leader* elucida as **regras e os objetivos** da sessão.



### 2ª FASE

- O *team leader* direciona a sessão para a **performance da equipa**, estimulando a **aprendizagem a partir da reflexão** conjunta.
- **Participação de todos os intervenientes**.
- Utilização de **reforço positivo**.
- Questões projetadas para: **o que correu bem, menos bem e aspetos a melhorar**.
- **Documentação** de conclusões.

### 3ª FASE

- Expressão de **emoções e sentimentos stressantes** e/ou perturbadores.
- **Apoio** entre os elementos da equipa.
- Mecanismos de **Coping**.
- Finalização da sessão.

#### Sugestão de Questões

- O que aconteceu em específico?
- Houve algum imprevisto?
- Como é que se sentiram?

#### Sugestão de Questões

- O que correu bem?
- O que teríamos feito de forma diferente e qual o resultado previsto?
- O que podemos melhorar?
- Como?
- O que aprendemos?
- O que devemos manter no futuro?
- O que devemos reforçar?

#### Sugestão de Questões

- Como se sentem?
- Além quer partilhar alguma experiência significativa?

## IMPLEMENTAÇÃO<sup>(3)</sup>



### Porquê?

- Reconhecer o que correu bem e os aspetos a melhorar na *performance* da equipa;
- Evitar lamentações.

### O quê?

- Ter em conta as **necessidades/prioridades** da equipa multidisciplinar e do serviço;
- Considerar o **desempenho técnico** e as **relações interpessoais**.

### Quem?

- Envolver todos os elementos da equipa que participaram na situação crítica, sem exceção;
- Ponderar a presença de pessoas externas ao evento, possibilitando a troca de experiências;
- Exercer liderança, pois assume-se como fundamental.

### Como?

- Criar um ambiente tranquilo, amigável e disponível para a colocação de questões;
- Evitar críticas destrutivas, mas sim construtivas;
- Refletir sobre a situação na sua totalidade;
- Utilizar um discurso honesto e livre de conflitos.

### Quando?

- Escolher o tipo de *debriefing* a utilizar, bem como a sua periodicidade e duração (flexíveis).

### Onde?

- Evitar usar Salas de Emergência, pois devem estar sempre disponíveis e operacionais;
- Utilizar uma sala calma e tranquila, sem possibilidade de interrupções.

## O DEBRIEFING RELACIONA-SE COM A TEORIA DE APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL DE KOLB<sup>(11)</sup>

Aprendizagem = Reflexão sobre a prática + Transformação da prática

## INFOGRAFIA ELABORADA POR:

Mestrado em Enfermagem em Associação



### Alunas do 5º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da Pessoa em Situação Crítica:

- Célia Mourão \*
- Helena Dias \*\*
- Joana Pisco \*\*\*

#### Sob a Orientação Clínica de:

- Enf.ª Especialista
- Enf.ª Especialista
- Enf.ª Especialista



#### Sob a Orientação Pedagógica de:

- Prof.ª Dr.ª Mariana Carolino Pereira \*, \*\*
- Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques \*\*\*

**OBRIGADA PELA  
VOSSA ATENÇÃO**

THANK  
YOU

## CONCLUSÃO

Embora ainda seja escassamente implementado no Mundo e em Portugal, o **Debriefing** apresenta **inúmeros benefícios nos cuidados de saúde**. É fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros responsáveis/chefes de equipa/ enfermeiros especialistas invistam na sua implementação, visando **melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados**, bem como o bem-estar das suas equipas.

