



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Segurança do doente crítico: Transição
de cuidados, na passagem de turno de
enfermagem**

Luís Carlos Amaral Santos Leite

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem

Luís Carlos Amaral Santos Leite

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018

*"Knowledge is empowering to those whose develop it,
those who use it,
and those who benefit from it"¹*

Afaf Meleis

¹ Meleis (2010, p. 63)

AGRADECIMENTOS

*Aos Professores,
Prof.^o José Luís Ramos e Prof.^a M.^a do Céu Marques,
Pela orientação e disponibilidade demonstrada.*

*Ao Enfermeiro Supervisor,
Enfermeiro Nuno Esteves,
pelas oportunidades de inestimável aprendizagem,
reflexão e momentos de partilha de experiências e conhecimentos.*

*À Enfermeira Coordenadora e à Diretora de Serviço da UCIPG,
pelos dados disponibilizados para a caracterização da UCIPG.*

*À Enfermeira Coordenadora e à Diretora de Serviço da UCIP 1,
pela aceitação da realização da Intervenção Profissional Major na UCIP 1.*

*A todos os colegas da UCIPG,
O agradecimento pelo acolhimento e disponibilidade demonstrada durante o estágio.*

*Aos colegas da UCIP 1,
Pela valiosa e inigualável colaboração em todas as fases do projeto.*

*Finalmente, à minha esposa e ao meu filho,
agradeço a paciência, a compreensão pelas ausências,
mas principalmente,
a presença constante em todos os momentos.*

RESUMO

Os momentos de transição de cuidados de saúde ocorrem numa base diária em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsáveis por uma parte significativa do tempo de trabalho dos profissionais de saúde, momentos e processos por vezes negligenciados e subvalorizados, apesar de serem considerados críticos para a segurança do doente.

Pretende-se, com o presente relatório, detalhar as etapas de uma intervenção cujo objetivo primário foi introduzir uma abordagem semiestruturada nos momentos de passagem de turno numa Unidade de Cuidados Intensivos, avaliar a conformidade do seu uso, através da observação, e a perceção da equipa da Enfermagem sobre os ganhos decorrentes desta abordagem.

Pretende-se ainda analisar e refletir de forma crítica o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave

Segurança do Doente; Enfermagem; Transição de cuidados.

ABSTRACT

Critical patient safety: transition of care in the nursing handover

The handover/handoff process takes place on a daily basis in all health care institutions, accounting for a significant portion of the work time of health professionals, moments and processes that are sometimes neglected and undervalued, although they are considered critical to patient safety.

This report intends to detail the stages of an intervention whose the primary objective was to introduce a semi-structured approach in the handover/handoff moments in an Intensive Care Unit, to evaluate the conformity of its use through observation and also evaluate the perception of the Nursing team about the gains from this approach.

It is also intended to analyze and critically reflect the process of acquisition and development of skills of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the scope of the Person in Critical Situation as well as the competencies of Master in Nursing.

Keywords

Patient safety; Nursing; Handover/Handoff.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices	CXXI
Apêndice A - Proposta de relatório de estágio – Modelo T-005.....	CXXII
Apêndice B - Questionário de diagnóstico de situação.....	CXXVIII
Apêndice C - Análise <i>SWOT</i>	CXXXII
Apêndice D - Resultados do questionário de diagnóstico de situação.....	CXXXIV
Apêndice E - Cronograma inicial.....	CXLIII
Apêndice F - Cronograma final.....	CXLV
Apêndice G - Pedidos de autorização.....	CXLVII
Apêndice H - Resposta ao pedido de autorização do Conselho de Administração do CHUA, EPE.....	CLVI
Apêndice I - Pedido de parecer à Comissão de Ética do CHUA, EPE.....	CLVIII
Apêndice J - Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.....	CLXI
Apêndice K - Respostas aos pedidos realizados às Comissões de Ética.....	CLXVIII
Apêndice L - Documento de Projeto de Intervenção Profissional apresentado ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do CHUA, EPE.....	CLXXI
Apêndice M - Documento de consentimento, informado, livre e esclarecido... ..	CLXXXVII
Apêndice N - Plano de sessão.....	CXC
Apêndice O - Apresentação utilizada no momento formativo.....	CXCIV
Apêndice P - Ferramenta semiestruturada da passagem de turno “ <i>Handoff aid</i> ”.....	CCXI
Apêndice Q - Checklist para avaliação do cumprimento da ferramenta semiestruturada “ <i>handoff aid checklist</i> ”.....	CCXIII
Apêndice R - Folha de cálculo para tratamento dos dados de observação.....	CCXV

Apêndice S - Questionário pós intervenção.....	CCXIX
Apêndice T - Objetivos do estágio final.....	CCXXIII
Apêndice U - Artigo científico.....	CCXLIII
Apêndice V - Base de dados referente à casuística da prestação de cuidados especializada.....	CCLXI

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	CCLXVI
Anexo A - Declaração de Aceitação de Orientação.....	CCLXVII
Anexo B - Adesão ao Feixe de Intervenções: Pneumonia Associada à Intubação.....	CCLXIX
Anexo C - Adesão ao Feixe de Intervenções: Momento de Colocação do Cateter Venoso Central.....	CCLXXI
Anexo D - Adesão ao Feixe de Intervenções: Momento de Manutenção do Cateter Venoso Central.....	CCLXXIII
Anexo E - Folha para colheita de indicadores de qualidade do Serviço de Medicina Intensiva.....	CCLXXV
Anexo F - Briefing de Segurança da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral.....	CCLXXVII
Anexo G - Congresso “Doente Crítico `17”.....	CCLXXIX
Anexo H - “1.º Congresso Internacional - IACS 2017: Inovação e Multidisciplinariedade em Controlo de Infecção”.....	CCLXXXIII

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - Casuística de doente admitidos na UCIPG.....	23
Gráfico n.º 2 - Conformidade relativa aos itens referentes à mnemónica ISBAR nos momentos observados.....	53
Gráfico n.º 3 - Conformidade relativa aos itens referentes à avaliação primária ABCDE nos momentos observados.....	53
Gráfico n.º 4 - Percentagem de referência dos itens obrigatórios nos momentos observados.....	54
Gráfico n.º 5 - Percentagem de referência dos itens facultativos nos momentos observados.....	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 - Conhecimento adquirido pelos Enfermeiros relativo aos documentos norteadores para a segurança do doente e para a transição de cuidados..... 57

Tabela n.º 2 - Perceção da equipa de Enfermagem acerca da Intervenção Profissional *Major*..... 57

LISTAGEM DE SIGLAS

AACN - *American Association of Critical-Care Nurses*

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

ACSS - *Administração Central dos Serviços de Saúde*

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

AOs - *Assistentes Operacionais*

BO - *Bloco Operatório*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CFIC - *Centro de Formação, Investigação e Conhecimento*

CHA, EPE - *Centro Hospitalar do Algarve, Entidade Pública Empresarial*

CHSJ, EPE - *Centro Hospitalar de S. João, Entidade Pública Empresarial*

CHUA, EPE - *Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Entidade Pública Empresarial*

DGS - *Direção-Geral da Saúde*

DPE - *Deontologia Profissional de Enfermagem*

ECCO₂R - *Extracorporeal CO₂ Removal*

ECMO - *Extracorporeal Life Membrane Oxygenation*

EEEPSC - *Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*

EEMIH - *Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar*

EMC - *Enfermagem Médico-Cirúrgica*

ESICM - *European Society of Intensive Care Medicine*

IACS - *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*

ICN - *International Council of Nurses*

INE - *Instituto Nacional de Estatística*

INEM - *Instituto Nacional de Emergência Médica*

IOM - *Institute of Medicine*

IPM - *Intervenção Profissional Major*

ISBAR - *Identification, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

ME - Mestrado em Enfermagem

MS - Ministério da Saúde

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PIC - Pressão Intracraniana

PPC - Pressão de Perfusão Cerebral

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

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

SAPS II - *Simplified Acute Physiology Score II*

SAV - Suporte Avançado de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TISS - 28 - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TJC - *The Joint Commission*

UAG - Unidade Autónoma de Gestão

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP 1 - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1

UCIPG - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

UCIs - Unidades de Cuidados Intensivos

UCISU - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

UCs - Unidades Curriculares

UE - Universidade de Évora

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	18
1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar de S. João, EPE	18
1.1.1 Enquadramento	18
1.1.2 Estrutura, recursos físicos e materiais	19
1.1.3 Recursos humanos	21
1.1.4 Análise da população alvo	22
1.1.5 Análise da produção de cuidados	24
1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE	26
1.2.1 Enquadramento	26
1.2.2 Estrutura, recursos físicos e materiais	28
1.2.3 Recursos humanos	30
1.2.4 Análise da população alvo	31
1.2.5 Análise da produção de cuidados	32
2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	34
2.1 Fundamentação	36
2.1.1 Qualidade em saúde e segurança do doente	38
2.1.2 Transição de cuidados	41
2.2 Diagnóstico de Situação	42
2.3 Objetivos	44
2.4 Planeamento e Execução	45
2.5 Avaliação e Resultados	52
2.5.1 Discussão	58
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	62
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre	63

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre.....	81
CONCLUSÃO	96
BIBLIOGRAFIA	100

INTRODUÇÃO

No âmbito do primeiro Mestrado em Enfermagem (ME), na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC), ministrado pela Universidade de Évora (UE) – Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus em associação com o 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 e Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, criado pelo aviso n.º 5622/2016 (UE, 2016), o presente documento, um Relatório de Estágio de natureza profissional, constitui-se como o produto final de todo o percurso formativo e académico inserido no ME, especialmente da Unidade Curricular (UC) do Estágio Final, obtendo, por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE) o parecer favorável para a concessão de título de Especialista em EMC, na vertente da PSC, alcançando também o Grau de Mestre em Enfermagem, após aprovação nas provas de defesa pública do Relatório de Estágio.

O presente relatório afigura-se como um momento essencial, relatando e descrevendo um Estágio eminentemente prático, com a necessária reflexão e análise do processo de aquisição de desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro especialista (OE, 2011b), as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [EEEPSC](OE, 2011a) e as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015). Contextualizando, importa definir competência em Enfermagem como sendo um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que mobiliza em contexto da prática, expressos num conjunto de competências especializadas referentes a um campo de intervenção (OE, 2011b). De igual forma, são alvo de descrição e fundamentação as etapas da Intervenção Profissional *Major* (IPM), utilizando a metodologia de trabalho de projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) como linha orientadora e o modelo teórico *Synergy Model for Patient Care*, desenvolvido pela *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN), como modelo teórico que alicerçou as etapas da IPM bem como o processo de desenvolvimento de competências.

O Estágio Final realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIPG), localizada no Centro Hospitalar de São João, Entidade Pública Empresarial (CHSJ, EPE), no período compreendido entre 18 de Setembro de 2017 e 26 de Novembro de 2017, perfazendo um total de 10 semanas, 316 horas de estágio ao qual se acrescem 42 horas referentes aos eventos formativos realizados, contabilizando também a

reunião de início de estágio. O Estágio Final e o Relatório decorreram sobre a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Marques (Anexo A), sendo que a supervisão pedagógica do Estágio Final ficou a cargo do Professor José Luís Ramos, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e tendo como supervisor clínico o Enfermeiro Nuno Esteves, Enfermeiro especialista em EMC e Mestre em Ciências de Enfermagem.

Concomitantemente, a IPM, pelo tema escolhido e área em que esta incide, a transição de cuidados de saúde, em particular a passagem de turno de Enfermagem, pareceu-nos lícito propor a realização do mesmo no nosso local primário de trabalho, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 (UCIP 1) do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE (CHUA, EPE), proposta esta que foi acolhida pelo Docente Coordenador da área da EMC-PSC, bem como pela docente orientadora do Estágio Final e Relatório.

Enquadrado numa das linhas de investigação do ME, da segurança e qualidade de vida, sendo a temática abordada por esta vertente, os momentos de transição de cuidados de saúde, mais especificamente, os momentos de passagem de turno ocorrem diariamente em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsáveis por uma parte significativa do tempo de trabalho dos profissionais de saúde, momentos frequentemente negligenciados e subvalorizados, apesar de influenciarem decisivamente a qualidade e o risco inerente dos cuidados prestados. Assim, na UCIP 1, constata-se a ausência de uma metodologia uniforme, baseada na evidência, para os momentos de passagem de turno, sendo a mesma executada de forma empírica, sem formação formal prévia, condicionando uma diversidade e variabilidade no estilo, qualidade e quantidade da informação transmitida, com potenciais omissões, lacunas, erros, imprecisões e deficits de priorização com potenciais consequências nefastas para o alvo dos cuidados.

Deste modo, colocam-se como objetivos para o presente relatório a descrição dos contextos onde se realizou o Estágio Final e onde se implementou a IPM, a apresentação das diferentes etapas da IPM e, por último, a análise do processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento das competências do Enfermeiro especialista em EMC e das competências de Mestre em Enfermagem.

A organização deste documento obedece às regras dispostas no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, assim como das orientações emanadas pelos documentos de planeamento do Estágio Final e de planeamento do

Relatório, ambos referentes à área da EMC-PSC. Assim, em concordância com os documentos referidos, este relatório divide-se em três partes.

A primeira parte do presente documento descreve o contexto onde se desenrolou o Estágio Final e o contexto onde se implementou e se efetivou a IPM, os seus enquadramentos legais e organizacionais, as suas estruturas físicas, recursos físicos e materiais, os recursos humanos e uma sucinta análise da população-alvo e da produção de cuidados de saúde de ambos os contextos.

A segunda parte aborda todo o percurso da IPM, onde se descrevem as várias fases, começando pelo diagnóstico de situação, a definição de objetivos, geral e específicos, o planeamento e a execução. A abordagem seguida percorreu as atividades que concretizam os objetivos específicos, concluindo com a avaliação, os resultados e uma breve discussão dos mesmos. Antes da exposição da IPM, fez-se uma breve fundamentação teórica com a enunciação dos conceitos centrais à IPM.

Por último, na terceira parte, analisa-se e reflete-se, de forma fundamentada e necessariamente crítica, o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro especialista (OE, 2011b), das competências específicas do EEEPSC (OE, 2011a) e as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015).

Este documento orienta-se pelas normas de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association*, na sua edição mais recente (6.^a edição), regendo-se pelo acordo ortográfico vigente com exceção das citações diretas de autores que não se guiaram pelo mesmo.

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar de S. João, EPE

1.1.1 Enquadramento

O Centro Hospitalar de S. João, Entidade Pública Empresarial (CHSJ, EPE), criado pelo Decreto-lei n.º 30/2011, datado de 1 de Abril, resulta da fusão de duas Unidades Hospitalares, o Hospital de São João, EPE e o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (CHSJ, EPE, 2016b). Esta fusão, segundo o Decreto-lei referido, orienta-se para uma “lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos e da compatibilização de desígnios estratégicos” (Ministério da Saúde[MS], 2011, p. 1275), tendo como missão a prestação dos “melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação (...) e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais” (CHSJ, EPE, 2016b, p. 16).

O CHSJ, EPE é responsável pela assistência de saúde secundária às populações das freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, pertencentes ao concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e de Valongo, constituindo-se como uma unidade hospitalar de referência de 2º linha para os Distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo. Dispõe de todas as valências, recursos técnicos, humanos e especialidades médicas (CHSJ, EPE, 2016b; Ministério da Saúde [MS], 2015), atuando como hospital de fim de linha para outras regiões, em áreas específicas de ponta, como é o caso da *Extracorporeal Life Membrane Oxygenation* (ECMO). Tem uma lotação oficial, à data de 2016, de 1062 camas de doentes agudos, 43 berços e 14 camas de Medicina Física e de Reabilitação (CHSJ, EPE, 2016a), constituindo-se assim como a maior unidade hospitalar da zona norte, representando 19% dos doentes padrão desta zona e 7% dos doentes padrão a nível nacional (CHSJ, EPE, 2016b). Importa, neste contexto, definir doente padrão como uma medida que transforma a atividade hospitalar de natureza heterógena numa unidade de produção única possibilitando a comparabilidade entre organizações (Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS], 2012).

O CHSJ, EPE encontra-se dividido em 6 unidades autónomas de gestão (UAG), de nível intermédio, com um conselho diretivo dedicado constituído por um Médico, um Enfermeiro e um Administrador Hospitalar, com autonomia funcional e poderes de

autoridade e direção delegados pelo Conselho de Administração sobre os contextos clínicos da sua tutela (CHSJ, EPE, 2013). Assim, a UAG da Urgência e da Medicina Intensiva comporta um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), que integra um Centro de Trauma de acordo com as normativas emanadas pelo Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014), e um Serviço de Medicina Intensiva (SMI). O SMI é constituído por cinco unidades, totalizando 38 camas de Cuidados Intensivos e 29 camas de Cuidados Intermédios, a saber:

- UCIPG - 16 camas de nível III;
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência - 12 camas de nível III;
- Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos - 10 camas de nível III e a Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos - 6 camas de nível I/II;
- Unidade Polivalente de Cuidados Intermédios da Urgência - 13 camas de nível I/II.
- Unidade Polivalente de Cuidados Intermédios Gerais - 10 camas de nível I/II.

Existem mais Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) no CHSJ, EPE, mas pela sua estrutura funcional e natureza monovalente, não se encontram na égide desta UAG. Temos como exemplo deste facto a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirurgia Cárdiorácica.

1.1.2 Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCIPG é uma UCI de nível III, nível máximo, de acordo com a classificação europeia (Valentin & Ferdinande, 2011), adotada em Portugal pela Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2003) que serve também como referência para a OE (2014). Esta classificação é atribuída de acordo com o nível de cuidados prestados, técnicas utilizadas e valências disponíveis. Assim, deve possuir capacidade de monitorização invasiva e de suporte de órgão, “pressupondo a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários” (MS, 2015a, p. 58), sendo o serviço exigível em hospitais com SUP (MS, 2015a). Deste modo, torna-se também necessário definir UCI de nível I, também chamada de Unidade de Cuidados Intermédios, que tem como objetivo a monitorização não invasiva ou minimamente invasiva do doente em risco de disfunção de órgão (MS, 2015a). No que concerne à UCI de nível II esta deve, segundo o mesmo documento, ter capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais,

podendo não ter acesso a meios mais diferenciados. A ACSS (2013) considera este tipo de UCI de nível II, uma Unidade de Cuidados Intermédios.

A UCIPG encontra-se localizada no piso 6, tendo sido remodelada em 2005. Como anteriormente referido, dispõe de 16 camas distribuídas por três espaços clínicos, 11 camas distribuídas numa área comum em espaço aberto (*Open Space*), 4 camas em espaço aberto numa segunda sala e 1 cama em quarto individual separada da sala pequena por uma janela, funcionando como quarto de isolamento, apesar de não ter estruturalmente as condições necessários para todos os tipos de isolamento. Esta organização é parcialmente suportada pelas *guidelines* mais recentes, que advogam um mínimo de 6 camas por *Open Space*, pela eficiência e economia de escala, e um máximo de 8-12 camas para otimização da observação direta (Thompson et al., 2012). Todos estes espaços clínicos dispõem de janelas e conseqüente luz natural. Relativamente às áreas não clínicas, a UCIPG dispõe de várias áreas com funções distintas, nomeadamente um gabinete da Enfermeira Coordenadora, um gabinete médico, um quarto de repouso, uma sala para auxiliares, uma sala de sujos, áreas de armazenamento de material de uso clínico e equipamentos diversos, espaço de armazenamento de roupa, um espaço de refeições dos profissionais da UCI que funciona igualmente como copa e uma sala de trabalho que integra um sistema informatizado de dispensa de terapêutica (*Pyxis MedStation*[®]). Releva-se a presença, neste espaço, de um local onde é dado o *feedback* dos dados recolhidos através das auditorias realizadas e dados sensíveis aos cuidados prestados, bem como alguma informação relevante não necessariamente relacionada com a produção e prestação de cuidados, como escalas de trabalho e informação de ordem diversa. Existe também uma zona destinada ao secretariado clínico e administrativo onde é feita a gestão do arquivo clínico e dossiers relativos à prestação de cuidados. Dado o exíguo espaço de armazenamento, o material de grandes dimensões, bem como todo o material de ECMO, encontra-se armazenado em espaço próprio fora do perímetro da UCIPG. Concomitantemente, a UCIPG tem acesso rápido a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e ao Bloco Operatório (BO). De notar a inexistência de um espaço físico apropriado para o acolhimento e acompanhamento da família do doente crítico, usando, quando requerido, um espaço externo à UCIPG.