## FONTES:

1. Bagorrihla, T., & Pereira, M. (2020). *Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico*. Obtido de Repositório Comum:<http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
2. Gregório, C., & Lobão, C. (27 de novembro de 2017). *O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória*. Obtido de IPEleiria:[https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%3a7%3a3o\\_debriefing%2bc%3a1tia%20greg%3ab3rio.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%3a7%3a3o_debriefing%2bc%3a1tia%20greg%3ab3rio.pdf)
3. Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). *Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide*. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698
4. Appleton, K. P., Nelson, S., & Wedlund, S. (2018). *Distress Debriefings After Critical Incidents: A Pilot Project*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ddbc58fe-e5fc-4a7c-9733-7169cf5fdd3a%40sessionmgr102>
5. Buhlmann, M., Ewens, B., & Rashidi, A. (2020). *The impact of critical incidents on nurses and midwives: A systematic review*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=3ef86cac-c9c4-4cf3-97a1-0980b49c1c24%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtbGl2ZS5yY29wZT1zaXRI#AN=33351975&db=cmedm>
6. Conoscenti, E., Martucci, G., Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., . . . Chiaramonte, G. (2020). *Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=b9f90d1a-c9aa-4fb6-83e8-5af65b5a198f%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtbGl2ZS5yY29wZT1zaXRI#AN=S0964339720301804&db=edselp>
7. Harder, N., Lemoine, J., & Harwood, R. (2019). *Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=cd16a4df-1841-4f9c-a18c-16aefca4a8d5%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtbGl2ZS5yY29wZT1zaXRI#AN=31661584&db=cmedm>
8. Iflaifel, M., Lim, R. H., K. R., & Crowley, C. (2020). *Resilient Health Care: a systematic review of conceptualisations, study methods and factors that develop resilience*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=e363ffc1-4598-4ac1-bc72-56293eb7628c%40pdc-v-sessmgr01>
9. Mayer, D., & Hamilton, M. (2018). *Critical Incidents in Health Care*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=08f82398-56a5-48d4-a704-af8525a52c96%40pdc-v-sessmgr01>
10. Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019). *The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices*. Disponível em B-On: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=a815fd9c-edab-43d3-b294-e5d72f080966%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbm9cHQtHQM2l0ZT1lZHMtbGl2ZS5yY29wZT1zaXRI#AN=S0300957219304952&db=edselp>
11. AFS. (2014). *Debriefing: Análise da Aprendizagem Experiencial*. Obtido de AFS Intercultural Programs: <https://d22dvihj4pfp3.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/27/2019/02/13111021/Debriefing-analisedaAprendizagemExperiencial.pdf>
12. Jaye P, T. L. (2015). *'The Diamond': a structure for simulation debrief*. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26009951/>
13. Rudolph JW, S. R. (2008). *Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education*. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18945231/>

APÊNDICE X – POSTER “*DEBRIEFING* PÓS-CRISE EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE – IMPORTÂNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”

# Debriefing Pós-Crise em situação de emergência, exceção e catástrofe

## Importância para os Profissionais de Saúde

António Santos \*, Helena Dias \*\*, Joana Pisco \*\*\* & Mariana Carolino Pereira\*\*\*\*

\*Licenciado em Enfermagem, Universidade de Évora, [m47296@alunos.uevora.pt](mailto:m47296@alunos.uevora.pt); \*\*Licenciada em Enfermagem, Universidade de Évora, [m46881@alunos.uevora.pt](mailto:m46881@alunos.uevora.pt); \*\*\*Licenciada em Enfermagem, Universidade de Évora, [m47245@alunos.uevora.pt](mailto:m47245@alunos.uevora.pt); \*\*\*\*Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS); Centro de Investigação Interdisciplinar Aplicada em Saúde (CIAAS)

### Introdução

- Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe
- Cuidados de saúde em contextos críticos
- Stress e ansiedade para as organizações de saúde
- Desequilíbrio e potenciais traumas
- Menor qualidade de cuidados prestados
- Prejudicial para a saúde dos doentes e profissionais

Nestas circunstâncias, o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC atua na dinamização da resposta desde a sua planificação/conceção até à ação e avaliação [5], procurando mecanismos que melhorem a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança não só do doente como também dos próprios enfermeiros.

Neste âmbito, surge o *Debriefing*, com origem na área militar [2, 6, 7], o qual se define, segundo Bagorriha (2020, p.32) como uma forma estruturada de conduzir a "reflexão sobre a ação, ajudando a consolidar saberes e a mudar comportamentos errados". Afirma-se como fundamental na formação e prática de enfermagem, possibilitando ir além do "saber fazer" e descobrir opções para o fazer de forma diferente, sempre que necessário [11]. Assim, o objetivo principal deste póster é compreender qual a importância do *Debriefing* Pós Crise para os profissionais de saúde em situações de emergência, exceção e catástrofe.