O referido contexto clínico dispõe de todo os recursos materiais necessários para a prestação de cuidados ao doente crítico, estando todas as unidades equipadas com todo o material e tecnologia necessária, invasiva e/ou não invasiva. Deste modo, as unidades encontram-se equipadas com monitor, com a monitorização mais usual acrescida pontualmente de monitorização de outros parâmetros como a capnografia de onda,

ventilador, máquina infusoras e seringas perfusoras. O monitor e o ventilador transmitem dados diretamente para o sistema informático não havendo necessidade do seu registo, apenas da sua validação. Cada unidade possui material de uso clínico devidamente acondicionado, rentabilizando assim a prestação de cuidados e minimizando o risco de infecção cruzada. De igual modo, dependo da condição clínica e necessidades específicas de cuidados, podem ser alocados meios de monitorização mais específicos como a monitorização da pressão intracraniana (PIC), monitorização do bloqueio neuromuscular através do método *train-of-4*, monitorização *near-infrared spectroscopy*, o uso do índice bis-espectral, colocação de eletrocardiograma de 12 derivações e a utilização de monitorização hemodinâmica invasiva, através da combinação do método de termodiluição e análise do contorno da curva arterial (sistema *PiCCO*®).

Sendo um serviço vocacionado para intervenção diferenciada ao doente crítico e para o suporte de órgão, a UCIPG tem e utiliza diversos meios de suporte e substituição de funções vitais, onde se incluem a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, oxigenioterapia de alto fluxo, ECMO e *Extracorporeal CO₂ Removal* (ECCO₂R) veno-venosa e veno-arterial, a realização de técnicas de substituição renal, tanto contínuas, intermitentes e híbridas, suporte hemodinâmico com balão intra-aórtico, terapêutica vasopressora e inotrópica.

O Sistema informático usado neste contexto, face à complexidade do mesmo, é específico para os Cuidados Intensivos (*B-ICU.Care*®), havendo uma integração e uma interoperabilidade de dados com os outros os sistemas utilizados, integrando dados em tempo real que provêm, como já referido, do monitor e do ventilador, utilizando para isso as duas centrais de monitorização existentes, uma em cada sala.

1.1.3 Recursos humanos

As UCIs de nível III, como é o caso da UCIPG devem “ter, preferencialmente, quadros próprios, (...) equipas funcionalmente dedicadas (Médica e de Enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas” (MS, 2015a, p. 58). Deste modo, os recursos humanos, nomeadamente Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais (AOs) trabalham em equipas dedicadas ao serviço, durante 24

horas, 365 dias por ano. Existe ainda a colaboração com a UCI de outros profissionais de saúde.

Reconhecida com tendo idoneidade formativa de nível C, seguindo os critérios da Ordem dos Médicos [OM] (2003), a UCIPG colabora com a formação de Médicos internos em formação específica bem como Médicos especialistas a frequentar o ciclo de estudos especiais em Medicina Intensiva. Deste modo, fazem parte do corpo clínico da UCIPG oito Médicos especialistas estando também presentes pontualmente Médicos internos em formação.

No que concerne à equipa de Enfermagem, esta é constituída por 60 Enfermeiros, um dos quais em funções exclusivas de gestão. Destes 60 Enfermeiros, 13 são detentores do título de Enfermeiro especialista em EMC, 6 são detentores do título de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e um detém o título de Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. A dimensão da equipa de Enfermagem cumpre as recomendações da OE, no âmbito da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem (OE, 2014). Releva-se a inexistência de um enquadramento normativo, à data da redação do presente documento, que defina uma dotação mínima de Enfermeiro especialista em EMC em contexto de Cuidados Intensivos, sendo de realçar a nível nacional a “baixa taxa de Enfermeiros especialista colocados nas UCIs bem como a praticamente inexistência de Enfermeiros especialista em reabilitação” (MS, 2015a, p. 285).

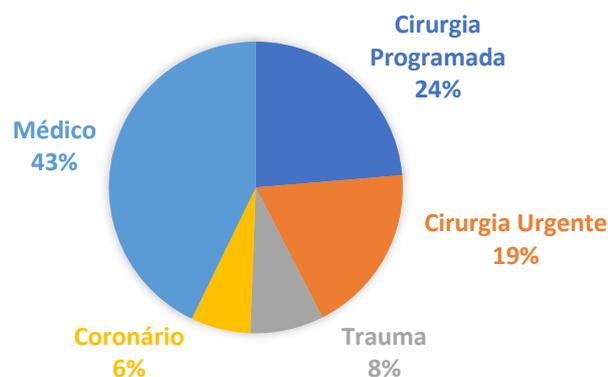
1.1.4 Análise da população alvo

O CHSJ, EPE é responsável diretamente pelos cuidados de saúde hospitalares para 343 229 pessoas na área de abrangência descrita, comportando a área de referência secundária cerca de 1,5 milhões (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Face ao enquadramento legal atual, contextualizado pelo despacho n.º 5911-B/2016, que operacionaliza a livre escolha do cidadão na determinação dos prestadores de cuidados de saúde independentemente de outros critérios, estas áreas formalmente estabelecidas tendem a esbater-se.

O processo de produção de cuidados dos serviços de saúde reveste-se, cada vez mais, de uma abordagem eminentemente intensiva/crítica. As transformações ocorridas relacionadas com os avanços científicos e tecnológicos e, também, devido às expectativas do cidadão, provocaram mudanças profundas nos conceitos fundamentais no trabalho em saúde. Deste modo, o doente crítico, entendido como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM, 2008, p. 8), é uma realidade cada vez mais prevalente, não só nas UCIs, como é historicamente entendido, mas em todo o contexto hospitalar.

A UCIPG, no período compreendido entre Janeiro e Junho de 2017, admitiu 334 doentes, podendo-se estimar um número de admissões anuais na ordem dos 650-750 doentes, com uma taxa de ocupação de 87,02% e uma demora média de internamento na UCIPG de 7,43 dias. A idade média situou-se nos 62 anos, com uma ligeira predominância do sexo masculino (57,4%). A casuística de doentes admitidos encontra-se no gráfico n.º 1.

Gráfico n.º 1 – Casuística de doentes admitidos na UCIPG



(Fonte: Diretora de Serviço da UCIPG)

Importa referir que, no tipo de admissão “coronário”, se incluem maioritariamente admissões de doentes em choque cardiogénico ou com retorno da circulação espontânea após paragem cardiorrespiratória (PCR), de etiologia vária não necessariamente relacionados com a doença coronária.

Nesta janela temporal foi registada uma mortalidade na UCIPG de 18,8%, não considerando neste valor a mortalidade hospitalar. Um dos índices de gravidade usado é o *Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II)*, índice este que avalia a gravidade do doente e estima a mortalidade com base em variáveis clínicas (Vincent & Moreno, 2010), tendo resultado, no período de tempo referido, um *SAPS II* médio de 45,12. De acordo com o valor prognóstico do *SAPS II*, estima-se uma mortalidade de 41%. A diferença entre a mortalidade real e a mortalidade estimada pelo índice de gravidade citado é considerado um indicador de qualidade dos cuidados prestados (Vincent et al., 2017), podendo-se inferir assim que os cuidados prestados na UCIPG são cuidados de elevada qualidade.

A carga de trabalho de Enfermagem é um dos indicadores de gestão calculados, usando para esse fim o *Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)*, instrumento este que permite dimensionar a carga de trabalho de Enfermagem nas UCIs (Padilha et al., 2005), ferramenta validada em Portugal (Moreno & Morais, 1997). Deste modo foi obtido um valor de 34,173 que corresponde a um tempo dispendido nos cuidados de Enfermagem de 5,79 h/dia. Releva-se a natureza limitada deste indicador, dado que apenas contabiliza menos de metade do tempo requerido por um Enfermeiro na prestação de cuidados em UCI (Vincent & Moreno, 2010). Todos os dados referidos nesta subsecção foram disponibilizados pela Diretora de Serviço da UCIPG, para este trabalho académico.

Face a estes dados, tendo em conta que o CHSJ, EPE se encontra implantado numa região deficitária em termos de oferta de camas de Cuidados Intensivos, situando-se nos 5,0/100 000 habitantes, menor que a média nacional, cifrada em 5,8/100 000 habitantes (MS, 2015a), contextualiza a alta taxa de ocupação observada. De notar que Portugal, em contexto europeu, está em último lugar na oferta de camas de Cuidados Intensivos, com 4,2, enquanto a média europeia se situa em 11,5 (Rhodes et al., 2012).

1.1.5 Análise da produção de cuidados

Conforme foi já descrito, a prestação de cuidados é realizada por uma equipa multidisciplinar dedicada. No que concerne à prestação de cuidados de Enfermagem, existe uma gestão diária das dotações de Enfermeiros face às necessidades de cuidados.

A distribuição de trabalho é realizada no turno da manhã, gestão esta necessariamente flexível e dinâmica pelos múltiplos desafios impostos pelo doente crítico. Deste modo, no que respeita à organização de trabalho, estão presentes 13 Enfermeiros no turno da Manhã (8h-15h), 2 Enfermeiros em funções de gestão e um Enfermeiro em cuidados de Enfermagem de Reabilitação, e 10 Enfermeiros afetos à prestação direta de cuidados, sendo que o coordenador de turno não assume a responsabilidade da prestação de cuidados direta embora colabore na prestação quando necessário. Nos turnos da Tarde (14h30-21h30) e da Noite (21h-8h30) estão presentes 9 Enfermeiros, assumindo o Enfermeiro responsável de turno um doente apenas. Releva-se a presença no turno da Tarde, inclusive ao fim-de-semana, a presença de um Enfermeiro alocado à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. O método de trabalho utilizado é método individual de trabalho apesar do grande trabalho de equipa e de interajuda na equipa de saúde. O rácio Enfermeiro/doente situa-se em 1:2, ou seja, um Enfermeiro para dois doentes, embora existem documentos normativos nacionais, nomeadamente emanados pela OE (2014), bem como as recomendações europeias (Valentin & Ferdinande, 2011) que advogam o rácio de 1:1, acrescendo evidência recente (Sakr et al., 2015) que demonstrou que rácios superiores a 1:1,5 estavam associados a um aumento da mortalidade.

De acordo com o descrito no ponto 1.1.3, da análise dos recursos humanos, a maioria dos Enfermeiros da UCIPG são Enfermeiros de cuidados gerais, estando a sua prática profissional orientada pelo Regulamento do Perfil de Competências de Cuidados Gerais (OE, 2012) atentando também ao enquadramento concetual e descritivo patente nos Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). No que concerne aos cuidados de Enfermagem especializados, nomeadamente referente aos Enfermeiros especialista em EMC, na área da PSC, estes regem-se também segundo os Regulamentos 122/2011 (OE, 2011b) e 124/2011 (OE, 2011a), que regulam respetivamente as competências comuns e as competências específicas do EEEPSC. De igual forma, sublinha-se também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (1996) e a Deontologia Profissional de Enfermagem [DPE] (2015) como documentos basilares e transversais à prática profissional, sejam cuidados gerais ou cuidados especializados.

O Enfermeiro coordenador de turno é, tendencialmente, um Enfermeiro especialista, profissional que integra as competências comuns e específicas na área de especialização com a perícia e conhecimentos necessários ao contexto clínico complexo, como é o caso da UCIPG, prática esta ancorada no parecer 01/2017 emanado pelo Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Especialidade de EMC (2017) relativa à atribuição de

responsável de turno. Inerente à coordenação do turno, é também função do Enfermeiro responsável de turno a realização de auditorias, no turno da manhã.

1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE

1.2.1 Enquadramento

O CHUA, EPE, formalmente criado pelo Decreto-lei n.º 101/2017, de 23 de Agosto, resulta da alteração da denominação do Centro Hospitalar do Algarve, EPE (CHA, EPE) e da transferência das competências do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, da Administração Regional de Saúde do Algarve para o CHUA, EPE. De igual modo, procedeu-se também à integração do Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve no CHUA, EPE, em regime colaborativo com a Universidade do Algarve. Assim, face a esta alteração recente, que carece ainda de um enquadramento e posicionamento estratégico, opta-se pela descrição do CHA, EPE.

A atividade do CHA, EPE foi iniciada a 1 de Julho de 2013, de acordo com o Decreto-lei n.º 69/2013 de 17 de Maio, que criou o CHA, EPE, pela fusão do Hospital de Faro, EPE e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE. Como é referido neste documento legal (2013) a criação do CHA, EPE é justificada pelo desequilíbrio da população residente, sazonal e deslocalizada face à capacidade instalada, as vias de acesso dos utentes e as estratégias de gestão regionais, sendo que as mais-valias são várias e “situam-se aos níveis assistencial, de qualidade clínica, organizacional e gestor (...) implementando um novo modelo organizacional (...), com vista à otimização dos recursos e consequente melhoria da prestação de cuidados de saúde à população” (MS, 2013, p. 2960). Neste contexto, é missão do CHA, EPE a prestação dos melhores cuidados de saúde diferenciados, competentes, de excelência e rigorosos, fomentando a formação e a investigação, respeitando os princípios éticos inerentes e promovendo o orgulho e um sentido de pertença de todos os profissionais (CHA, EPE, 2016).

Sediado em Faro, o CHA, EPE é composto por 3 hospitais, o Hospital de Portimão e o Hospital de Lagos que, no seu conjunto, formavam o Centro Hospitalar do Barlavento

Algarvio e o Hospital de Faro, integrando também 4 Serviços de Urgência Básica, situados em Loulé, Lagos, Albufeira e Vila Real de Santo António. A sua área de referência engloba todos os 16 concelhos do Algarve, sendo a única instituição pública de cuidados de saúde hospitalar nesta área de abrangência. Assume particular importância o facto da distância entre as suas unidades orgânicas poderem atingir os 140 km. Oferece a generalidade das valências, recursos técnicos, humanos e especialidades, exceto no que concerne à Neuroradiologia de Intervenção, Cirurgia Cárdiorácica, terapia de ECMO e Unidade especializada em Queimados, servindo os Hospitais Centrais de Lisboa com referência secundária. Dispõe de 995 camas, de onde se salienta a presença de 30 camas de cuidados paliativos, e 55 berços (CHUA, EPE, s/d).

Os serviços clínicos são a unidade básica de gestão do CHA, EPE, estando estes maioritariamente integrados, em termos de gestão intermédia, em departamentos em função da similitude do foco e produção assistencial e das necessidades que lhes estão associadas. Cada Departamento é coordenado por um diretor Médico, um Enfermeiro Supervisor ou Chefe e um Administrador Hospitalar, dotados de autonomia e poder de decisão sobre os serviços clínicos na sua dependência. São 6 os departamentos existentes ao qual se associam os Serviços de Apoio, as Comissões Técnicas e os Órgãos Consultivos. Nesta estrutura organizacional, o Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos é constituído por 3 Serviços de Urgência, um SUP com Centro de Trauma (Faro), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (Portimão) e um Serviço de Urgência Básica (Lagos) enquadrados em termos normativos pelo Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014). Integram também o referido Departamento o SMI 1 e o SMI 2, localizados respetivamente em Faro e Portimão. O SMI 1 é constituído pelas seguintes unidades/valências:

- Sala de Emergência;
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 (UCIP 1) - 14 Camas de nível III;
- Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) - 10 Camas de nível I/II;
- 2 Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, localizadas em Faro e Albufeira.

A integração destas unidades/valências pressupõe a sinergia de meios e recursos, uma metodologia de trabalho articulado e coordenado para uma abordagem integrada, com o objetivo de criar um "corredor" do doente crítico, maximizando a rapidez e eficiência desta mesma abordagem.

De referir que o CHUA, EPE dispõe, nos seus serviços clínicos, de uma UCI monovalente/especializada, a UCI Coronária, não integrada no SMI.

1.2.2 Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCIP 1 uma UCI de nível III, nível máximo, conforme os pressupostos já descritos no ponto 1.1.2 (DGS, 2003; OE, 2014). Encontra-se localizada no piso 2, adstrita ao SUP e à UCISU, tendo havido um aumento da capacidade e lotação em 2012, num espaço físico diferente, de 9 para 16 camas, sendo que, pelos recursos humanos limitados, atualmente apenas se encontram em funcionamento 14 camas. Esta lotação encontra-se distribuída por 3 espaços, 12 camas dispostas numa área comum "*Open Space*", 1 cama em quarto fechado e 1 cama com condições para todos os tipos de isolamento, dispondo de antecâmara, casa de banho e sistema de ar condicionado próprio com possibilidade de conferir pressão negativa (para isolamento respiratório) ou pressão positiva (para isolamento protetor) ao espaço citado. Esta distribuição e organização é sustentada na evidência, que recomendam um mínimo de 6 camas por *Open Space*, pela eficiência e economia de escala, e um máximo de 8-12 camas para otimização da observação direta (Thompson et al., 2012). Todos estes espaços clínicos dispõem de janelas e luz natural.

No que respeita às áreas não clínicas, a UCIP 1 dispõe de várias áreas com funções distintas, nomeadamente um gabinete da Enfermeira Coordenadora, dois gabinetes médicos, uma sala de limpos e sala de sujos, com os circuitos de circulação de material limpo e sujo previamente definidos, uma área de armazenamento de material de uso clínico, cuja gestão de níveis de stocks é feita de forma informatizada em articulação com o Serviço de Aprovisionamento, um espaço de refeições dos profissionais da UCI que funciona igualmente como copa e uma sala multiusos que funciona como espaço de reuniões e sala de formação, tendo para isso material audiovisual adequado. O material de grande volumetria necessário à prestação de cuidados encontra-se armazenado num armazém próprio dentro do perímetro da UCIP 1. Existe também um gabinete destinada ao secretariado clínico e administrativo que funciona igualmente como local para a gestão e controlo de entrada de visitas. Releva-se a presença de um espaço físico apropriado para o acolhimento e acompanhamento da família do doente crítico durante

o internamento deste. De igual forma, a UCIP 1 tem acesso rápido a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e ao BO.

O referido contexto clínico dispõe de todos os recursos materiais necessários para a prestação de cuidados ao doente crítico, estando as unidades equipadas com material e tecnologia necessária, invasiva e/ou não invasiva. Deste modo, todas as unidades encontram-se equipadas com monitor, com a monitorização mais usual acrescida pontualmente com módulos adicionais caso seja considerados necessários, ventilador, com possibilidade para ventilação invasiva ou não invasiva, máquinas infusoras e seringas perfusoras. O monitor e o ventilador transmitem dados diretamente para o sistema informático não havendo necessidade do seu registo ou transcrição, apenas da sua validação.