### Metodologia

Para revisão da literatura, recorrendo à estratégia PICO, formulou-se a questão: "Qual a importância do *Debriefing* Pós-Crise para os profissionais de saúde em situações de emergência, exceção e catástrofe?" Foram delineadas as palavras-chave ("health personnel", "nurses", "debriefing", "critical care" e "emergencies") e iniciou-se a pesquisa em março de 2021 em B-on, no qual foram aplicados critérios expansores ("pesquisar no texto integral dos artigos"; "aplicar assuntos equivalentes"). Definiram-se critérios de inclusão (profissionais de saúde e enfermeiros como população alvo, artigos publicados entre 2015-2021 e texto integral) e critérios de exclusão para redução de viés. O método de pesquisa foi o smart-text. Por fim, através da análise de 875 documentos, foram selecionados sete com interesse relevante.

### Resultados

Os profissionais de saúde que contactam com emergência clínica e incidentes críticos encontram-se expostos a situações que poderão gerar stress pós-traumático, depressão, ansiedade, mal-estar psicológico, burnout e absentismo [1, 10, 12]. O seu envolvimento em situações críticas é descrito como marcante na sua carreira profissional, podendo envolver implicações negativas na sua autoestima, confiança, competência clínica e qualidade da prestação de cuidados [3]. Em casos extremos, as emoções negativas vivenciadas podem implicar o abandono da profissão [9].

O *Debriefing* Pós-Crise é uma ferramenta valiosa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em emergência médica e deve ser realizado com toda a equipa multidisciplinar envolvida, apresentando como vantagens [1,3,4,8,10,12]:



As organizações de saúde subestimam e negligenciam mecanismos de suporte adequados para lidar com impactos associados a estas situações, sendo o *Debriefing* pouco e/ou mal utilizado mundialmente [1,3,4,8,10].

As potenciais barreiras para a sua implementação são a ausência de clareza de protocolos, tempos definidos e estruturas de *Debriefing* em planos de emergência, pelo que é fundamental criar e implementar os mesmos [6], algo em que o Enfermeiro Especialista pode intervir, dando-lhe visibilidade, uma vez que lhe compete conceber, planear e implementar planos de emergência e catástrofe, gerindo os cuidados de enfermagem e assegurando a sua eficiência [1].

O *Debriefing* melhora a liderança [4], pelo que é essencial que enfermeiros responsáveis/chefes de equipa/ enfermeiros especialistas tenham formação e treino na área, tornando-se autónomos na sua implementação, facilitando a melhoria da segurança e bem-estar das suas equipas, capacitando-os para dar suporte às mesmas no quotidiano quando confrontados com situações críticas, visando igualmente a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em emergência médica [1,12], algo contemplado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [20].

### Conclusão

Além da sua componente essencial na dimensão formativa, o *Debriefing* Pós-Crise assume-se como uma valiosa ferramenta para a prática de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Apesar dos seus variados benefícios, verifica-se que no mundo e, especialmente em Portugal, a sua realização ainda não se encontra implantada eficazmente, sendo fundamental criar protocolos e programas.

**Referências**

- [1] Appleton, K. P., Nelson, S., & Wolford, S. (2018). *Debriefing After Critical Incidents: A Pilot Project*. Disponível em B-On: <https://doi.org/10.1177/0962280218783333>
- [2] Bagorriha, T. M. (2020). *Debriefing de Equipas de Emergência no Serviço de Urgência como Determinante no Segurança do Doente Crítico*. Disponível em Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: <https://www.rcaap.pt/handle/10467/2633210>
- [3] Bellmann, M., Joens, B., & Nairn, A. (2020). The impact of critical incidents on nurses and midwives: A systematic review. Disponível em B-On: <https://doi.org/10.1111/1365-2648.14900>
- [4] Concasari, E., Martucci, G., Piazza, M., Tazzolini, F., Roggiani, B., Bangli, G., ... Chiaromonte, G. (2020). Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency system. Disponível em B-On: <https://doi.org/10.1177/0962280220951888>
- [5] Diário da República. (2018). Regulamento nº 409/2018. Disponível em ORE: <https://dre.pt/home/-/dre/125606617/geral/maximizar>
- [6] Gregório, C. M. (junho de 2017). O debriefing realizado pela equipa de serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória. Disponível em IC-Online - Politécnico de Leiria: <https://iconline.leiria.pt/bitstream/10400.8/3022/1/O%20debriefing%20na%20situa%20de%20paragem%20cardiorrespiratoria.pdf>
- [7] Guimarães, L. A., Guimarães, F. M., Nunes, S. M., & Costa, J. M. (2021). A História de debriefing psicológico em acidentes e catástrofes. Disponível em Universidade Metodista de São Paulo: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/revista.php?MID=artigo&view=6933890>
- [8] Hurler, N., Lavinio, J., & Harwood, R. (2018). Psychological outcomes of debriefing healthcare providers with experience reporting an unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. Disponível em B-On: <https://doi.org/10.1111/1365-2648.14900>
- [9] Hurler, N., Lavinio, J., & Harwood, R. (2018). Psychological outcomes of debriefing healthcare providers with experience reporting an unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. Disponível em B-On: <https://doi.org/10.1111/1365-2648.14900>
- [10] Maier, D., & Harshbarger, J. (2018). Critical Incidents in Health Care. Disponível em B-On: <https://doi.org/10.1177/0962280218783333>
- [11] Olsson, E. C. (2013). Efeito do Debriefing no Processo de Enfrentamento Sobre o Comprometimento dos Estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: <https://www.rcaap.pt/handle/10467/2633210>
- [12] Spencer, S. A., Nolan, J. F., O'Brien, M., & Georgakis, A. (2015). The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. Disponível em B-On: <https://doi.org/10.1177/0962280215239122>
- [13] WHO. (2020). *Essential mental health in emergencies and disasters – A Practical Guide*. Disponível em WHO: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/47617>

APÊNDICE XI – POSTER “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL”



# Prevenção da Infecção Associada ao Cateter Venoso Central

## Introdução



Em Portugal, para responder aos problemas associados às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou quatro normas com conjuntos de feixes de intervenções (*bundles*), em conformidade com orientações internacionais.<sup>[2,3,4]</sup>

O seu objetivo é **reduzir as IACS e promover boas práticas**. Cada *bundle* ou feixe de intervenção surge associado à prevenção de infecção de um procedimento/dispositivo médico específico. Estes conjuntos de intervenções surgem agrupados.<sup>[2]</sup> Todas as intervenções **devem ser implementadas de forma coesa e integrada**, com vista à melhoria efetiva de resultados.<sup>[4]</sup>

As Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) associadas ao Cateter Venoso Central (CVC) no Serviço de Cardiologia/UCIC do HESE-EPE:

No período de 1 Janeiro 2019 a 31 Dezembro 2019...<sup>[3]</sup>



## Prevenção da Infecção Associada ao CVC: Que intervenções realizar?



1. Avaliar a necessidade da sua colocação e registar a mesma, selecionando o CVC com o menor nº de lúmens adequados à condição clínica do utente.
2. Realizar a preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (por todos os intervenientes no procedimento, sem exceção).
3. Utilizar técnica asséptica (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara).
4. Realizar a antissepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool (imediatamente antes do procedimento) e deixar secar.
5. Utilizar um campo cirúrgico para cobrir a superfície corporal do utente.
6. Usar preferivelmente o acesso subclávio (por menor taxa de infecção comprovada) e o jugular interno. Se possível, evitar o acesso femoral (em caso de necessidade, registar o motivo).
7. Manter a utilização da técnica asséptica na realização do penso e registar a data da sua colocação.



1. Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC.
2. Vigiar o local de inserção do CVC.
3. Antes de manusear o CVC, higienizar as mãos com água e sabão de pH neutro e realizar a sua desinfeção com SABA;
4. Antes de manusear as conexões do CVC e os pontos de acesso dos sistemas e prolongamentos (obturadores, torneiras de 3 vias, etc.), descontaminá-los com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, friccionando durante 10 a 15 segundos e deixar secar;
5. Substituir o penso do CVC com técnica asséptica e com a periodicidade adequada:
  - sempre que visivelmente sujo, com sangue ou não aderente;
  - de 48h/48h, se penso com compressa;
  - de 7/7 dias, se penso transparente.
6. Ao substituir o penso do CVC:
  - Utilizar técnica asséptica (máscara, luvas esterilizadas, campo esterilizado e um "kit de penso").
  - Realizar a antissepsia da pele com solução alcoólica de cloro-hexidina a 2%;
  - Garantir que o local de inserção do CVC fica limpo e sem sangue;
  - Finalizar o penso e registar a data da sua colocação.