Neste contexto, dependendo da condição clínica e das necessidades específicas de cuidados, podem ser alocados meios de monitorização mais específicos como a monitorização da PIC, o uso do índice bis-espectral e a utilização de monitorização hemodinâmica invasiva, através da combinação do método de termodiluição e análise do contorno da curva arterial (sistema *PiCCO*[®]). Todas as unidades têm capacidade executarem técnicas de substituição renal, dispondo para isso de uma fonte de água e uma saída para desperdício de água que provém do circuito extracorporeal de diálise.

O sistema informático usado neste contexto, face à complexidade do mesmo, à semelhança da UCIPG, é específico para os Cuidados Intensivos (*B-ICU.Care*[®]), havendo uma integração e uma interoperabilidade de dados e funções com os outros os sistemas utilizados, integrando dados em tempo real que provêm, como já referido, do monitor e do ventilador, utilizando para isso a central de monitorização existente, mas também são vertidos, na área de trabalho do programa, assim que são conhecidos, os dados clínicos vindo do laboratório clínico e do serviço de imagiologia.

A UCIP 1 tem e utiliza diversos meios de suporte e substituição de funções vitais, dado um serviço vocacionado para intervenção diferenciada e para o suporte de órgão, onde se incluem a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, oxigenioterapia de alto fluxo, a realização de técnicas de substituição renal, contínuas, intermitentes ou híbridas, suporte hemodinâmico químico, com recurso a terapêutica vasopressora e inotrópica e elétrico, com recurso a cardioversão e dispositivos de pacemaker, provisório, transcutâneo ou endovenoso.

1.2.3 Recursos humanos

Como já foi contextualizado, as UCIs de nível III, devem deter recursos humanos dedicados e qualificados (MS, 2015a). Assim, todos os Médicos encontram-se dedicados, quase na sua totalidade, ao SMI e os Enfermeiros e AOs trabalham em equipas dedicadas à UCIP 1. Colaboram com a UCI, médicos de outras especialidades e outros profissionais de saúde, em regime de consultoria e colaboração. A UCIP 1 dispõe de uma funcionária administrativa nos turnos da manhã, nos dias úteis, e de um funcionário da portaria, durante os períodos de visitas (12h-15h e 17h-20h), diariamente.

A OM (2003), no regulamento emanado para a acreditação de idoneidade formativa, reconhece a UCIP 1 como tendo idoneidade formativa de nível C, colaborando assim com a formação de Médicos internos em formação específica, como Médicos especialista a frequentar o ciclo de estudos especiais em Medicina Intensiva e, desde 2017, com a formação de novos especialistas em Medicina Intensiva. Deste modo fazem parte do corpo clínico dedicado à UCIP 1 doze Médicos especialistas, com a presença pontual de médicos em formação específica. Atendendo à estreita ligação com a formação pré-graduada, a UCIP 1 colabora na formação de Estudantes de Enfermagem e de alunos de Medicina em contexto de ensino clínico.

A equipa de Enfermagem é constituída, à data da redação deste relatório (Janeiro de 2018), por 50 Enfermeiros, um dos quais em funções exclusivas de gestão. Do número total de Enfermeiros, 9 são detentores do título de Enfermeiro especialista em EMC, 5 são detentores do título de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, 3 detém o título de Enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e existe um Enfermeiro titulado como especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A dimensão da equipa de Enfermagem cumpre as recomendações da OE, cujo número de Enfermeiros recomendado para este contexto é de 44 Enfermeiros, no âmbito da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2014), utilizando para isso a última taxa de ocupação disponível, relativo ao ano de 2016 (CHA, EPE, 2017). Dada a variabilidade da ocupação que se registam neste tipo de serviço, de matriz não planeada, estes dados não podem ser interpretados de forma estrita, carecendo de uma necessária adaptação ao contexto e aos cuidados específicos que ali são prestados.

1.2.4 Análise da população alvo

O CHUA, EPE é a instituição hospitalar pública responsável pelos cuidados de saúde diferenciados para 442 358 pessoas na área de abrangência descrita. Neste contexto, tendo em conta que se trata de uma área turística e de grande procura, com uma percentagem significativa de residentes permanentes estrangeiros, é indispensável a referência às variações sazonais da população possível alvo de cuidados de saúde, estimando-se um número de 5 milhões de turistas anuais e o triplicar da população nos meses de verão (INE, 2011; INE, 2013), variações estas com um importante impacto na população alvo.

Como foi anteriormente referido, o doente crítico, entendido como aquele em que, "por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica" (OM, 2008, p. 8), é uma realidade mais presente e prevalente nos serviços de saúde, exigindo destes uma resposta segura, eficiente, eficaz e em tempo útil.

A UCIP 1, no período compreendido entre Janeiro e Junho de 2017, período de tempo mais recente cujos dados se encontram disponíveis, registou 242 admissões, podendo-se estimar cerca de 450-500 admissões anuais, das quais 21% provieram do SUP e 79% foram admissões internas, maioritariamente originárias do BO, registando, neste período, uma taxa de ocupação de 78,53%, com uma demora média de internamento de 8,22 dias. No período de tempo referido foi registada uma mortalidade na UCIP 1 de 24,7%, não considerando neste valor a mortalidade hospitalar (CHUA, EPE, 2017). Enaltece-se também a necessidade pontual de transferência de doentes para outras instituições hospitalares (cerca de 3%), quando estes carecem de cuidados específicos de valências inexistentes no CHUA, EPE ou quando, principalmente nos estrangeiros residentes sazonais ou que se encontrem em período de férias, estes são repatriados para o país de origem. Neste âmbito, considera-se relevante referir que os hospitais que são referências secundárias para o CHUA, EPE distam, sensivelmente cerca de 275-300 km, concorrendo o transporte do doente crítico como um fator de risco acrescido.

A carga de trabalho de Enfermagem na UCIP 1 é calculada através do *TISS-28* e da *Nursing Activities Score (NAS)*, instrumentos estes que permitem dimensionar a carga

de trabalho de enfermagem nas UCIs (Padilha et al., 2005; Padilha et al., 2015). A NAS, apesar do uso corrente na prática clínica, foi adaptada e validada para a população portuguesa apenas no ano transato (Macedo, 2017). Segundo dados disponibilizados pela Enfermeira Coordenadora da UCIP 1, relativamente ao ano de 2017, foi obtido um TISS-28 médio de 34,7, correspondendo a 5,83 horas/dia de cuidados de Enfermagem.

O CHUA, EPE encontra-se numa região que regista uma oferta de camas de Cuidados Intensivos (nível III) de 7,6/100 000 (camas/habitantes), superior à média nacional, que se encontra nos 5,8/100 000 (MS, 2015), que explica em parte a taxa de ocupação monitorizada, apesar da variação sazonal já descrita.

1.2.5 Análise da produção de cuidados

A prestação de cuidados é realizada por uma equipa multidisciplinar dedicada, 24 horas por dia, 365 dias por ano. A prestação de cuidados de Enfermagem, pela complexidade e dinâmica do doente crítico, exige uma gestão e distribuição do trabalho de Enfermagem adaptada às necessidades. A equipa de Enfermagem encontra-se organizada por equipas, mescladas de acordo com critérios vários, como a experiência profissional, competências na área da hemodiálise convencional, a titulação do título de especialista por parte da OE, entre outros.

Assim, no que concerne à organização de trabalho, estão presentes 8-9 Enfermeiros no turno da Manhã (8h-16h), sendo que 7 Enfermeiros se encontram afetos à prestação direta de cuidados. O número de Enfermeiros na prestação mantém-se nos turnos da Tarde (15h30-24h) e da Noite (23h30-8h30). Em cada turno, assume a coordenação do mesmo, um Enfermeiro, na sua maioria das vezes, especialista, não necessariamente especialista em EMC, designado como Enfermeiro responsável de turno. A distribuição de trabalho ocorre no início do turno pelo Enfermeiro responsável do turno a qual a distribuição de trabalho diz respeito, assumindo, para além das funções inerente à coordenação, doentes sob a sua responsabilidade. O método de trabalho utilizado é método individual de trabalho. O rácio Enfermeiro/doente pode atingir o máximo de um Enfermeiro para dois doentes, embora face à taxa de ocupação observada, este rácio raramente seja atingido. Salienta-se, como observado no ponto 1.1.5, a recomendação

de um rácio inferior a 1:2 com evidência científica que atesta um pior *outcome* quando rácio referido excede 1:1,5 (Valentin & Ferdinande, 2011; Sakr et al., 2015).

A maioria dos Enfermeiros da UCIP 1 são Enfermeiros de cuidados gerais (ponto 1.2.3), estando a sua prática profissional regulada pelo Regulamento do Perfil de Competências de Cuidados Gerais (OE, 2012) atendendo também ao enquadramento concetual e descritivo patente nos Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), no REPE (1996) e na DPE (2015). Estes documentos, pela transversalidade à prática profissional dos Enfermeiros, aplicam-se tanto aos cuidados gerais como aos cuidados de Enfermagem Especializados. No que concerne aos cuidados de Enfermagem especializados, estes detêm documentos próprios por onde a sua prática é regida, importando, no contexto deste relatório, referir que os Enfermeiros especialistas em EMC se encontram vinculados e enquadrados profissionalmente aos Regulamento 122/2011 (OE, 2011b) e Regulamento 124/2011 (OE, 2011a), que regulam respetivamente as competências comuns e as competências específicas do EEEPSC.

Salienta-se a não existência de uma equipa de Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, com dedicação parcial ou total ao seu *core* específico de competências, estando os 5 Enfermeiros titulados como Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação alocados às funções de Enfermeiros de cuidados gerais.

Uma parte significativa da equipa de Enfermagem da UCIP 1 integra também a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH), da qual fazemos parte desde o seu início, instituída em 2015, seguindo as orientações emanadas pela DGS (2010), constituída por Médico e Enfermeiro, com treino e competências diferenciadas para a atuação em emergência, sendo a equipa ativada em situações de PCR, de deterioração clínica objetiva e significativa ou quando a perceção clínica assim o sugere. Esta equipa encontra-se em dedicação exclusiva para as funções descritas, em escala de trabalho própria, sendo, por vezes, contatada para funções de assessoria e colaboração.

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

No contexto atual, com a mudança de foco para a segurança do doente e gestão de risco, é premente o uso de estratégias e a adoção de novos conceitos nas organizações de saúde, para congregar e coordenar esforços e recursos para uma melhoria de ganhos em saúde. Assim, o planeamento, especificamente o planeamento em saúde, é um conceito basilar e orientador.

Deste modo, define-se planeamento em saúde como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.21), partilhando os conceitos essenciais com a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010), que tem como premissa a resolução de problemas e, através deste processo, permite a aquisição de conhecimentos e competências na elaboração de projetos numa situação real (Ruivo et al., 2010). Constitui-se assim como uma dicotomia entre a investigação, a teoria e a prática, uma vez que se baseia no conhecimento teórico para uma aplicação posterior em contexto prático (Ruivo et al., 2010). O planeamento em saúde deve ser entendido como um processo contínuo, dinâmico e flexível, não se considerando cada etapa como verdadeiramente concluída (Imperatori & Giraldes, 1993; Ruivo et al., 2010).

Assim, assume-se a metodologia de projeto como linha orientadora da IPM a ser implementado na UCIP 1 do CHUA, EPE nas suas 5 etapas: Diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução, avaliação e divulgação dos resultados. Para além destas etapas, considera-se essencial uma breve fundamentação da referida intervenção, com uma descrição dos conceitos chave da mesma, assim como um desenvolvimento, considerado por nós lógico, da última etapa com uma discussão concisa dos resultados obtidos.

Importa, neste ponto, fazer uma breve descrição da teoria de médio alcance que serve como base concetual à IPM, o *Synergy Model for Patient Care* da AACN, teoria esta desenvolvida nos anos 90 pela AACN, que pretendeu criar um modelo que orientasse e modelasse a prática de Enfermagem e servisse para a certificação dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos (Brewer et al., 2007). Atendendo a que uma teoria é articulação sistemática, coerente, organizada de um conjunto de afirmações relacionadas com questões significativas numa disciplina e que são comunicadas de forma global e significativa, uma teoria de médio alcance é uma teoria de um âmbito

mais restrito, menos abstrato, que trata de um fenômeno ou conceito específico e que refletem a prática de Enfermagem (Meleis, 2012). Neste modelo descreve-se a relação entre Enfermeiro e doente/família, pressupondo que as necessidades e características dos doentes/famílias influenciam e orientam as competências dos Enfermeiros e, quando estas coincidem, encontram-se em sinergia (AACN, s/d), traduzindo-se em melhores cuidados e resultados em saúde (Brewer et al., 2007). Assim, quanto maior a complexidade e compromisso clínico do doente, mais extensas e complexas serão as suas necessidades, exigindo um maior grau de proficiência nas competências dos Enfermeiros que são requeridas (AACN, s/d).

Esta teoria alicerça-se em três componentes fundamentais, as características dos doentes, as competências dos Enfermeiros e os ganhos em saúde (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006). Assim, apesar de cada doente revestir-se de um conjunto individual de características, segundo este modelo, são oito as características consistentemente associadas ao doente crítico que traduzem necessidades (Resiliência, Vulnerabilidade, Estabilidade, Complexidade, Disponibilidade de Recursos, Participação no Cuidado, Participação na tomada de decisão e Previsibilidade²), sendo classificados de 1 (nível mais baixo) a 5 (nível mais elevado). Decorrendo das necessidades individuais, são imprescindíveis certas competências dos Enfermeiros (Julgamento clínico, Advogar e o agir moral/ético, Prestação de cuidados, Colaboração/trabalho de equipa, Pensamento sistémico, Resposta à diversidade, Indagação clínica e Facilitador de aprendizagem/ensino³) que, no seu conjunto, refletem o conhecimento, competências e experiência profissional detida. Estas são classificadas de igual forma, variando de 1, competente, a 5, perito (Becker et al., 2006). Os ganhos em saúde (*outcomes*) são avaliados igualmente através de um contínuo, através de seis indicadores de qualidade, a satisfação dos doentes, taxa de eventos adversos, taxa de complicações, adesão ao plano terapêutico, taxa de mortalidade e duração do internamento (Becker et al., 2006).

Apesar de a IPM poder ser enquadrado em várias teorias de médio alcance, salientando-se aqui a teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel ou a teoria das Transições de Afaf Meleis, optamos pelo *Synergy Model for Patient Care* pela sua adaptação clara ao doente crítico (Hardin & Hussey, 2003) e, dado a linha de estudo onde a IPM se insere, os indicadores de qualidade dos ganhos em saúde que são

² *Resiliency, Vulnerability, Stability, Complexity, Resource Availability, Participation in Care, Participation in decision making e Predictability* (AACN, s/d).

³ *Clinical Judgment, Advocacy and Moral Agency, Caring Practices, Collaboration, Systems Thinking, Response to diversity, Clinical Inquiry e Facilitator of Learning* (AACN, s/d).

postulados pela teoria encontram-se perfeitamente integrados na fundamentação da IPM e na breve concetualização centrada na segurança do doente e da qualidade em saúde, que se enunciam no ponto seguinte.

2.1 Fundamentação

A temática da segurança do doente, nas suas diversas componentes, tem merecido uma importância crescente e cada vez mais visível, sendo considerada a componente de maior relevo quando a qualidade em saúde é o assunto em foco (Fragata, 2011), emergindo neste contexto várias áreas de interesse, salientando-se as questões relacionadas com a transmissão de informação clínica. De facto, emergem do contexto global e internacional diversas iniciativas que abordam a transmissão de informação clínica, sendo a efetiva transmissão de informação uma das 6 metas internacionais da segurança do doente (*The Joint Comission [TJC]*, s/d), encontrando-se também plasmado no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 (MS, 2015b) esse objetivo estratégico.

Os momentos de transição de cuidados, mais especificamente, os momentos de passagem de turno, ocorrem numa base diária em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsável por uma parte significativa do tempo de trabalho dos profissionais de saúde dado que, como referem Colvin, Eisen e Gong (2016), é impossível para um prestador de cuidados de saúde, independentemente do tipo de profissional e do seu leque de competências, permanecer durante a totalidade do período de prestação de cuidados, sendo inerente e indissociável à prestação de cuidados de saúde a passagem de informação e responsabilidade. Estes momentos são unanimemente considerados críticos e detêm potencial óbvio para conduzir ao compromisso da segurança do doente (DGS, 2017) dado que, como refere a TJC (2014) com base na análise de causa raiz dos eventos adversos reportados, 2 em cada 3 destes eventos devem-se à comunicação e transição de cuidados ineficiente, havendo também a perceção pelos profissionais de saúde de que estes momentos são eventos onde mais informação relevante se perde (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2014).

“As transições de cuidados habitualmente falham na existência de uma estrutura formal, que é agravada pela falta de linhas orientadoras para o profissional que está a

realizar o relatório” (Tranquada, 2013, p.24), constatando-se assim que a variabilidade no estilo, qualidade e quantidade da informação transmitida, com potenciais omissões, lacunas, erros, imprecisões e deficits de priorização podem ter consequências para a segurança do doente. De acordo com Eaton (2010), que merece a nossa concordância, a transição de cuidados é um momento imprescindível ao processo de prestação de cuidados, mas, apesar disso, não é uma prática baseada na evidência, pois a esmagadora maioria dos profissionais adquire competências pela observação dos pares, observação essencialmente baseada na repetição, sem a necessária prática reflexiva e avaliação do processo e dos resultados que lhe são sensíveis. Para responder a esta necessidade premente, assiste-se atualmente a uma tentativa de normalizar e padronizar a transição de cuidados de saúde, com ganhos em termos de segurança (Lane-Fall et al., 2014; Starmer et al., 2014) e uma melhoria da satisfação dos profissionais de saúde com este método (Emlet et al., 2012; Randmaa, Mårtensson, Swenne & Engstrom, 2014).

Como foi referido no parágrafo anterior, a padronização da transição de cuidados de saúde é reconhecida como tendo o potencial de promover a segurança do doente. Neste contexto, a metodologia *ISBAR* (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação⁴), metodologia recomendada por várias organizações de saúde em termos globais pela sua fácil memorização pelos profissionais e a possibilidade de replicação em diferentes contextos, alicerça-se numa “metodologia padronizada, simples, flexível, concisa, e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017, p.6). Cada inicial da mnemónica *ISBAR* permite, como se infere desta última referência, a transmissão de informação relativas a situações clínicas complexas, de modo estruturado e eficiente.

A pessoa em situação crítica na UCI, serviço para o qual esta intervenção foi delineada e estruturada, fruto da sua especificidade, multidisciplinaridade, complexidade de processos e dinâmica, encontra-se em particular risco de perda de informação relevante ou que esta não seja utilizada atempadamente. Atendendo a que os Enfermeiros são os profissionais mais próximos e presentes durante o internamento do doente crítico, os dados clínicos fiáveis, concretos e rapidamente acessíveis são imprescindíveis para, como refere a OE no Regulamento das Competências Específicas do EEEPC, a prestação de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta

⁴ **I**dentification, **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment e **R**ecommendation.

às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2011a, p. 8656).

Atendendo ao contexto clínico a que esta intervenção se destina, uma UCI de nível III, conjuntamente com a breve contextualização teórica apresentada, balizado nas competências comuns do Enfermeiro especialista, nomeadamente na competência “A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2011b, p. 8650), bem como na competência “B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2011b, p.8651) e na competência “B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2011b, p.8651). Releva-se também as Competências específicas do EEPSC, especificamente a competência “K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011a, p. 8656) onde, no descritivo que lhe é inerente, o EEPSC “mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil” (OE, 2011a, p. 8656) considerando “a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”(OE, 2011a, p. 8656). Deste modo, considera-se a presente IPM relevante e pertinente para a melhoria da segurança do doente, intervindo na área da transição de cuidados de saúde, mais concretamente na passagem de turno de Enfermagem. Neste contexto, foi submetido a proposta de relatório de estágio (Apêndice A) com o título “Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem”, tendo o merecido a aprovação para sua realização.