## Conclusão

As infecções associadas ao CVC são eventos potencialmente evitáveis. A implementação de "feixes de intervenções/*bundles*" para a sua prevenção possui efeitos comprovados na diminuição da sua incidência. Para que tal aconteça, as intervenções deverão ser realizadas na sua totalidade, sem exceção, conforme indicado na Norma 022/2015 da DGS.

### Referências

- [1] Libo, L. M. (2010). Epidemiologia de Infecção Hospitalar. Cadernos de Saúde - Volume 3; Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, pg 25-31. Obtido de <https://revistas.usp.br/index.php/adenomdesaude/article/view/2988/2888>
- [2] The Joint Commission. (2013). CVC Insertion Bundles. Obtido de Centers for Disease Control and Prevention: [https://www.jointcommission.org/-/media/jc/documents/resources/cdabs/cdabs\\_toolkit\\_tool\\_3\\_jl\\_cvc\\_insertion\\_bundles.pdf?fbclid=IwAR0D507631694028938385D1D96087a9h=0E75050793A3694D28938385D0E2960](https://www.jointcommission.org/-/media/jc/documents/resources/cdabs/cdabs_toolkit_tool_3_jl_cvc_insertion_bundles.pdf?fbclid=IwAR0D507631694028938385D1D96087a9h=0E75050793A3694D28938385D0E2960)
- [3] The Joint Commission. (2013). CVC Maintenance Bundles. Obtido de Centers for Disease Control and Prevention: [https://www.jointcommission.org/-/media/jc/documents/resources/cdabs/cdabs\\_toolkit\\_tool\\_3\\_jl\\_cvc\\_maintenance\\_bundles.pdf?fbclid=IwAR0D507631694028938385D1D96087a9h=0E75050793A3694D28938385D0E2960](https://www.jointcommission.org/-/media/jc/documents/resources/cdabs/cdabs_toolkit_tool_3_jl_cvc_maintenance_bundles.pdf?fbclid=IwAR0D507631694028938385D1D96087a9h=0E75050793A3694D28938385D0E2960)
- [4] DGS (dezembro de 2015). Norma 022/2015 - "Feixes de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/Feixes-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- [5] GCL-PPORA. (2020). Relatório de incidência da infeção hospitalar de corrente sanguínea do Serviço de Cardiologia-2019. Évora: Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E.

Realizado pelas alunas do SF Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica - Pessoas em Situação Crítica:



• Célia Mourão (m47217)\*  
• Helena Dias (m46883)\*\*  
• Joana Pisco (m47245)\*\*\*

Sob a Orientação Clínica de:

• Enf.ª Especialista F  
• Enf.ª Especialista A  
• Enf.ª Especialista B

Sob a Orientação Pedagógica de:

• Prof.ª Dr.ª Mariana Carolino Pereira\*\*, \*\*  
• Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques\*\*\*

## **ANEXOS**

**ANEXO I – INSTRUMENTO DE AUDITORIA DA NORMA “COMUNICAÇÃO EFICAZ  
NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE”**

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

ANEXO II – DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UHST

## COMISSÃO DE ÉTICA

Enfermagem S. João de Deus

17/11/2021

**Título do Projeto:** ISBAR: comunicação efectiva, transição de cuidados segura

**Nome:** Helena Isabel Correia da Silva Dias

**Instituição:** Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

**Enquadramento Académico:** Mestrado em Enfermagem na área de Especialização  
Enfermagem Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

**Com base nos documentos apresentados**





- Estão definidos os critérios de inclusão \_\_Sim\_\_
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados \_\_Sim\_\_
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos \_\_Sim\_\_
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes \_\_Sim\_\_

**Parecer da Comissão de Ética**

Favorável

Condicional

Data: 11/11/2021

*Autógrafos*  
ATA N.º 45, em 17/11/2021  
O Conselho de Administração  
  
Maria Filomena Mendes  
Presidente  
  
Francisco Choleça  
Vogal  
  
Luís Cavaco  
Vogal  
  
Isabel Pina  
Directora Clínica



Dr. Rui Rosado  
(Presidente da Comissão de Ética)

ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA



Documento	2	1	0	7	0
-----------	---	---	---	---	---

### Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

#### Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "*ISBAR: comunicação efectiva, transição de cuidados segura.*", pela mestranda **Helena Isabel Correia da Silva Dias** sob a supervisão da Prof.<sup>a</sup> Doutora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira (responsável académica).