2.1.1 Qualidade em saúde e segurança do doente

“A incessante procura de uma definição de qualidade em saúde é expressa em todas as fontes documentais da especialidade” (Eiras, 2011, p. 21) sendo que, esta problemática, de acordo com a autora citada, pode ser abordada de diferentes vertentes, ao nível do utilizador, do prestador ou do gestor/financiador variando consoante o nível de prestação, a sua abstração e o contexto da prestação de cuidados. Assim, entende-se a qualidade em saúde como um conceito necessariamente dinâmico, em evolução constante e em dependência do contexto concreto onde este é abordado (Eiras, 2011).

Qualidade em Saúde, no conceito proposto pelo MS (2015b, p. 13551), define-se como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”. Este conceito foi abordado pela primeira vez por Florence Nightingale no século XIX, mas apenas veria uma definição consistente e com ampla aceitação no final dos anos 60, com Avery Donabedian, assente na tríade clássica: resultados, processos e estrutura (Fragata, 2011). A esta tríade foi associada posteriormente uma nova componente da qualidade, a segurança do doente.

O *Institute of Medicine* [IOM] (2001) na publicação do relatório “*Crossing the Quality Chasm*”, documento essencial à mudança paradigmática da qualidade em saúde e da segurança do doente, enumera as componentes fundamentais da qualidade em saúde:

- Segurança – Evitando danos colaterais;
- Acesso atempado – evitando demoras que possam ser deletérias, tanto para o doente como para o prestador de cuidados;
- Eficácia – prática baseada na evidência e orientada para os resultados;
- Eficiência – evitando desperdícios;
- Equidade – sem discriminação;
- Centrada no doente – adaptada às necessidades.

Atualmente, assiste-se à concetualização da qualidade como a triangulação da efetividade (eficácia e eficiência), a experiência e satisfação dos doentes e a segurança (Fragata, 2011).

Devidamente balizado no enquadramento concetual referido, a OE, tanto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) como no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica[RPQCEEPSC] (OE, 2015b), enaltece a importância da qualidade em saúde e releva a mais-valia do Enfermeiro, especialmente do EEEPSC neste âmbito, face à exigência cada vez maior de padrões de qualidade em saúde e à progressiva diversificação e aumento da complexidade das problemáticas em saúde (OE, 2015b).

A segurança do doente e a qualidade na prestação de cuidados de saúde são indissociáveis, quer pelo impacto nos resultados clínicos, financeiros e administrativos, quer pela dimensão da satisfação dos alvos da prestação de cuidados (Fragata, 2011), implicando a abordagem conjunta de iniciativas destas áreas. Eiras (2011) considera

que a qualidade e a segurança são parte de um *continuum*, enaltecendo-se a interdependência e complementaridade dos mesmos.

A segurança do doente é definida pela DGS (2017, p.4) como a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é (..) direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados...” ou, numa definição mais pragmática “tratar sem erros ou complicações desnecessárias” (Fragata, 2011, p.18). Decorre destas definições a constatação de que o processo de prestação de cuidados tem em si inerente um certo grau de insegurança e admite-se a impossibilidade da eliminação total do erro em saúde. A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009) defende a eleição da segurança do doente como o fundamento basilar à prestação de cuidados de saúde.

A publicação do já referido relatório do *IOM* (2001) representou um marco definidor na política de saúde em relação à segurança do doente, na medida em que identificou e quantificou os custos associados aos erros e eventos adversos, levando a um impulso do movimento em torno da segurança do doente, colocando a problemática como prioritária à investigação e considerando-a um problema de saúde pública. Surgem, neste contexto, várias iniciativas de âmbito global e europeu de onde se salientam a *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2004) e a declaração de Luxemburgo *Patient Safety – making it happen* (Comissão Europeia, 2005), onde se assume a segurança do doente como uma prioridade estratégica. Estas normativas internacionais são plasmadas para realidade portuguesa através da publicação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 4223/2009, de 24 de Junho) assistindo-se, desde esta data, à publicação de vários documentos relevantes à área da qualidade e segurança do doente.

Atualmente, ao contrário do que seria espetável, assistiu-se, na realidade nacional, a um aumento da taxa dos eventos adversos de 2,3% para 8% (de 2000 até 2015), constatando-se que 6% dos doentes internados sofrem pelo menos um evento adverso, a que se associa um aumento da mortalidade hospitalar de 5% para 7% (Sousa-Pinto, Marques, Lopes & Freitas, 2018). Importa definir evento adverso como uma ocorrência que aconteceu ou que afeta um doente com dano para este (DGS, 2011) que, de acordo com Fragata (2011), é o segundo incidente mais grave na taxonomia da segurança do doente, apenas superado pelos eventos sentinelas.

Apesar da importância que lhe é atribuída, releva-se o facto que, segundo o último estudo da DGS acerca avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais,

conclui-se que a cultura de segurança não é assumida como uma prioridade, tanto pelos profissionais como pelas instituições (DGS, 2015), conclusão esta que se generaliza ao cidadão comum (Comissão Europeia, 2014). Recentemente foi emanada pela DGS (2018) uma norma que vincula todas as organizações de saúde hospitalares, numa periodicidade bianual, a realizarem questionários de avaliação de segurança do doente, onde a transição de cuidados de saúde é uma das dimensões avaliadas.

2.1.2 Transição de cuidados

Os momentos de transição de cuidados de saúde, nomeadamente as passagens de turno, como foi anteriormente referido, são indissociáveis à prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade, estando sujeitos ao enquadramento ético, deontológico e normativo inerente aos diferentes grupos profissionais, no âmbito das suas competências. A DGS definiu recentemente a transição de cuidados de saúde como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (2017, p.4), conceito este que inclui as mudanças de turno ou passagem de turno, reconhecendo-a como um evento crítico ao nível das transferências intra/inter-instituições, admissões/altas hospitalares para o domicílio ou outro nível de cuidados.

O Conselho Jurisdicional da OE define a passagem de turno como “um momento de reunião da equipa de Enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (OE, 2005, p.233), dando, neste descritivo, ênfase às vertentes de aprendizagem, discussão e prática reflexiva. Enaltece-se também a referência, em ambas as definições, à segurança/qualidade como indicadores de processo e resultado.

2.2 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação, sendo a primeira etapa do planeamento em saúde, deve visar “a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (Ruivo et al., 2010, p. 10) concetualizando um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar, correspondendo assim às necessidades de saúde da população alvo (Nobre, 2012). Este diagnóstico deve ser “suficientemente alargado, (...) suficientemente aprofundado (...) e fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 28), devendo os seus resultados/benefícios sustentados ao longo do tempo (Ruivo et al., 2010), estando em concordância com as competências do EEEPSC, onde os cuidados de Enfermagem especializados “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados” (OE, 2011a, p. 8656).

Como foi contextualizado no ponto 2.1, os momentos de transição de cuidados de saúde constituem-se como momentos essenciais na prestação de cuidados de saúde, sendo igualmente pontos sensíveis no que concerne à segurança do doente. Assim, após validação da temática com a Enfermeira Coordenadora, através de uma entrevista não estruturada, de cariz informal, em conjunto com a auscultação de uma significativa parte dos Enfermeiros da UCIP 1, constata-se a ausência de qualquer normativa acerca da transição de cuidados de saúde, sendo proposto a estruturação/semiestruturação da passagem de turno de Enfermagem, como Intervenção Profissional *Major*.

Para assegurar a pertinência da intervenção e melhor caracterizar e quantificar a necessidade identificada, bem como traduzir a realidade em variáveis mensuráveis (Fortin, 1999), elaborou-se um questionário (Apêndice B), cujo o preenchimento se realizou on-line, a fim de auscultar a equipa de Enfermagem da UCIP 1 e aferir os conhecimentos acerca da temática da segurança do doente, mais concretamente os conhecimentos detidos acerca da transição de cuidados em Enfermagem e dos documentos normativos à mesma. Este encontra-se dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e a referida aferição de conhecimentos da equipa. Optou-se por este instrumento de diagnóstico pela possibilidade de adaptação do mesmo à realidade clínica concreta, atendendo que a aplicabilidade da intervenção em causa depende do envolvimento e participação ativa da Equipa de Enfermagem.

Paralelamente, foi realizada uma análise *SWOT* (Fraquezas, Ameaças, Forças e Oportunidades⁵), “uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional” (Ruivo et al., 2010, p. 14), onde se descrevem as fraquezas, as ameaças, as forças e as oportunidades, permitindo refletir e pesar os elementos positivos e negativos face ao problema e necessidade identificada (Apêndice C).

Do referido questionário fez-se uma análise estatística quantitativa, recorrendo ao *Microsoft Office® Excel®*, cujos resultados se encontram no Apêndice D. De um universo de 51 Enfermeiros, responderam 43 Enfermeiros (84,31%), que se considera uma amostra representativa da equipa em epígrafe, cuja dimensão total da mesma se reporta à data de 21 de Novembro de 2017. Salienta-se, na caracterização demográfica, académica e profissional a existência de uma percentagem significativa de Enfermeiros especialistas (23%), coexistindo na equipa citada uma grande variabilidade em termos de experiência profissional e experiência em cuidados à PSC, entendendo-se PSC, para efeitos do referido questionário, como foi anteriormente definido no ponto 1.1.4. Releva-se também que a faixa mais representativa dos profissionais (n=20) detém até 5 anos de experiência em Cuidados Intensivos, janela temporal considerada essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências segundo o modelo de Benner (2001).

Relativamente à terceira parte do questionário é patente que, apesar da maioria dos profissionais já deterem ou terem feito formação no âmbito da segurança do doente (53%), existe um desconhecimento significativo sobre o enquadramento concetual da temática da segurança do doente e especificamente sobre a transição de cuidados de saúde. Assim, apenas 21% conhecem as metas internacionais para a Segurança do Doente, 23% referiram conhecer o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, somente 35% mencionam ter conhecimento da norma da DGS 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde e somente 3 Enfermeiros nomearam uma abordagem padronizada ou estruturada da transição de cuidados de saúde.

Deste modo, partindo da contextualização, análise e interpretação dos resultados das ferramentas diagnósticas, definimos como situação-problema a ausência de uma estruturação, sistematização ou protocolização da passagem de turno de Enfermagem na UCIP 1- CHUA, EPE, com possíveis consequências para a segurança do doente. Entendemos necessário a definição de problema dado que este “constitui o início da

⁵ **Weakness, Threats, Strengths e Opportunities.**

concretização de uma investigação ou elaboração de um projecto” (Ruivo et al., 2010, p. 12).

2.3 Objetivos

A identificação dos objetivos, entendidos como o “ponto fulcral da planificação e do desenvolvimento” (Ruivo et al., 2010, p. 18), representam os resultados que se pretendem atingir na população alvo através da implementação de projetos (Calçada, 2013). Desta forma, para estabelecer os objetivos da intervenção, é necessário partir dos problemas delimitados e expressá-los enquanto estado positivo a atingir no futuro. Assim, partindo do problema identificado, definimos o seguinte objetivo geral:

- Introduzir uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem da UCIP 1 do SMI do CHUA, EPE;

Tendo em conta que objetivo geral só é possível ser avaliado se for traduzido em termos concretos e específicos, conferindo assim um maior grau de sensibilidade e objetividade ao enunciado geral (Ruivo et al., 2010), foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o conhecimento da equipa de Enfermagem acerca dos documentos norteadores e concetuais da segurança do doente, especificamente no que concerne à transição de cuidados de saúde e à passagem de turno de enfermagem;
- Construir um instrumento semiestruturado para a passagem de turno, específico e sensível ao contexto clínico, utilizando uma abordagem participativa por parte equipa de Enfermagem;
- Observar, após obtenção de um consentimento informado, livre e esclarecido, a passagem de turno de Enfermagem;
- Avaliar a perceção da equipa de Enfermagem, após a implementação da intervenção, no que concerne à utilidade, satisfação e ganhos sensíveis e específicos à IPM;

2.4 Planeamento e Execução

O planeamento consiste no plano detalhado e preciso da IPM, onde são elencados os recursos disponíveis e necessários, bem como as limitações que condicionam a intervenção. São planeadas e definidas também as atividades a desenvolver, a metodologia de pesquisa e o respetivo cronograma (Fortin, 1999; Ruivo et al., 2010), entendendo-se o planeamento como a preparação objetiva, cruzando os objetivos com os recursos para atingir os critérios de avaliação propostos. A fase da Execução, na metodologia de projeto, baseia-se essencialmente na prossecução prática do planeamento abstrato prévio (Ruivo et. al., 2010), tornando-se numa situação real (Fortin, 1999). Opta-se por tratar e descrever estas fases em simultâneo pela estreita dependência entre elas. Dada a natureza dinâmica da IPM, encontra-se no apêndice E o cronograma inicialmente proposto e no apêndice F o cronograma final, com as atividades delineadas na janela temporal em que estas foram efetivamente realizadas.

Assim, tendo-se como pertinente a IPM e, dado a necessidade da autorização institucional, tendo em conta que, como refere Nunes (2013), a realização de um trabalho de natureza académica numa organização de saúde deve ser autorizado por quem detém a autoridade e a responsabilidade, procedeu-se à elaboração e formalização de pedidos de autorização para a intervenção em epígrafe, dirigidos ao Conselho de Administração e à estrutura de gestão intermédia da UCIP 1 do CHUA, EPE (Apêndice G), nomeadamente à Diretora de Serviço e à Enfermeira Coordenadora da mesma. Face à mudança recente do CHA, EPE para CHUA, EPE, ainda não existe nenhum modelo de declaração normalizada sobre as deliberações do Conselho de Administração do CHUA, EPE, tendo-se solicitado ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC) do CHUA, EPE, uma declaração que comprova a aceitação da IPM (Apêndice H) por parte do Conselho de Administração.

Paralelamente, atendendo à autorregulação dos Enfermeiros sobre si próprios como profissão, nomeadamente os referenciais éticos e deontológicos presentes na DPE e no REPE (Nunes, 2013) que vinculam e norteiam qualquer área do exercício profissional, indissociáveis da prática e da investigação, foram também elaborados e formalizados pedidos de parecer à Comissão de Ética do CHUA, EPE (Apêndice I) e à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da UE (Apêndice J) para a execução da IPM, merecendo, destes órgãos, a aprovação e parecer positivo (Apêndice K). De igual forma, não existe ainda nenhum modelo de declaração

normalizada sobre as deliberações da comissão de ética do CHUA, EPE, usando-se, segundo indicações do CFIC do CHUA, EPE, o email de notificação recebido como comprovativo do parecer positivo da comissão de ética do CHUA, EPE.

Observado o regulamento da Comissão de Ética do CHUA, EPE e a solicitação por parte do CFIC do CHUA, EPE, foi elaborado um documento que sintetiza toda a IPM, nas suas várias etapas (Apêndice L), bem como um pedido formal à Enfermeira Diretora do CHUA, EPE (Apêndice G). Releva-se que, apesar da intervenção não versar sobre a prestação direta de cuidados, considerou-se pertinente um enquadramento e delimitação ética pelo uso de um documento de consentimento informado, livre e esclarecido, documento essencial por ser “uma das pedras angulares da investigação” (Nunes, 2013, p. 11), encontrando-se este no Apêndice M, bem como a preocupação da manutenção do anonimato e confidencialidade inerentes à intervenção e consideradas necessárias para os participantes.

Deste modo passa-se a apresentar os objetivos específicos, com a descrição das atividades inerentes e os indicadores de avaliação definidos para os mesmos.

- ***Avaliar o conhecimento da equipa de Enfermagem acerca dos documentos norteadores e conceituais acerca da segurança do doente, especificamente no que concerne à transição de cuidados de saúde e à passagem de turno de Enfermagem;***

Para a prossecução deste objetivo específico foram delineadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da qualidade e segurança do doente, especificamente sobre a comunicação segura e efetiva na transição de cuidados;
- Elaboração do questionário de diagnóstico de situação;
- Validação do questionário pela Enfermeira Coordenadora e pela Docente orientadora do Estágio;
- Envio do questionário à Equipa de Enfermagem da UCIP 1 do CHUA, EPE- Faro, devidamente balizado no tempo;
- Tratamento dos dados colhidos.

No que concerne aos recursos utilizados, para além recursos humanos citados, foram utilizados bases de dados científicas e material bibliográfico de fonte diversa. O envio do

questionário foi realizado on-line, através de uma hiperligação enviada para o email institucional de cada elemento da equipa de Enfermagem, não se alocando recursos materiais a esta atividade. Para o tratamento estatístico foi usado o *Microsoft Office® Excel®*. Assume-se a fundamentação já previamente gizada no ponto 2.2, referente ao diagnóstico de situação, para a justificação deste objetivo específico. Fixou-se uma taxa de resposta por parte da equipa de Enfermagem de 66% como critério de avaliação e indicador de processo das atividades propostas para este objetivo específico, valor este superado (84,31%), tendo-se assim a perceção de uma ampla participação e aceitação na intervenção.

- ***Construir um instrumento semiestruturado da passagem de turno, específico e sensível ao contexto clínico, utilizando uma abordagem participativa por parte da equipa de Enfermagem;***

Foram definidas as seguintes atividades para concretizar este objetivo específico:

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da transição de cuidados e passagem de turno;
- Elaboração de um plano de sessão do momento formativo (Apêndice N);
- Elaboração de uma apresentação subordinada ao tema da IPM, para o momento formativo descrito (Apêndice O);
- Elaboração de uma proposta de ferramenta semiestruturada que suporte a informação durante passagem de turno de Enfermagem, com base na mnemónica *ISBAR*;
- Criação de uma *checklist* para avaliação do cumprimento da ferramenta semiestruturada descrita no ponto anterior;
- Validação dos documentos referidos pela Docente Orientadora do Estágio bem como pela Enfermeira Coordenadora da UCIP 1;
- Marcação do momento formativo;
- Realização do momento formativo;
- Adaptação da proposta de ferramenta semiestruturada previamente descrita, no momento formativo (Apêndice P);
- Adaptação da *checklist* para avaliação do cumprimento da ferramenta semiestruturada (Apêndice Q);

Foram previstos como recursos utilizados humanos necessários, a Enfermeira Coordenadora da UCIP 1, a Docente Orientadora do Estágio Final, Enfermeira responsável pela formação em serviço e a equipa de Enfermagem da UCIP 1.

Relativamente aos recursos materiais foram utilizados a sala de formação da UCIP 1, bem como o material audiovisual desse local, nomeadamente o computador e a televisão para exposição da apresentação à equipa supracitada.

Como refere Rego (2015), a atualização e o nível de formação dos profissionais no âmbito das suas funções é condição imprescindível para que seja atingida a qualidade dos serviços, tendo sido uma preocupação a articulação da intervenção com a Enfermeira responsável pela formação, assim como o enquadramento desta com plano anual de formação em serviço. Deste modo, a formação em serviço vincula três áreas do saber: *saber saber*, implicando a aquisição de conhecimento geral e específico, *saber fazer*, aquisição de competências necessárias ao desempenho proficiente e o *saber ser e estar*, implicando atitudes e comportamentos (Rego, 2015). Neste âmbito de análise, a presente intervenção, na nossa opinião, liga-se às três áreas de saber descritas por este autor.

Atendendo à existência de um manual extenso de mnemónicas usadas para a estruturação/protocolização da passagem de turno (Colvin et al., 2016; Holly & Polletick, 2014; Nasarwanji, Badir & Gurses, 2016) que, segundo estes autores, carecem de uma adaptação ao contexto clínico específico. Deste modo, opta-se pela abordagem participativa da equipa de Enfermagem na construção, adaptação e validação do instrumento semiestruturada que suporte a informação durante passagem de turno de Enfermagem. Pronovost e Rubenfeld (2009) referem algumas estratégias que podem ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a segurança, designadamente *bundles*, protocolos, *checklists*, auditorias, *feedbacks* e lideranças assertivas. Em suma, face ao descrito, consideram-se fundamentadas as atividades que concretizam este objetivo. Assim, a ferramenta construída e adaptada pela equipa em contexto de formação (Apêndice P) é constituída por itens de carácter obrigatório, informação a ser transmitida em todos os momentos formais de passagem de turno (itens sublinhados), e itens de carácter facultativos, apenas aplicáveis a situações clínica específicas (todos os restantes).

Foi definido como critério de avaliação e indicador de processo das atividades alocadas ao objetivo citado, a presença na formação de, pelo menos, 50% da equipa de Enfermagem. Neste contexto foram efetuados, para além do momento formativo formal já referido, vários momentos informais de formação aos colegas que, demonstrando interesse na intervenção, estiveram impossibilitados de marcarem presença na data e hora definida. Assim assistiram ao momento formativo 43,4% (n=20), e informalmente 30,4%(n=14), totalizando 73,8% (n=34) (total n=46). Salienta-se que o formador,

fazendo parte da equipa, bem como 3 elementos, de momento ausentes da UCIP 1 por um período prolongado de tempo, não foram considerados para o número total de elementos, denominador utilizado para o cálculo das percentagens referidas.

- **Observar, após obtenção de um consentimento informado, livre e esclarecido, a passagem de turno de Enfermagem;**

Foram definidas as seguintes atividades para a consecução deste objetivo específico:

- Criação de um documento de consentimento informado, livre e esclarecido;
- Validação do documento de consentimento informado junto da Docente Orientadora do Estágio Final;
- Submissão e validação do documento de consentimento informado, livre e esclarecido junto da Comissão de Ética do CHUA, EPE;
- Submissão e validação do documento de consentimento informado, livre e esclarecido junto da Comissão de Ética – Área de Saúde e Bem-Estar da UE;
- Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido junto dos elementos pertencentes à equipa de Enfermagem da UCIP 1;
- Observação direta do conteúdo transmitido no momento da passagem de turno de Enfermagem, nos três períodos formais diários;
- Preenchimento da *checklist* para avaliação do cumprimento da ferramenta semiestruturada da passagem de turno;
- Tratamento dos dados colhidos;

Para a execução das atividades descritas no âmbito deste objetivo específico recorreu-se, em termos de recursos humanos, à Docente Orientadora do Estágio Final, às comissões de ética do CHUA, EPE e da UE e à Equipa de Enfermagem da UCIP 1. No que concerne aos recursos materiais utilizados, foram utilizados os meios necessários à submissão e validação pelas comissões de ética, nomeadamente a plataforma *GesDoc* (Sistema de Gestão Documental) da UE e a entrega do formulário devido através do secretariado da comissão de ética do CHUA, EPE, bem como o uso de correio eletrónico profissional para a entrega subsequente de informação/documentos solicitados pelo CIFIC. Foi também utilizado suporte em papel, tanto para a ferramenta semiestruturada que suporta a informação durante passagem de turno de Enfermagem como para o preenchimento da *checklist* para avaliação do cumprimento da ferramenta semiestruturada. No tratamento dos dados colhidos foi utilizado o *Microsoft Office® Excel®*.

Os programas de melhoria da segurança do doente, objetivo que se pretende atingir com esta intervenção, devem ser sujeitos a processos de avaliação (Cooke & Curtis, 2009), havendo a necessidade de definir a forma e as ferramentas da avaliação na fase inicial da intervenção (Ruivo et al., 2010). Deste modo, após a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido a cada elemento da equipa de Enfermagem, foram realizadas observações desarmadas, durante 1 semana, em 8 passagens de turno diferentes, perfazendo um total de 100 momentos. Na observação desarmada “observam-se os comportamentos directos dos sujeitos” (Ruivo et al., 2010, p.27), podendo-se elaborar concomitantemente uma lista de verificação dos comportamentos (Fortin, 1999; Ruivo et al., 2010). Emerge a necessidade de clarificar três questões fundamentais e determinantes (Fortin, 1999) para a observação: Quando observar? Onde observar? Como registar? Deste modo, relativamente ao quando observar, iniciou-se a observação assim que se consideraram reunidas todas condições formais necessárias à mesma. No que concerne ao local de observação, observou-se a passagem de turno no local onde esta normalmente acontece, à cabeceira do doente e no que se relaciona com o registo, este foi realizado recorrendo à *checklist* já referida, registo efetuado de forma anónima.

Definiram-se como critérios de avaliação das atividades, na forma de indicadores de processo, inerentes a este objetivo específico, uma taxa de preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido de, pelo menos 75%, taxa de preenchimento esta que foi superada (78,2%). Foi definido também um número mínimo de 100 observações que, segundo Jandoc, Burden, Mamdani, Levesque e Cadarette (2015), correspondem a uma amostra significativa neste tipo de desenho de estudo/intervenção. Critério este que foi igualmente atingido. Neste âmbito, definiu-se como critérios de avaliação e indicadores de resultado a referência durante a passagem de turno a, pelo menos, 75% dos itens considerados obrigatórios e uma taxa de conformidade superior a 80% tanto na referência dos itens que aludem à avaliação primária ABCDE (Via aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição⁶) como nos itens obrigatórios subordinados à mnemónica *ISBAR*. Não se fixam critérios de avaliação para os itens facultativos pela sua aplicação a situações particulares, sendo estas em número variável e sem previsão ou planeamento prévio possível, criando um potencial e provável enviesamento relevante nos resultados e na interpretação dos mesmos. A base de dados para tratamento estatística da *checklist* para avaliação do

⁶ **A**irway, **B**reathing, **C**irculation, **D**isability e **E**xposure.

cumprimento da ferramenta semiestruturada da passagem de turno encontra-se no Apêndice R.

- ***Avaliar a percepção da Equipa de Enfermagem, após a implementação da intervenção, no que concerne à utilidade, satisfação e ganhos sensíveis e específicos à intervenção profissional;***

Para atingir o objetivo específico referido foram delineadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica que verse sobre a avaliação no contexto de planeamento em saúde e metodologia de projeto;
- Elaboração do questionário pós intervenção (Apêndice S);
- Validação do questionário pela Enfermeira Coordenadora e pela Docente Orientadora do Estágio Final;
- Envio do questionário à equipa de Enfermagem da UCIP 1 do CHUA, EPE- Faro;
- Tratamento dos dados colhidos.

Para a prossecução das atividades referidas, recorreu-se aos recursos humanos descritos nas mesmas, bem como a utilização de bases de dados científicas, material bibliográfico de fonte diversa e o envio do questionário foi realizado on-line, através de uma hiperligação enviada para o email institucional de cada elemento da equipa de Enfermagem, não se prevendo assim o uso de mais recursos materiais. Para o tratamento estatístico deste questionário e apresentação dos dados resultantes foi usado o *Microsoft Office® Excel®*.

No âmbito deste objetivo, pretende-se avaliar o conhecimento adquirido pelos Enfermeiros em relação à temática da segurança do doente e dos documentos norteadores, conhecimento este considerado insuficiente, constatação inferida do questionário aplicada na fase do diagnóstico de situação, após a implementação da intervenção, avaliação imprescindível para validar a eficácia do momento formativo, atendendo a que a formação e o treino constituem-se com instrumentos essenciais para a melhoria da cultura de segurança de uma organização (Eiras, 2010), assumindo-se assim como uma avaliação sumativa, na medida em que mede o sucesso e o fracasso no que diz respeito às mudanças culturais planeadas, de acordo com a autora citada.

A avaliação da satisfação dos Enfermeiros acerca da transição de cuidados, após a implementação da intervenção, foi um dos vetores a ser estudado, entendendo-se a satisfação como "o processo comparativo onde se realiza uma avaliação cognitiva e se

obtêm uma resposta eficaz sobre a estrutura, o processo e o resultado dos cuidados de saúde que foram prestados” (Mahon, 1996, citado em Frias, 2014, p.11), bem como avaliação da utilidade, adaptabilidade ao contexto e a perceção da equipa de Enfermagem acerca dos ganhos na segurança do doente sensíveis e atribuíveis à IPM, entendendo-se ganhos em saúde como a modificação positiva que se verificam em determinado alvo da prática de cuidados (Pereira, 2004). Existe a noção estabelecida de que a sensibilidade dos ganhos em saúde não pode ser, na maioria das vezes, sinónimo de exclusividade de uma classe profissional da saúde (Pereira, 2004), apesar disto, consideramos lícita e pertinente a avaliação dos itens que compõem o questionário que decorre deste objetivo específico. O uso de uma escala tipo *Likert* numa parte do questionário, representando uma medida unidirecional de um conceito (Fortin, 1999), face aos objetivos do questionário, pareceu-nos a opção mais simples e concisa para a avaliação descrita.

Fixou-se uma taxa de resposta por parte da equipa de Enfermagem de 50% como indicador de avaliação das atividades propostas para este objetivo, considerando que foi pedido, no preâmbulo de introdução ao questionário, que o mesmo fosse apenas preenchido pelos Enfermeiros que efetivamente usaram a ferramenta construída, de forma a ter uma avaliação mais real e fiável. Critério este que foi também superado (65,2%).

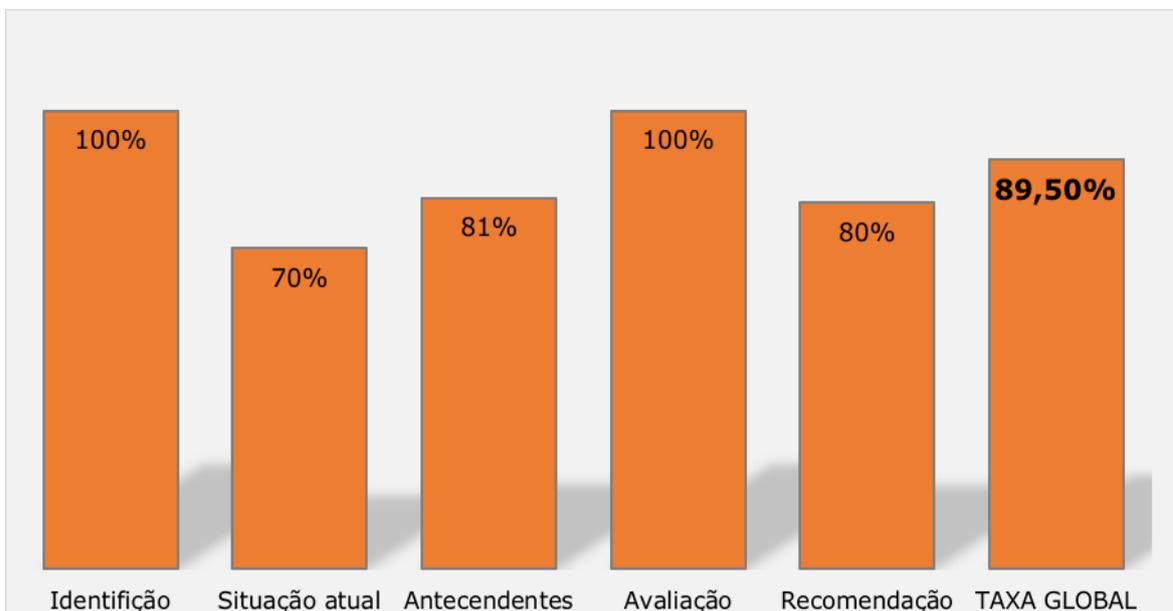
2.5 Avaliação e Resultados

Como foi referido no ponto anterior, utilizou-se a observação desarmada recorrendo, como instrumento de recolha de dados, a uma lista de verificação para avaliação do cumprimento da ferramenta semiestruturada da passagem de turno (Apêndice Q), bem como o uso de um questionário para avaliar a aquisição de conhecimentos após a implementação da IPM e a perceção da equipa em relação ao instrumento contruído em contexto formativo e da sua efetividade, após a sua utilização (Apêndice S). Os dados colhidos foram processados no *Microsoft Office® Excel®*, sendo apresentados seguidamente na forma que se considerou de mais fácil leitura e interpretação.

No gráfico n.º 2 apresenta-se a conformidade, em percentagem, dos itens referentes à mnemónica *ISBAR* transmitidos durante a passagem de turno de Enfermagem, nos

momentos observados. A taxa global presente no gráfico referido remete para a percentagem de conformidade de todos os itens da mnemónica em conjunto, em todos os momentos possíveis e não da média aritmética dos dados apresentados no gráfico, sendo este aspeto comum aos gráficos seguintes.

Gráfico n.º 2 – Conformidade relativa aos itens referentes à mnemónica *ISBAR* nos momentos observados



(Fonte: Do próprio)

No gráfico n.º 3 apresenta-se a conformidade, em percentagem, da referência dos itens referentes à avaliação primária ABCDE, transmitidos durante a passagem de turno de Enfermagem, nos momentos observados.

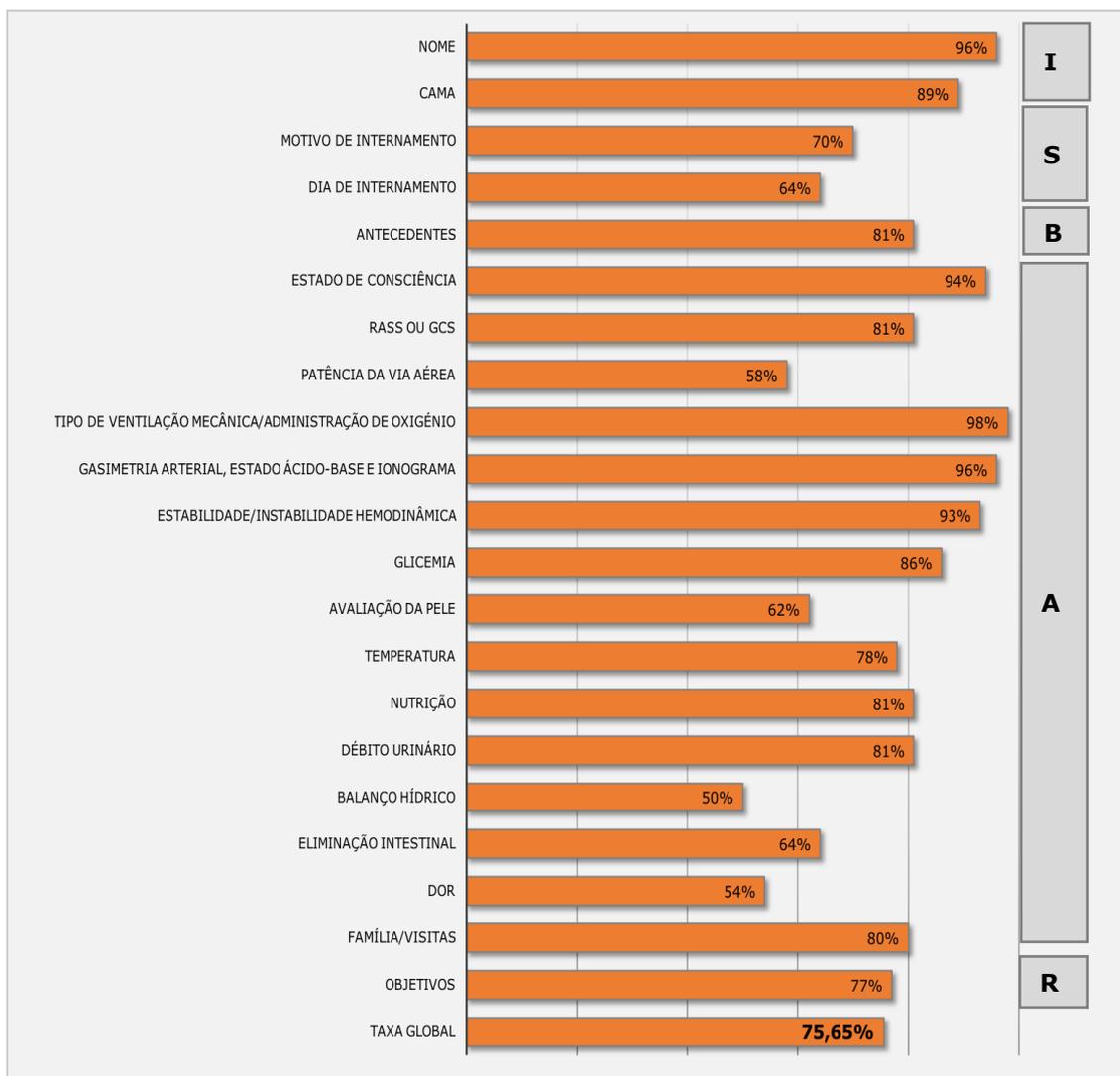
Gráfico n.º 3 - Conformidade relativa aos itens referentes à avaliação primária ABCDE nos momentos observados



(Fonte: Do próprio)

O gráfico n.º 4, que se segue, alude aos itens obrigatórios (n=20) e à percentagem de referência dos mesmos na passagem de turno de Enfermagem, nos momentos observados, cruzando estes dados com a dependência dos mesmos relativamente à mnemónica *ISBAR*.

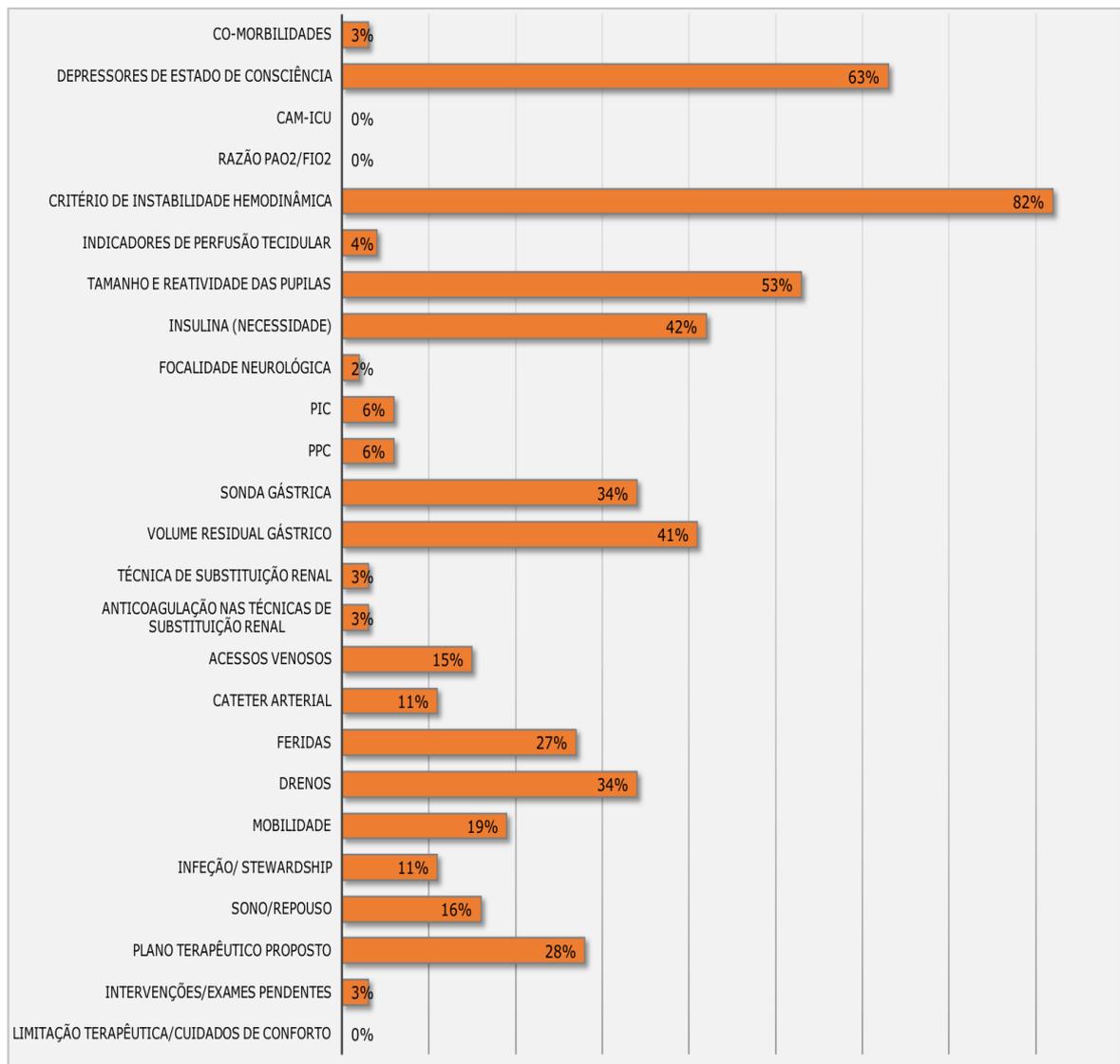
Gráfico n.º 4 – Percentagem de referência dos itens obrigatórios nos momentos observados



(Fonte: Do próprio)

No gráfico n.º 5, faz-se uma apreciação relativamente aos itens facultativos, e à percentagem de referência dos mesmos na passagem de turno de Enfermagem, nos momentos observados.