Universidade de Évora, 02 de dezembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

**ANEXO IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DE SERVIÇO E ENFERMEIRA  
CHEFE DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA/UCIC DA UHST**



Exmo. Sr. Diretor do Serviço de Cardiologia  
Unidade Hospitalar Sul do Tejo  
Exma. Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia  
Unidade Hospitalar Sul do Tejo

Eu, Helena Isabel Correia da Silva Dias, Enfermeira com a cédula profissional número 54174, estudante do 5º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, com edição a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, em associação com os Institutos Politécnicos de Castelo Branco, Portalegre, Beja e Setúbal, venho por este meio solicitar autorização a vossas excelências para, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final”, a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários da UHST entre Setembro 2021 e Janeiro 2022, desenvolver e implementar o Projeto de Intervenção subordinado ao tema “ISBAR: comunicação efetiva, transição de cuidados segura.”

Este Projeto de Intervenção prende-se com a avaliação dos momentos de transição de cuidados (passagens de turno) com base na grelha de avaliação da Norma nº 001/2017 da Direção Geral de Saúde, “Comunicação eficaz na Transição de Cuidados de Saúde” e com a implementação de um instrumento padronizado, baseado na metodologia ISBAR, adaptado à realidade e contexto da prestação de cuidados.

A metodologia ISBAR é “uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017:4). O referido Projeto de Intervenção não se destina à colheita de dados organizacionais, mas sim, à aplicação efetiva da metodologia ISBAR aos momentos de transição de cuidados de enfermagem.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional  
Com os melhores cumprimentos.

Évora, 28 de Outubro de 2021

Diretor de Serviço de Cardiologia (Dr. Manuel Trinca)  
Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia (Sra. Enfª Ermelinda Rebola)

ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO II CONGRESSO MESTRADO EM ENFERMAGEM – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: DESAFIOS NUM MUNDO EM MUDANÇA



## Programa

### Dia 23 de setembro

**9.30** – Sessão de abertura da 6ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem

**10.00** – Conferência de Abertura  
*“Como gerir a mudança nos sistemas de saúde da atualidade?”*

Prof. Doutor Constantino Sakellarides  
 Moderadora: Profª Doutora Ana Paula Gato

**11.00** – Pausa

**11.15** – 1º Painel – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Moderadora: Profª Doutora Antónia Chora

**12.30** - Almoço

**14.00** - 2º Painel – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Moderadora: Profª Doutora Alice Ruivo

**15.15** - 3º Painel – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
 Moderador: Prof. Doutor Rogério Ferrinho

**16.15** – Pausa

**16.30** – Comunicações Livres (sessões simultâneas)  
 Moderadores: Prof. Doutor Adriano Pedro e Profª Doutora Paula Sapeta

**17.30** – Apresentação do curso - Parte I

### Dia 24 de setembro

**9.30** - 4º Painel – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Moderador: Prof. Doutor Jorge Almeida

**10.15** - Pausa

**10.30** - 5º Painel – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Moderadora: Profª Doutora Helena Arco

**11.45** - Comunicações Livres (sessões simultâneas)  
 Moderadores: Prof. Doutor Adriano Pedro e Profª Doutora Paula Sapeta

**13.00** – Almoço

**14.30** – 6º Painel - “Pensar o futuro da formação especializada em Enfermagem num mundo em mudança”

Prof.ª Doutora Lucília Nunes  
 Prof. Doutor Manuel Lopes  
 Moderadora: Prof.ª Doutora Ana Canhestro

**16.00** – Conferência de Encerramento  
*“A arte de ser leve: propostas da ciência para vidas mais felizes em tempos desafiantes”*

Profª Doutora Helena Águeda Marujo  
 Moderadora: Prof.ª Doutora Ermelinda Caldeira

**17.00** – Sessão de encerramento

**17.30** – Apresentação do curso - Parte II

Nota: a aguardar certificado de participação por parte do IPS/ESS

ANEXO VI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL  
DO MESTRADO EM ENFERMAGEM- ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR  
EM SAÚDE



## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) HELENA ISABEL CORREIA DA SILVA DIAS, participou IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



## PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
Moderador: António Borges

Ana Paula Silva “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19”

Ricardo Faria “Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-”

Isabel Faia “Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review”

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)  
“ECMO: Pandemic experiences through the eyes of a ECMO specialist nurse”

10:45 –INTERVALO

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA  
Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes “Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado”

Ana Paramos “A esperança na intervenção especializada junto do adolescente”

Débora Querido “A promoção da vinculação -um valor em saúde”

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)  
“Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia”

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA  
Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado “Crianças e o Covid-19: Intervenção de enfermagem comunitária”

Sónia Coelho “As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia”

Maria do Céu Pires “Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia”

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Lislaine Aparecida Fracolli (Universidade de São Paulo)  
“Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação”

16:15 – Lançamento do Livro “25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis”

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL – ELECTROCARDIOGRAFIA ELEMENTAR



# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria n.º 147/2019 de 8 de julho



Certifica-se que **Helena Isabel Correia da Silva Dias**, nascida a 26/05/1984, com o Número de Identificação Civil 12549176, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

## // ELETROCARDIOGRAFIA ELEMENTAR

que decorreu no dia a 07/12/2019, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 7 de Dezembro de 2019

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



ENTIDADE  
FORMADORA  
CERTIFICADA  
DIREP

Certificado n.º 07122019-03/2019

ANEXO VIII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO SUPORTE BÁSICO DE VIDA





**EUROPEAN  
RESUSCITATION  
COUNCIL**  
www.erc.edu

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

# Helena Correia Dias

26/05/1984

Obteve a qualificação de ERC  
**Basic Life Support (BLS)**  
**Operacional**  
No Évora, Portugal

**Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES**  
instructor líder



Data do último curso: 30/04/2021

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.  
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-022-445400

**ANEXO IX – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho

  
ocean  
medical

Certifica-se que **Helena Isabel Correia da Silva Dias**, nascida em 26/05/1984, com o Número de Identificação Civil 12549176, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

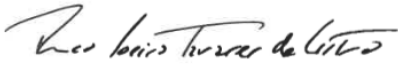
## // SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da American Heart Association, que decorreu de 29/05/2021 a 30/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 30 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,



Marco Castro



AUTHORIZED  
TRAINING  
CENTER



Certificado nº 21063-8/2021

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

ANEXO X – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO INTERNATIONAL  
TRAUMA LIFE SUPPORT



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

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

# Certificate of Participation

**Helena Isabel Correia da Silva Dias, RN**

**has completed the  
Advanced Provider Course**

**date**  
5/9/2021

**course site**  
Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL  
(International)

**course director**  
Dr. Ana Ferreira, MD MD

**course coordinator**  
Luis Figueiredo RN



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

*Improving Trauma Care Worldwide*

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).  
 Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

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

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

\_\_\_\_\_  
Card Holder's Signature

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

**International Trauma Life Support**  
3000 Woodcreek Drive, Suite 200  
Downers Grove, IL 60515 [www.itrauma.org](http://www.itrauma.org)



**ITLS** 329161-44563  
International  
Trauma Life Support

**Helena Isabel Correia da Silva Dias, RN**

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

**Advanced Provider Course**

Card Issue Date **5/9/2021** Expiration Date **05/2024**

Course Number **44563** Course Location **Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL (International)**

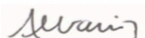
ANEXO XI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM COMUNICAÇÃO INTITULADA  
“POST-CRISIS DEBRIEFING IN EMERGENCY, EXCEPTION AND DISASTER  
SITUATIONS: IMPORTANCE FOR HEALTHCARE WORKERS” NO CONGRESSO  
INTERNACIONAL LITERACIAS NO SÉCULO XXI (ICCL2021)

### CERTIFICADO

Certifica-se que **Helena Dias** apresentou a comunicação intitulada *"Post-Crisis Debriefing in Emergency, Exception and Disaster situations: Importance for Healthcare Workers"* no Congresso Internacional Literacias no Século XXI (ICCL2021)/International Congress on 21st Century Literacies, que se realizou online, nos dias 15 e 16 de julho, no Instituto Politécnico de Portalegre.

Portalegre, 16 de julho de 2021

O Presidente do Instituto Politécnico de Portalegre



Albano António de Sousa Varela e Silva

Registo INT\_SC/2021/11097



Praça do Município, 11 | 7300-110 Portalegre | T +351 245 301 500 | F +351 245 330 353 | E geral@ipportalegre.pt

[www.ipportalegre.pt](http://www.ipportalegre.pt)