Gráfico n.º 5 - Percentagem de referência dos itens facultativos nos momentos observados



(Fonte: Do próprio)

Na tabela n.º 1 encontram-se plasmados os resultados retirados do questionário aplicados após a IPM, que se comparam com o questionário de diagnóstico de situação, aplicado antes da mesma.

Tabela n.º 1 – Conhecimento adquirido pelos Enfermeiros relativo aos documentos norteadores para a segurança do doente e para a transição de cuidados

Questões colocadas	Antes	Após
Conhece as metas internacionais para a segurança do doente?	21%	56,7%
Conhece o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020?	23%	60%
Conhece a Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017: Comunicação eficaz na Transição de Cuidados de Saúde?	35%	73%
Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?	7%	73%
Se sim, quais? (Após a intervenção)	ABCDE – 4% I-PASS – 4% ISBAR – 88% SBAR – 4%	

(Fonte: Do próprio)

Concluindo, na tabela seguinte (tabela n.º 2) encontram-se os resultados da segunda parte do questionário referido, que avalia a perceção da equipa de Enfermagem relativamente à IPM, nomeadamente relativa à ferramenta semiestruturada construída, avaliado com recurso a uma escala *Likert* de 10 pontos, cuja concordância às afirmações efetuadas variava de 1 - Discordo totalmente a 10 - Concordo totalmente.

Tabela n.º 2 – Perceção da equipa de Enfermagem acerca da IPM (n=30)

Perceção da Equipa de Enfermagem	Média	Moda
Uma melhor organização e sistematização da passagem de turno de Enfermagem	7,67	8
Uma passagem de turno de Enfermagem mais eficiente	7,5	7
Uma melhoria da perceção da qualidade da passagem de turno de Enfermagem	7,16	6;7
A utilidade do instrumento semiestruturado construído para a passagem de turno	7,7	7
Satisfação com a passagem de turno de Enfermagem, utilizando o instrumento em questão	7,4	7

(Fonte: Do próprio)

2.5.1 Discussão

Considerando que os momentos de transição de cuidados, circunstâncias e processos por vezes negligenciados e subvalorizados, influenciam decisivamente a qualidade e o risco inerente dos cuidados prestados, a melhoria deste processo deve ser considerada prioritária (Ferrara, Terzoni, Davi, Bisesti & Destrebecq, 2017). Deste modo, atentando às elevadas percentagens de resposta aos questionários de diagnóstico de situação e após intervenção (84,31% e 65,2% respetivamente), a anuência à participação na IPM pela assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido (78,2%) e o grau de presença nos momentos formativo (73,8%), formais e informais, tem-se a perceção de uma elevada adesão à intervenção. Pela natureza não técnica da maioria das competências necessárias a uma transição de cuidados adequada, de índole cognitiva, interpessoal e baseada nos recursos pessoais (Flin, Patey, Glavin & Maran, 2010), considerando a maior complexidade de aquisição e desenvolvimento destas competências (Gordon, 2013) conjugada com práticas que tradicionalmente derivam do empirismo e da experiência profissional, sem a necessária ancoragem na evidência científica (Eaton, 2010), enaltecem ainda mais o nível de participação e envolvimento da equipa de Enfermagem na IPM.

A taxa de conformidade dos itens referentes à mnemónica *ISBAR* transmitidos durante a passagem de turno de Enfermagem, conforme se encontra no gráfico n.º 2, centrou-se nos 89,5%, ultrapassando a taxa definida previamente como indicador de processo e critério de avaliação (80%). Deste modo, conclui-se uma efetiva transmissão de conteúdos incluídos em cada um dos itens da mnemónica, superior a estudos com desenho semelhante (Meester, Verspuy, Monsieurs & Van Bolaert, 2013; Thompson et al., 2011).

A abordagem ABCDE é a abordagem mais comumente usada no doente crítico, independentemente da sua localização, tipo ou etiologia (American College of Surgeons, 2012; Monsieurs et al., 2015). Assim, foi por nós considerado pertinente avaliar a conformidade com os itens subjacentes à avaliação primária ABCDE inseridos no instrumento semiestruturado construído (gráfico n.º 3), tendo-se obtido taxa de conformidade elevada (92,25%), constando-se assim um elencar dos conteúdos a

serem passados por prioridades clínicas ao invés da tradicional passagem de turno por sistemas orgânicos e por dispositivos usados.

Assim, 75,65% dos itens considerados obrigatórios (n=20), independentemente da área onde estes se encontravam inseridos, foram expostos nas 100 observações efetuadas, como se encontra plasmado no gráfico n.º 4, reconhecendo-se uma ampla variabilidade na taxa de referência dos conteúdos citados. Destaca-se de forma negativa a baixa referência à dor, sua presença/ausência ou conteúdos relacionados, formalmente instituída desde 2013 como 5º sinal vital, sendo de registo obrigatório (DGS, 2003). Em contraponto, releva-se a elevada preocupação com a família, refletida na referência a esta na passagem de turno, colocando a família do doente crítico como um foco central para a prática de cuidados. O número de itens de referência obrigatório no momento de transição de cuidados está em linha com O'Rourke, Abraham, Riesenberg, Matson e Lopez (2018) que situa em 15 áreas de conteúdos essenciais à inclusão nos momentos de transição de cuidados.

Constata-se também uma variabilidade assinalável nos itens de referência facultativa, aplicáveis a situações particulares, variações estas esperadas, tornando não exequível e de todo indesejável a comparação destes itens com outros trabalhos com objetivos ou *outcomes* semelhantes. Neste contexto, a necessidade de adaptação das metodologias estruturadas/semiestruturadas de passagem de turno aos contextos (Colvin et al., 2016; Holly & Polletick, 2014; Nasarwanji et al., 2016) e, como refere O'Rourke et al. (2018), a inexistência de uma maneira simples e robusta para identificar e desenvolver um *core* de conteúdos para uniformizar a transição de cuidados, potenciam ainda mais esta diversidade.

Como já foi referido no ponto 2.1.1, a cultura de segurança do doente não é assumida como prioridade aos vários níveis, da gestão, decisão e da prestação de cuidados. Contudo, apesar deste facto, não consideramos admissível, principalmente tratando-se de profissionais de saúde, a reduzida taxa obtida de conhecimento acerca dos documentos essenciais à temática do doente e, nomeadamente, da transição de cuidados, como se encontra patente na tabela n.º 1, taxa esta que justifica a pertinência da realização da IPM. Flotta, Rizza, Bianco, Pileggi e Pavia (2012) e Zhang et al. (2012) conduziram estudos com conclusões semelhantes, que os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente são genericamente limitados. Deste modo, releva-se o aumento da taxa de resposta às perguntas do questionário aplicado após a intervenção, destacando-se a questão "Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?", que

se relaciona diretamente como a IPM e a intervenção mais representativa que esta comporta, mais que decuplicou (de 7% para 73%), comprovando a efetividade do IPM.

Na tabela n.º 2, onde estão os expostos os resultados da avaliação a percepção da equipa de Enfermagem relativamente à IPM, utilizando para isso uma escala *Likert* de 10 pontos, é notória uma percepção elevada de uma melhor organização e sistematização da passagem de turno, mais eficiência e de melhor qualidade, sendo o instrumento semiestruturado construído considerada útil, contribuindo para a aumento de satisfação da equipa de Enfermagem neste momento fundamental à prestação de cuidados de excelência. Estes resultados são transversais à literatura encontrada, no que concerne à organização e sistematização (Graan, Botti, Wood & Redley, 2015; Smeulers et al., 2016; Yang & Zhang, 2016) eficiência e qualidade (Smeulers et al., 2016; Moon, Gonzales, Woods & Fox, 2016) e, finalmente, relacionada com a satisfação global e utilidade da estruturação da transição de cuidados (Emlet et al., 2012; Moon et al., 2016; Randmaa et al., 2014; Smeulers et al., 2016).

Atendendo ao desenho da intervenção, nomeadamente ao planeamento, execução e avaliação do mesmo, enalteçemos algumas limitações por nós consideradas relevantes à correta interpretação dos resultados obtidos. Deste modo, face ao tempo limitado para implementação da IPM, não se avaliou, de forma organizada e formal, as práticas habituais de passagem de turno, não permitindo a sua comparação com os resultados obtidos, sendo observado apenas um único período curto de tempo, com os vieses que daí podem advir, não sendo avaliada a sustentação temporal da intervenção. De igual forma, não se estudou qualquer variável relacionada com *outcomes* clínicos, limitação frequentemente elencada na evidência científica (Collins et al., 2012; Moon et al., 2016; Smeulers et al., 2016; Yang & Zang, 2016). Finalizando, não foi apreciada a congruência entre os conteúdos transmitidos e a situação clínica que estes pretendem refletir.

Em jeito de conclusão, constatou-se, com a IPM, um diminuto conhecimento acerca da temática da segurança do doente, efetivada por um relativo desconhecimento em relação aos documentos essenciais que orientam a temática em epígrafe, destacando-se melhoria deste conhecimento após a implementação da IPM. Verificou-se uma alta taxa de conformidade, baseada na ferramenta semiestruturada contruída para o efeito, relativamente aos itens de referência obrigatória, aos conteúdos contidos na mnemónica *ISBAR* e incluídos na avaliação primária, recorrendo à abordagem ABCDE. É também patente uma percepção elevada por parte da equipa de Enfermagem, após a utilização da ferramenta semiestruturada, no que respeita à melhoria da organização, sistematização, eficiência, qualidade e satisfação com a passagem de turno de

Enfermagem, havendo concordância por parte da referida equipa da utilidade da ferramenta criada e adaptada.

Assim face aos resultados apresentados, infere-se a necessidade, premente e inevitável, da prossecução da investigação nesta área, pela importância demonstrada. Deste modo, pretende-se dar resposta a algumas limitações previamente apontadas, avaliando a sustentação da intervenção no tempo, reformulando e aprofundando, caso seja necessário, numa perspetiva de investigação-ação, recorrendo a outras metodologias de investigação e à inclusão de variáveis relacionadas com os *outcomes* dos doentes e a sua significância relativamente à transição de cuidados de saúde.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As competências do Enfermeiro especialista, definido pela OE como sendo um “Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (2011b, p.8648), não se adquirem e se desenvolvem pela simples acumulação de conhecimentos ou técnicas mas sobretudo através de uma consciencialização, reflexão crítica, problematização e reconstrução constante da realidade e das experiências clínicas vivenciadas. A capacidade de reflexão sobre a prática clínica, promovendo um processo de avaliação, desenvolvimento e aperfeiçoamento desta baseada na evidência, assim como a tomada de decisão crítica e fundamentada são competências essenciais do Enfermeiro (julgamento clínico e indagação clínica) de acordo com o *Synergy Model for Patient Care* (AACN, s/d; Morton & Fontaine, 2013).

A frequência deste curso de ME, de índole profissionalizante, teve como objetivo a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro especialista, competências específicas do Enfermeiro especialista em EMC, na vertente PSC, bem como a aquisição de competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem. Deste modo, neste terceiro capítulo, será feita uma análise e reflexão, devidamente fundamentada, sobre as competências adquiridas. Importa, neste contexto, descrever as competências associadas ao grau de Mestre, enquadrado no Decreto-lei n.º 115/2013 que regula os regimes jurídicos dos graus académicos do Ensino Superior, nomeadamente o grau de Mestre em Enfermagem conforme o documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015, p.24):

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

5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Para nortear a aquisição das competências referidas durante a UC do Estágio Final, UC considerada essencial, eminentemente prática e necessariamente reflexiva, torna-se imprescindível uma definição clara e concreta de objetivos a atingir durante o estágio, bem como das atividades a serem desenvolvidas e critérios de resultados que lhe são associados, sendo o presente documento um recurso central no planeamento do estágio. Este documento encontra-se no Apêndice T. Pretendeu-se criar um documento de trabalho, dinâmico, sistematizado e organizado que veiculam a aquisição de competências comuns e específicas para o EEEPSC.

Em suma, face à transversalidade das competências associadas ao grau de Mestre, descritas anteriormente, no âmbito das competências comuns do Enfermeiro especialista e específicas para o EEEPSC, opta-se por fazer uma descrição, análise e reflexão, ancorada num balizamento normativo e concetual, das competências referidas, em conjunto quando assim se achar necessário, inevitavelmente abordadas e fundamentadas à luz da prática baseada na evidência. Neste contexto, todas as restantes competências do Enfermeiro descritas pelo *Synergy Model for Patient Care* (AACN, s/d) encontram-se, de alguma forma, incluídas nas competências que serão alvo de análise.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre

As competências comuns do Enfermeiro especialista, definidas pela OE como sendo as "competências partilhadas por todos os Enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (2011b, p. 8649), encontram-se organizadas em quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética

e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011b).

As duas primeiras competências comuns do Enfermeiro especialista e a 3.^a competência do grau de Mestre fazem parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pelo que estas serão tratadas e fundamentadas conjuntamente.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

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

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

A deontologia de uma profissão é caracterizada pelo conjunto de princípios e regras de conduta, ou seja, os deveres que estão inerentes à mesma e tem caráter normativo, vinculativo e universal. A deontologia profissional resulta de uma reflexão própria sobre a prática de cada profissão. Por conseguinte, "a finalidade da deontologia cruza a dimensão da praxis em ambiente moral e os deveres concretos, comportamentos de natureza profissional ao serviço de um bem comum, fundado e decorrente do mandato social assumido" (Nunes, 2011, p.196). De acordo com o Estatuto da OE, onde se encontra a versão mais recente da Deontologia Profissional (Capítulo VI), no seu artigo 99.º "as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro" (2015, p. 8078). Corroborando, o REPE no seu artigo 5.º, caracteriza os cuidados de Enfermagem por: "1) terem por fundamento uma interação entre Enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;" e "2) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente" (1996, p. 3). Neste âmbito, o *Synergy model for Patient Care* (AACN, s/d) identifica o Agir Moral/Ético como uma das competências fundamentais para responder assertivamente às necessidades do doente crítico, identificando e ajudando a resolver as situações dilemáticas, estando em concordância com os pressupostos previamente identificados, tanto na DPE como no REPE.

Face ao carácter universal, normativo e vinculativo da DPE e do REPE, foi considerado por nós imprescindível uma revisão dos documentos descritos anteriormente, cujo conteúdo foi desenvolvido e discutido em contexto académico no âmbito da UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Apesar da abordagem curricular, os conceitos e temáticas tratados partiam de uma base abstrata e académica, importando agora fazer a ligação entre os conhecimentos e competências adquiridas e a prática clínica, mobilizando e aplicando-os na tomada de decisão fundamentada, tentando nortear e alicerçar toda a prática clínica nas premissas dos documentos referidos em epígrafe.

Deste modo, pelo facto de toda a nossa prática profissional se centrar no doente crítico, em vários contextos, na vertente da prestação de cuidados, mas também na formação e consultoria que regularmente participamos e fazemos, tendo também em conta a similaridade entre o nosso local de trabalho primário e o local de estágio escolhido para o Estágio Final, esta semelhança permitiu-nos saltar algumas etapas na adaptação, possibilitando uma rentabilização das situações vivenciadas, procurando a reflexão ética e deontológica fundamentada, no âmbito dos direitos humanos e da responsabilidade profissional. Para este propósito foi imprescindível a ajuda e contributos do Enfermeiro Supervisor que, devido à sua formação pós-graduada, estabeleceu-se com um elemento diferenciador e considerado de referência nesta área específica no seio da equipa multidisciplinar deste contexto clínico, não sendo de desconsiderar todos os profissionais que, de alguma forma, contribuíram para a reflexão e questionamento constante.

A pessoa em situação crítica nas UCIs, fruto da sua especificidade, multidisciplinaridade, complexidade de processos e dinâmica, mas também pela concentração de todo um manancial de valências e recursos tecnológicos nestes serviços podem secundarizar alguns princípios éticos e deontológicos essenciais e intrinsecamente associados aos profissionais de saúde e, especificamente aos Enfermeiros. Atendendo a que o desenvolvimento tecnológico e científico associado à prestação de cuidados de saúde precede quase invariavelmente a discussão ética sobre as tecnologias e as práticas desenvolvidas, é por nós considerado central e fundamental a emergência de uma prática profissional eticamente e deontologicamente balizada dado que "as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana" (OE, 2015b, p.80). Neste contexto houve uma preocupação de centrar a prestação de cuidados de Enfermagem, especialmente no âmbito do estágio, no que é central à Enfermagem que é a pessoa e a sua envolvência.

Assim, no decorrer do estágio prestamos cuidados devidamente enquadrados na deontologia profissional e no REPE, dando especial importância à preocupação com a liberdade e da dignidade humana (artigo 99.º), dos valores humanos (artigo 102.º) e dos direitos à vida e à qualidade de vida (artigo 103.º) sem, contudo, menosprezar os restantes postulados presentes nestes documentos. O artigo 103.º merece, da nossa parte, uma atenção especial dado que, estagiando numa UCI de nível III, apetrechada com todos os recursos que permitem manter indefinidamente as funções vitais em disfunção, a linha existente que separa o processo terapêutico essencialmente curativo e a obstinação e o encarniçamento terapêutico é, por vezes, muito ténue e ambígua. As decisões de fim de vida, limitação terapêutica e a retirada de suporte vital, são uma realidade comum nas UCIs, acontecendo normalmente quando os objetivos terapêuticos não podem ser cumpridos, a(s) disfunção(ões) ou falência(s) de órgão(s) desafiam o tratamento ou quando os *outcomes* são incongruentes com os valores da pessoa (Cook & Rocker, 2014). São situações dilemáticas para toda a equipa multidisciplinar, devendo a decisão ser tomada “em função da pessoa e não da doença (...), interpretada à luz do benefício espectável versus sofrimento tolerável” (Carneiro, 2008, p. 274). Deste modo, a decisão deve ter como metas éticas, a dignidade humana, o respeito pela liberdade e autonomia e a qualidade de vida espectável para o doente. Neste contexto, participamos em reuniões multidisciplinares em que foram tomadas estas decisões, devidamente fundamentadas, com a participação, quando assim era possível e justificável, da família, tendo havido uma situação específica em que o doente participou na decisão. Estas situações foram momentos de uma inegável e inestimável aprendizagem e reflexão contribuindo para o desenvolvimento das competências descritas.

Como já foi sucintamente referido no ponto 2.4 não foram descuradas, na IPM, as competências inseridas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Deste modo, foram formalizados pedidos de autorização ao Conselho de Administração do CHUA, EPE, pedidos de parecer à Comissão de Ética do CHUA, EPE e à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da UE. Todos estes pedidos continham uma descrição sumária da intervenção profissional proposta, tendo merecido a autorização e o parecer positivo destas comissões. Concomitantemente, nos questionários aplicados, na fase do diagnóstico de situação e após a intervenção, encontrava-se explícito, para além da descrição aplicável a cada instrumento e dos objetivos inerentes, a possibilidade de declinar o preenchimento dos mesmos. A criação e validação de um documento de consentimento informado foi um procedimento necessário para a devida observação dos momentos de transição de cuidados. Este documento, para além da descrição da intervenção, garante alguns aspetos éticos essenciais à intervenção, bem como a anuência e autorização por parte

do participante à observação. O desenho da IPM garante também o anonimato, a confidencialidade dos dados e a garantia que estes apenas serão utilizados para a intervenção em questão, não havendo para tal, registo de qualquer informação que permita identificar os participantes e correlacionar as observações realizadas com estes.

Com a IPM, identificaram-se e reconheceram-se práticas que poderiam colocar a PSC e a sua segurança em risco, implementando-se medidas corretivas, com o objetivo de minimizar o risco até ao mínimo aceitável (DGS, 2017), desenvolvendo desta forma a tomada de decisão preventiva e antecipatória no âmbito da prática de Enfermagem especializada, de acordo com a unidade de competência "A 2.2 - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente" (OE, 2011, p. 8650).

Em jeito de conclusão, importa também referir que se seguiu todos os pressupostos para respeitar o princípio da integridade académica, na citação, referenciação e respeitando a fidelidade pelo autor (Nunes, 2011).

Face ao exposto, consideram-se adquiridas as competências referidas que fazem parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

As competências do âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, bem como a 5.ª competência conducente ao grau de Mestre partilham entre si conceitos comuns e transversais pelo que serão descritas e fundamentadas em simultâneo. Foi tomada a opção de incluir também a competência B3 nesta fundamentação dado que a criação de um ambiente seguro e terapêutico é uma consequência direta e indissociável da governação clínica e programas de melhoria de qualidade.

COMPETÊNCIA COMUM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

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

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

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

Como se depreende da fundamentação apresentada no ponto 2.1.1, a qualidade em saúde está intimamente ligada à praxis profissional dos Enfermeiros e, especialmente, à prática especializada em Enfermagem. Com a criação da OE, reflexo da autorregulação e autonomia profissional reconhecida, assistiu-se à criação de documentos normativos por parte da OE, tendo a qualidade e segurança do doente como conceitos implícitos embora com um carácter transversal aos mesmos. Deste enquadramento concetual e normativo dá-se relevo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) e ao RPQCEEPSC (2015b), onde, neste último documento, se confere uma importância acrescida ao EEEPSC, face à exigência cada vez maior de padrões de qualidade em saúde e à progressiva diversificação e aumento da complexidade das problemáticas em saúde (OE, 2015b). Assim, neste contexto, procedeu-se a uma leitura atenta dos pressupostos presentes nestes documentos onde, como se encontra plasmado no preâmbulo do RPQCEEPSC, pretende-se que os mesmos sirvam de referenciais e que norteiem a prática especializada do EEEPSC (OE, 2015b).

Deste modo, como refere Chang, Sevransky e Martin (2012), a complexidade do doente crítico faz das UCIs o lugar lógico para a implementação de protocolos e projetos multidisciplinares baseados na evidência, foi para nós uma das prioridades iniciais do estágio, para além de conhecer a estrutura, organização, processos de gestão de cuidados, recursos materiais/humanos e valências clínicas do contexto clínico, o conhecimento e familiarização com os protocolos existentes e os projetos em curso ou em concetualização com a colaboração do Enfermeiro Supervisor. Face à complexidade do contexto clínico escolhido para o local do estágio, a UCIPG, existe um número elevado de protocolos em vigor, versando sobre várias áreas, da gestão à prestação de cuidados, com revisões periódicas com base na evidência científica com a necessária adaptação ao contexto, sujeitos a auditorias frequentes, planeadas previamente ou não. Um exemplo desta prática, correta e lógica na nossa opinião, é o protocolo da pneumonia associada à intubação (PAI), protocolo este revisto durante a janela temporal em que decorreu o estágio com base na norma da DGS recente (2017), ao qual estive presente durante a sua adaptação e implementação na prática clínica diária.

Atendendo a que o Enfermeiro Supervisor assume frequentemente a coordenação do turno e da equipa, as funções inerentes à coordenação referida ultrapassam a prestação

de cuidados, numa perspetiva de consultoria, gestão de processos e de cuidados. Assim, neste âmbito, participamos em vários processos de auditoria, de âmbito nacional, organizacional e de serviço, à equipa multidisciplinar, na prestação direta de cuidados de saúde, nomeadamente, auditorias enquadradas no Plano Nacional de Controlo de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)⁷, auditorias ao cumprimento das premissas presentes no protocolo PAI (Anexo A) e auditoria ao feixe de intervenções, tanto da colocação como da manutenção do cateter venoso central (Anexo B e C respetivamente). Neste contexto, importa sublinhar também a realização de auditorias aos indicadores que foram definidos com indicadores de qualidade do SMI (Anexo D), onde a UCIPG se inclui, indicadores estes que, apesar de serem de aplicação comum à equipa multidisciplinar, são indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem e especialmente sensíveis aos cuidados especializados do EEEPSC, que, como refere a OE, estes cuidados exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados” (2011a, p.8656). Por este prisma, os processos de acreditação em termos de qualidade, onde as auditorias são uma das componentes, constituem-se como uma abordagem dinâmica para a melhoria contínua da qualidade, sendo assim um critério de avaliação para a competência B2. Importa referir também que não é “possível auditar cuidados em saúde sem a dimensão dos cuidados de Enfermagem” (OE, 2011c, p.6), estando subjacente ao modelo teórico usado, a capacidade de inovação e avaliação do Enfermeiro para a criação de mudanças na prática profissional (AACN, s/d), essenciais à melhoria da qualidade e conseqüente criação de um ambiente seguro.

Assumindo o risco como fator indissociável da prestação de cuidados de saúde, para atingir o risco mínimo aceitável, como foi referido anteriormente no âmbito da definição da segurança do doente (DGS, 2017), a gestão de risco é um princípio fundamental e fator decisivo para a qualidade e segurança do doente (Fragata, 2011). Deste modo tivemos a oportunidade de participar no “Briefing de Segurança da UCIPG” (Anexo E) em que se analisa, numa base diária ou sempre que é considerado pertinente e necessário, os erros, incidentes, eventos adversos ou eventos sem danos ocorridos, bem como os quase eventos (*near miss*). Esta análise de causa raiz, entendida como a “decomposição da cadeia do acidente, até ao nível suficientemente remoto de causas (...) que faz do método um meio para melhorar, continuamente, a qualidade” (Fragata, 2011, p. 139), permite, caso a(s) causa(s) desencadeante(s) seja(m) encontrada(s) e isolada(s), reduzir ou anular de forma preventiva as situações de risco e risco clínico

⁷ Instrumentos de auditoria disponíveis em

http://www.insa-rios.net/VigLab/downloads/UCI/Ficha_HELICS_UCI_3v_V6.1_2008.pdf

para a segurança do doente, família e prestadores de cuidados que direta ou indiretamente estejam envolvidos nos cuidados ao doente crítico, mesmo tratando-se de uma análise reativa do erro ou do evento. Este momento, de cariz multidisciplinar, revelou-se um momento de particular importância para o desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área.

Como foi referido anteriormente, face à semelhança entre o nosso local de trabalho primário e o contexto clínico escolhido para o estágio, em termos de casuística, recursos materiais e valências clínicas disponíveis, a familiarização com os materiais e equipamentos da UCIPG revelou-se uma tarefa facilitada pela semelhança descrita. A título de exemplo tanto os ventiladores usados (Servo® modelos I e U), a monitorização multimodal usada (*Mindray®* e *Philips Life Sciences®*) com os seus diferentes módulos e os dispositivos para suporte da disfunção renal, nomeadamente para as técnicas de substituição renal, contínua, intermitente e híbrida (*Prismaflex®* e *Fresenius®*) são iguais em ambos os contextos. Apesar disto, houve um esforço da nossa parte para aquisição de competências e destreza no manuseamento do material que não dominava, como os oxigenadores e membranas utilizados em *ECMO* e *ECCO₂R* e, mesmo no caso do material semelhante, atentar nas práticas que diferem, com o objetivo de dominar os equipamentos com rapidez, destreza, eficiência e eficácia nas situações emergentes, minimizando o risco na utilização das valências descritas.

A concretização da IPM, identificando uma área de melhoria de cuidados, com o foco centrado numa área sensível da prestação de cuidados de Enfermagem, a passagem de turno, momento particularmente vulnerável à perda de informação clínica com potenciais consequências negativas para a segurança do doente, pelo seu enquadramento, representa um programa de melhoria de qualidade. Assim, ao longo do percurso da intervenção, pretendeu-se desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte institucional de iniciativas de governação clínica, na conceção de programas de melhoria contínua da qualidade tendo como objetivo, entre outros, a criação de um ambiente terapêutico e seguro.

Deste modo, pela fundamentação, considera-se terem sido adquiridas e desenvolvidas as competências referentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade.

No domínio da gestão de cuidados, as duas competências comuns que lhe são devidas bem como a primeira competência do grau de Mestre remetem para a liderança clínica e gestão de cuidados bem como para a supervisão destes. Assim, a descrição e fundamentação inerentes serão abordadas conjuntamente.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

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

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

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.

A gestão não é uma função exclusiva do Enfermeiro especialista ou do Enfermeiro gestor, em qualquer nível de gestão. Deste modo, está implícito à prática de Enfermagem uma gestão adequada, racional, proporcional e equitativa de recursos atentando aos vários aspetos que a condicionam. Contudo, com a aquisição de competências diferenciadas, crescem responsabilidades. Deste modo, o Enfermeiro especialista, especialmente o EEEPSC, pela complexidade que advém do seu percurso formativo e do contexto profissional onde a sua prática se desenvolve, é o responsável pela gestão de cuidados mais global, dentro e fora da equipa que gere. Ainda neste contexto "O Enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados" (OE, 2015b, p.8). Reforçando esta perspetiva, o Enfermeiro, segundo o *Synergy Model for Patient Care*, na competência de Pensamento Sistémico, procura desenvolver, integrar e aplicar estratégias aos vários níveis, da prestação à gestão de cuidados, para antecipar as necessidades que possam ser necessárias (AACN, s/d).

Apesar do nosso percurso profissional nos dotar de algumas competências nesta área, a observação e participação direta, numa realidade clínica diferente, com métodos e formas de trabalho díspares permitiu-nos refletir, reflexão esta necessariamente crítica e construtiva, acrescentar e desenvolver competências às já detidas. A

aprendizagem e desenvolvimento de competências também se adquire pela análise e reflexão da diferença.

Como foi referido anteriormente, o Enfermeiro Supervisor do Estágio Final, assume o papel de chefe de equipa, tendo sido o responsável de turno em praticamente todos os turnos efetuados. Deste modo, pudemos observar, em loco, a dinâmica inerente à função. Pela casuística e taxa de ocupação elevada da UCIPG, a função de responsável de turno assume-se com um fator indispensável ao funcionamento eficiente e eficaz, em termos de recursos alocados, mas especialmente na gestão de prioridades e de processos dado que, apesar dos recursos humanos adequados, cumprindo as recomendações das dotações seguras emanadas pela OE (2014), estes recursos são finitos, carecendo de uma gestão dinâmica e adequada às circunstâncias e às necessidades do doente crítico, minimizando a sobrecarga de trabalho pontual, contribuindo assim para a qualidade de cuidados que poderia ser colocada em causa pelo excesso de trabalho.

Neste contexto, faz parte das funções do responsável de turno, para além de assistir à passagem de turno de Enfermagem, a passagem de turno entre Enfermeiros responsáveis de turno, momento de passagem de informação que se foca em questões essencialmente relacionadas com a gestão e assuntos de âmbito burocrático, operacional e não clínico. No nosso caso, dado que, no nosso local de trabalho primário, apenas assumimos esporadicamente esta função, o conhecimento de todas os pormenores e vicissitudes, que frequentemente passam despercebidos aos demais profissionais, são essenciais para definir um ponto de situação global e tornar as decisões e as medidas com a escala e ponderação necessária. À experiência referida junto do Enfermeiro Supervisor, acresce a observação dos restantes responsáveis de turno/chefe de equipa, pelas diferentes decisões tomadas, foram uma experiência valiosa pela aprendizagem e pela perceção da eficiência dos diferentes tipos e métodos de gestão para o regular funcionamento de um contexto clínico extremamente complexo.

Paralelamente, também tivemos a oportunidade de assistir e participar na reunião multidisciplinar diária, no turno da manhã, reunião que não se restringe a Médicos e Enfermeiros, incluindo os demais profissionais que colaboram na UCIPG, onde são discutidos os casos clínicos e é definido o plano terapêutico e os objetivos a atingir, com o contributo do Enfermeiro responsável de turno, na esfera das suas competências, que funciona como elo de ligação à restante equipa em relação ao plano terapêutico gizado.

Como refere a OE, o Enfermeiro “delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada” (2015a, p. 225). Assim, colaboramos com o Enfermeiro Supervisor na distribuição da carga de trabalho, minimizando e distribuindo equitativamente a carga de trabalho, atendendo às várias variáveis que importam para esta distribuição, alterando-as conforme a dinâmica da UCIPG assim o determine e exija. Salieta-se também que, embora sejam preenchidos vários índices que analisam e quantificam a carga de trabalho de Enfermagem em pontos conversíveis em tempo de cuidados (*TISS-28* e a *NAS*), estes índices são retrospectivos às últimas 24h (Padilha et al. 2015), tendo pouca utilidade face ao carácter prospetivo da distribuição da carga de trabalho pela equipa de Enfermagem.

No âmbito da fundamentação destas competências consideramos pertinente referir também a participação no grupo de trabalho formado para alterar a parametrização do sistema informático *B-ICU Care*[®], adaptando-se à realidade do SMI. Este projeto, transversal às outras especialidades em Enfermagem, tem como objetivo a criação de uma parametrização específica para cada uma das especialidades, com base no processo de Enfermagem, com atitudes terapêuticas, focos de atenção para a prática de Enfermagem e diagnósticos de Enfermagem e respetivas intervenções que fossem comuns a serviços que prestam cuidados de saúde ou cuja casuística e tipo de doente fosse semelhante. Esta uniformização é essencial pela “diversificação de enunciados de diagnósticos e de intervenções de Enfermagem que (...) impede a interoperabilidade da informação gerada pelos Enfermeiros na documentação dos cuidados e a produção nacional de indicadores (...) que resulta da ação profissional dos Enfermeiros” (Paiva et al., 2014, pp.12-13). Neste contexto participamos em duas reuniões (25/10/2017 e 15/11/2017), durante o estágio, com o Gabinete de Apoio à Prática de Enfermagem, estrutura orgânica do CHSJ, EPE que gere os sistemas de informação em Enfermagem, a sua parametrização e trabalha os dados retirados destes sistemas, bem como trabalhamos, em horas de trabalho autónomo, em alguns focos da prática de Enfermagem, diagnósticos de Enfermagem e intervenções que lhe são associadas. Este grupo de trabalho ainda se encontra em laboração e, à data da redação do presente documento, ainda não tinha sido produzido o documento final do grupo de trabalho. Integrado neste projeto, foram efetuadas auditorias aos processos de Enfermagem (26/10/2017) de uma amostra aleatória de doentes internados, bem como dos dados recolhidos aquando da avaliação inicial no momento da admissão do doente na UCIPG. Estas atividades também se enquadram no âmbito das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, pelo que também as fundamentam (Competência B2).

“Ao desenvolver os enfermeiros como gestores, reconhece-se que o desenvolvimento da liderança constitui um componente crítico da gestão do desenvolvimento, constituído ainda uma prioridade essencial para a Enfermagem” (Internacional Council of Nurses [ICN], 2000, p. 1). Concordando com esta visão, os conceitos de gestão e liderança surgem permanentemente articulados, principalmente quando aos cuidados de Enfermagem dizem respeito, sendo essencial, como é referido pela OE (2011b), a identificação e adequação do estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Com o objetivo de identificar, analisar e refletir as formas de liderança clínica, é necessária definir liderança como “o ato de poder que leva a uma mudança de atitude (...) dos liderados, independentemente do estilo de liderança utilizado pelo líder” (Ntieku, 2014, p.25), que, aplicando à Enfermagem, mescla a comunicação, relações interpessoais, planeamento, compromisso, os objetivos e a resolução dos conflitos (Ntieku, 2014). Assim, os principais componentes da liderança em Enfermagem são o conhecimento, a capacidade de comunicação, a energia, a ação e a capacidade de atingir metas (Tappen, 2015). Foi por demais óbvio que o estilo de liderança adotado, não só pela Enfermeira Coordenadora da UCIPG, bem como pelos Enfermeiros que assumem a responsabilidade do turno, modificam-se perante a variabilidade das situações clínicas e as necessidades identificadas enquadrando-se no modelo de Hersey e Blanchard, conhecido com teoria situacional de liderança, partindo do pressuposto que o estilo desta varia consoante os seguidores e as características da situação (Santos, 2014). Deste modo, atendendo a que nunca foi alvo de reflexão da nossa parte os estilos de liderança aplicados à realidade clínica, foi um exercício com um particular interesse, tendo em conta que não seria esperado e mesmo desejável, em contexto académico pós-graduado e especificamente como aluno a frequentar o estágio final, adquirir e exercer liderança de forma autónoma, apesar do um percurso profissional já detido.

No âmbito da IPM, foi uma preocupação a gestão eficiente e ponderada dos recursos a serem utilizados para a realização do mesmo. O envio dos questionários via correio eletrónico e a possibilidade de resposta on-line, sem utilização de recursos físicos, possibilitou ganhos de eficiência e a disponibilização dos resultados dos mesmos praticamente em tempo real.

Tendo em conta a fundamentação descrita ao qual acresce o papel assumido em termos de liderança na conceção, planeamento e desenvolvimento da intervenção, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências propostas.

As competências do domínio das aprendizagens profissionais, apesar deste denominador comum, enunciam aprendizagens de conteúdos e particularidades diferentes pelo que se opta pela abordagem separada das mesmas.

COMPETÊNCIA COMUM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

A aprendizagem é indissociável do ser humano, sendo através da aprendizagem contínua e constante que evoluímos e desenvolvemo-nos como pessoas e profissionais. Como refere Phaneuf (2005) a autorreflexão, o autoconhecimento, a tomada de consciência das diversas estruturas de personalidade e a retroação “pelos outros permite-nos descobrir bastante quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para nos actualizarmos” (p.177). Neste contexto, a OE (2011b), no descritivo associado à competência acima enunciada, constata a importância do autoconhecimento dos recursos, limites e das características pessoais e de personalidade como fatores indispensáveis e que influenciam o estabelecimento de relações terapêuticas e pessoais, reconhecendo o potencial de aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento destes traços pessoais, que medeiam e modelam a prática profissional.

No âmbito desta competência, cujo o conteúdo é frequentemente descurado, foi um objetivo nosso a análise dos comportamentos e atitudes pessoais que possam influenciar a relação e o processo terapêutico, assim como uma reflexão sobre recursos e limites pessoais e profissionais com potencial de impactar o processo de cuidar. Deste modo, tivemos com o Enfermeiro Supervisor algumas reuniões informais, quando assim era tido como necessário ou em momentos de *debriefing*, entendido como um método de prática reflexiva que permite analisar os pressupostos e práticas após uma ação ou evento, potenciando assim os momentos de aprendizagem e a melhoria inequívoca da prática de cuidados (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2017), para analisar, refletir e, entre outros assuntos, avaliar toda a prestação em contexto de estágio, tendo obtido um bom *feedback* do mesmo, sendo esta heteroavaliação congruente com a autoavaliação do percurso formativo, havendo a clara perceção da nossa parte da sustentação do desempenho durante o estágio.

O estágio em si revestiu-se de certas particularidades que se consideram úteis para o desenvolvimento e consciencialização dos recursos e limites pessoais e profissionais.

Deste modo, atendendo a que num percurso de cerca de onze anos de prática profissional autónoma esta desenrolou-se quase exclusivamente em Cuidados Intensivos, o estágio referido, numa UCI de referência, tornou-se num momento singular para a autoperceção, autoconhecimento e autoavaliação sendo o mesmo encarado como um desafio. Deste modo foi uma experiência curiosa, deveras interessante, passar novamente pelo papel de discente em contexto clínico, com evidentes ganhos em termos de reconhecimento dos recursos e limites próprios, como para o desenvolvimento do autoconhecimento. Assim, o desafio colocado foi, na nossa perceção, superado.

Para a aquisição desta competência é de salientar a UC de Relação de Ajuda, cuja metodologia de avaliação contínua baseou-se na realização de um ensaio reflexivo, que consideramos um exercício e uma atividade interessante na medida que, partindo da leitura de uma obra não técnica e não relacionada à profissão e aos cuidados de saúde no geral, fazia emergir no leitor uma consciência de si pela significação e análise de algumas situações encontradas no livro e a sua correlação com experiências profissionais prévias despoletadas.

As UCIs são sempre locais onde, face aos cuidados que se prestam, existe sempre um certo grau de incerteza e instabilidade, com algum stress inerente para todos os envolvidos, prestadores de cuidados, doente crítico e família. Neste contexto, são consideradas hipóteses e tomadas decisões clínicas que, em algumas situações, não são unânimes e têm potencial para o conflito no seio da equipa multidisciplinar e inclusive entre Enfermeiros. O conflito, definido por Ferreira (2001) como o processo de consciencialização das divergências, traduzindo algum grau de incompatibilidade ou oposição entre as partes, ou da ameaça das partes interessadas, não é necessariamente deletério tendo o potencial para gerar novas soluções para a situação conflituosa, carecendo para isto de uma gestão adequada (Cunha, Moreira & Silva, 2003). Neste enquadramento, durante o estágio, não houve conflitos que fossem dignos de registo, e as situações pontuais detetadas foram prontamente resolvidas. Deste modo, importa enfatizar o carácter preventivo da gestão dos potenciais conflitos latentes por parte dos Enfermeiros responsáveis de turno que, segundo o modelo de gestão de conflitos de Rahim e Bonoma (Rahim & Magner, 1995), se agregam, maioritariamente, na abordagem centrada nas atitudes de compromisso e integração. Segundo este modelo clássico, esta abordagem despende mais tempo e consome mais recursos, mas também é a mais significativa para gerir o problema, implicando uma solução que incorpore contributos de ambas as partes, pressupondo colaboração e trabalho conjunto, importando não só o resultado, mas também as relações entre as pessoas. Deste modo,

é de salientar o compromisso e objetivos comuns da equipa de Enfermagem da UCIPG cuja partilha e discussão frequente sobre a prática de cuidados acresce ganhos e valor, que consideramos, imensurável para a prestação de cuidados de Enfermagem.

Pela fundamentação acima descrita, acrescida naturalmente do desenvolvimento e amadurecimento que a experiência profissional acarreta, consideramos ter atingido e adquirido a competência em epígrafe.

As competências que se descrevem em seguida, abarcam os mesmos conteúdos, aludindo aos conhecimentos científicos basilares e transversais à prática especializada em Enfermagem, versando sobre a produção e disseminação do conhecimento, onde a formação dos pares e colaboradores é indissociável do domínio das aprendizagens profissionais. Deste modo, estas três competências serão abordadas e fundamentadas de forma conjunta.

COMPETÊNCIA COMUM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

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

COMPETÊNCIAS DE MESTRE:

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência

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

A prática baseada na evidência consiste numa metodologia de “resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, na experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (ICN, 2011, p. 11). Neste contexto, infere-se a noção de equilíbrio entre as experiências profissionais prévias e juízo clínico com a evidência científica, com a aplicação criteriosa, clara e racional da melhor evidência na tomada de decisão fundamentada. Partilhando desta visão, a OE (2015c) enuncia, na deontologia profissional, no Artigo 97.º que o profissional de Enfermagem deve “exercer a profissão

com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (2015c, p. 78). A complexidade do doente crítico, em conjunto com os vastos recursos que são colocados à disposição do prestador de cuidados de saúde, faz da avaliação, reflexão e crítica constante dos dados da evidência científica um objetivo central para melhoria da prestação de cuidados (Marik, 2015). Esta reflexão e crítica constante são a base da competência de Julgamento Clínico (AACN, s/d), necessária à integração do conhecimento formal e da evidência científica na prática de cuidados.

Com este enquadramento em mente, foi encarado como uma necessidade e também uma oportunidade a revisão de alguns temas centrais ao doente crítico, especialmente em contexto de cuidados intensivos. Deste modo, de uma forma crítica, para além da consulta da nossa base de dados pessoal, recorreremos a várias fontes de conhecimento que abordam o doente crítico e as suas áreas afins, onde se releve a leitura das recomendações de boas práticas e normas de orientação clínica emanadas pelas sociedades científicas internacionais na área do intensivismo, concretamente *Society of Critical Care Medicine*⁸, bem como ao programa de *e-learning*⁹ da *European Society of Intensive Care Medicine* (ESICM), do qual já tínhamos realizado um número considerável de módulos prévios à frequência do ME. Concomitantemente, assistimos também a alguns *videocasts* das palestras dos congressos organizados pela ESICM, os congressos mais significativos e relevantes no panorama internacional nesta área de cuidados com o objetivo de esclarecer algumas dúvidas suscitadas da prática clínica e lacunas pontuais de conhecimento identificadas, conteúdos apenas acessíveis aos *ESICM Associate Member*, como é o nosso caso. No caso particular da ECMO a fonte primordial de conhecimento foi a *Extracorporeal Life Support Organization*, que no seu site, concentra ferramentas, recursos, documentos e normas de orientações clínica essenciais à compreensão global desta técnica diferenciada e de toda a sua estrutura de suporte. Neste âmbito ainda, salientamos os conteúdos abordados nas Unidades Curriculares (UCs) referentes à área da EMC que complementam a pesquisa efetuada descrita. Importa também enaltecer a UC de Investigação em Enfermagem, onde, devido aos conteúdos abordados, contribuiu para um refinamento e modelagem do sentido crítico e analítico com que se abordou a evidência científica.

⁸ Disponíveis em <http://www.sccm.org/Research/Guidelines/Pages/Guidelines.aspx>

⁹ Disponível em <https://academy.esicm.org/>

Apesar de todos conhecimentos adquiridos, estes por si só não influem a prestação de cuidados, dada a sua natureza abstrata e académica e a dicotomia entre o saber saber e o saber fazer (já descritos no ponto 2.4 deste documento) que podem não se relacionar em contexto prático. Deste modo, foi para nós um objetivo a aplicação deste manancial de conhecimento e competências adquiridas à prática clínica especializada, em cuidados seguros, proficientes, competentes e de qualidade. No sentido inverso, como já foi referido, a prática clínica especializada provocou algumas dúvidas e apontou lacunas que, pensamos nós, foram colmatadas com pesquisa, estudo e reflexão necessariamente crítica. Este *continuum* entre o conhecimento, competências e a prática enriqueceu de sobremaneira o estágio tendo sido um vetor imprescindível para a aquisição de competências e a sua utilização na prática clínica especializada.

A intervenção profissional apresentada previamente (ponto 2.), utilizando a metodologia de projeto, não se reporta apenas a uma investigação com base na delimitação de uma necessidade ou lacuna da prática, mas teve como meta a intervenção sobre o mesmo, numa perspetiva de investigação-ação. Deste modo, realizamos um diagnóstico de situação, usando duas ferramentas para o efeito, com identificação de uma lacuna/necessidade, planeamos e gerimos a implementação da IPM, e avaliamos de forma considerada adequada a mesma. Desta forma, dispusemos de uma oportunidade de transformar uma lacuna numa circunstância com potencial de melhoria, utilizando um método estruturado e comprovadamente eficiente, que partilha pontos com o processo de Enfermagem. Acrescenta-se que a elaboração da intervenção tem por base padrões de conhecimento válidos, atuais e sólidos, sendo por nós considerado um exemplo concreto e claro do uso da prática baseada na evidência.

A IPM, planeada e executada conforme descrito previamente, previu uma sessão de formação em serviço, devidamente integrada e planeada no plano anual de formação. Deste modo, atendendo a que, como refere Tojal (2011), a formação em serviço surge como um plano de atualização em contexto laboral, abarcando e vinculando todos os intervenientes, desenrolando-se paralelamente e transversalmente com a prática profissional, esta sessão de formação veio revelar-se um momento enriquecedor pela oportunidade assumir o papel de formador.

A UC de Formação e Supervisão em Enfermagem, englobada no presente curso, influenciou positivamente o desenvolvimento destas competências, pela sua abordagem progressivamente prática e contextualizada, partindo de um referencial teórico acerca da aprendizagem, formação e supervisão clínica e concluindo sob aspetos práticos e mais operacionais com aplicação aos contextos de saúde. A construção de um plano de

sessão formativa (Apêndice N) resultou dos conhecimentos e competências adquiridas em contexto académico, sendo um exemplo do que se referiu anteriormente.

A formação contínua é um vetor essencial ao desenvolvimento profissional, sendo um dever inerente à profissão, estando deontologicamente balizado no artigo 100.º – dos deveres deontológicos em geral, onde se enuncia que o Enfermeiro deve “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2011c, p. 81). Deste modo participamos em 2 momentos formativos que marcaram indelevelmente o percurso formativo do estágio. O primeiro evento formativo foi o Congresso “Doente Crítico ‘17” (Anexo F), realizado nos dias 20-21 de Outubro de 2017, e o “1.º Congresso Internacional – IACS: Inovação e Multidisciplinidade em Controlo de Infecção” (Anexo G), realizado nos dias 26 e 27 de Outubro de 2017, foi a segunda atividade proposta como complemento ao estágio. Os conteúdos de cada um destes eventos serão tratados no âmbito da fundamentação das competências específicas do EEPSC, pelo que os mesmos não são descritos no âmbito das competências supracitadas.

Para finalizar, a realização de um artigo sobre a transição de cuidados de saúde (Apêndice U), na forma de uma revisão integrativa da literatura, contribuiu para a disseminação da investigação e para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência, artigo com ponderação na avaliação da UC do Estágio Final. Pretende-se ainda, com a conclusão da IPM e os resultados alcançados com esta, a realização de um segundo artigo, já fora do âmbito do ME, embora dependente e conseqüente ao mesmo. Opta-se por esta via dado que, a conclusão da intervenção se estende para lá da janela temporal do Estágio Final, inviabilizando assim a produção de um artigo que servisse os preceitos da avaliação desta UC, artigo este que fosse baseado na IPM. O artigo supracitado segue as indicações e regras da Revista de Enfermagem Referência (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014), revista indexada, para o tipo de revisão em questão.

Partindo das assunções descritas, permite-nos afirmar, que adquirimos as competências supracitadas.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre

Atendendo a que o “especialista é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem” (OE, 2011b, p. 8648) e que os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica pressupõem “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, 2011a, p. 8656), considera-se lícito deduzir que o foco da prática de Enfermagem do EEEPSC, onde este detém um conhecimento aprofundado, é a pessoa em situação crítica. Como tal, é imprescindível o reconhecimento, validação e certificação das competências específicas do EEEPSC, dado que, como refere a OE, nos RPQCEEPSC, estes são “elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (2015b, p.3).

As competências específicas do EEEPSC englobam três competências, o cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e, por último, a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2011a).

Adotando a metodologia usada para a descrição, análise, reflexão e a fundamentação associada às competências comuns do Enfermeiro especialista, as competências conducentes ao grau de Mestre serão abordadas em conjunto com as competências específicas do EEEPSC, quando assim se considerar pertinente.

A prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, carecem e exigem do EEEPSC uma constante atualização, necessariamente individual e autónoma, de conhecimentos, aptidões e competências ao longo do seu percurso profissional, integrando a nova evidência científica no seu juízo clínico para a tomada de decisão fundamentada. Neste contexto, a competência do EEEPSC e a competência de Mestre que se enunciam em seguida serão abordadas em conjunto.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

Realiza desenvolvimento autônomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Para a OE (2011a, p.8656) “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”, partilhando o conceito com a definição mais amplamente utilizada, da responsabilidade da OM (2008), já citada anteriormente. Assim sendo, o Enfermeiro especialista mobiliza e emprega “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2011a, p. 8656) às necessidades da PSC, tendo em conta a sua complexidade inerente. Alicerçada nestas definições, criou-se uma pequena base de dados sumária (Apêndice V) referente à casuística da prestação de cuidados de Enfermagem especializados, nomeadamente o motivo de internamento, as disfunção(ões) de órgão(s) presente(s), os métodos de suporte de órgão utilizados, os procedimentos realizados e outros eventos de interesse e/ou relevo no processo de aquisição de competências, bem como o cálculo da carga de trabalho de Enfermagem, recorrendo às escalas mais comumente utilizadas nesta área diferenciada de cuidados (TISS-28 e NAS). A criação desta base de dados entendeu-se ser necessária para a definição de uma base concreta e clara, funcionando como um ponto de partida para a análise e reflexão da prática de cuidados de Enfermagem especializados.

Como é patente na base de dados construída, a maioria dos doentes a quem prestamos cuidados enquadram-se nestas definições, com múltiplos órgãos em disfunção e/ou falência, carecendo de meios avançados e diferenciados de suporte das funções vitais. Neste contexto, atendendo à componente tempo dependente dos *outcomes* associados ao doente crítico (Chen & Hillman, 2016; Jones & Bellomo, 2015), é essencial o desenvolvimento de competências na abordagem e cuidados ao doente crítico, com capacidade de prever e detetar possíveis focos de instabilidade ou desvios do padrão fisiológico habitual e instituir cuidados complexos atempados dirigidos ao doente crítico, com o necessário grau de monitorização e vigilância que cada situação

clínica assim o exige. Este processo de aquisição de competências é, inevitavelmente, gradual, progressivo, reflexivo requerendo uma ligação contínua e sistematizada entre a teoria e a prática, entre o saber saber, o saber fazer e o saber ser.

Reflexo do nosso percurso profissional e de toda a formação frequentada e detida, maioritariamente com certificação internacional, com ênfase particular na área da emergência, trauma e dos cuidados intensivos, situa-nos num estado de perito nesta área diferenciada de cuidados (Benner, 2001), com um estado de compreensão global da situação, com uma adaptabilidade constante ao contexto e às situações vivenciadas. O Enfermeiro, especialmente o EEEPSC, fruto das suas competências acrescidas inerentes na área do doente crítico, pela natureza contínua da prestação de cuidados de Enfermagem, encontra-se numa situação privilegiada para prevenir e atuar nos focos de instabilidade clínica. Concomitantemente, esta capacidade de prever e antecipar contextos de instabilidade é o critério usado para o nível de perícia (nível 5), para a competência de Prestação de Cuidados, segundo o *Synergy Model for Patient Care* (AACN, s/d).

Atendendo ao cariz específico da UCIPG, que dispõe de um manancial amplo de monitorização multimodal, em situações de instabilidade, nomeadamente de compromisso de via aérea, respiratória, cardiovascular, desregulação da PIC e, derivada desta, da pressão de perfusão cerebral (PPC), a prevenção e identificação destes focos e a ação consequente são praticamente simultâneas, de índole multidisciplinar, tal como a proteção de via aérea com recurso a meios básicos ou avançados, instituição de ventilação mecânica, utilização de drogas cronotrópicas, inotrópicas e/ou vasoativas, cardioversão química/elétrica quando assim é recomendado ou a gestão da PIC e PPC com recurso a estratégias não farmacológicas e farmacológicas. Esta gestão é facilitada pela monitorização existente, específica e individual, não sendo, contudo, menosprezado por nós as competências clínicas, tão ou mais importantes, dado que os dados quantitativos obtidos, inferidos e deduzidos desta monitorização não têm significância isoladamente, necessitando de um enquadramento e integração na situação clínica global.

Impõe-se descrever, no seguimento do parágrafo prévio, um exemplo concreto da estreita relação entre os dados quantitativos e os dados clínicos, relevando também a importância do EEEPSC pelas suas competências acrescidas, um exemplo entre vários face à dinâmica diária de uma UCI interventiva e dinâmica, como é a UCIPG. Um doente com traumatismo cranioencefálico grave, com via aérea artificial para proteção desta, sem necessidade de ventilação mecânica, inicia, de forma súbita e sem causa aparente,

um padrão ventilatório irregular do tipo respiração de *Cheyne-Stokes*. É, de imediato, alertada a equipa, constatando-se um possível quadro de hipertensão intracraniana sem outras alterações sugestivas e particulares, como a clássica tríade de *Cushing* (Hipertensão Sistólica, Bradipneia e Bradicardia), sendo o quadro resolvido através de medidas não farmacológicas, de iniciativa do Enfermeiro, no caso concreto de um EEEPSC, nomeadamente a elevação da cabeceira da cama e a retirada do colar cervical, com a imprescindível estabilização manual da coluna cervical. Consequente ao evento, foi colocado um sensor parenquimatoso de PIC, à cabeceira do leito, para uma monitorização contínua da PIC. Saliencia-se a intervenção pronta da equipa de Enfermagem para um quadro clínico cuja apresentação não era típica, constituindo uma emergência neurológica que, caso se sustentasse no tempo, traria consequência deletérias a curto e médio prazo no *outcome* neurológico do doente, servindo o mesmo como exemplo claro e prático da demonstração das competências descritas do EEEPSC, onde é identificado prontamente o foco de instabilidade e a resposta é pronta, eficaz e eficiente, baseada na evidência mais recente (Brain Trauma Foundation, 2017).

Durante o decorrer do Estágio Final não houve situações em que fosse necessário aplicar competências em suporte avançado de vida (SAV), num contexto de paragem respiratória ou PCR, mas, pela nossa prática profissional diária, em contexto da EEMIH e pela formação efetuada¹⁰, consideramos ter atingido o objetivo previamente definido (Apêndice T) e o critério de avaliação inerente na dependência da competência K1, "K.1.1. – Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida" (OE, 2011a, p. 8656).

Como foi referido anteriormente (ponto 2.4), as UCIs são o contexto lógico para a implementação de protocolos, sendo instrumentos e ferramentas essenciais para a aplicação da evidência à prática de cuidados quotidiana (Mazer & Levy, 2016), carecendo, segundo estes autores, de uma monitorização, avaliação sistemática e revisão, quando assim é necessário, dos protocolos implementados, dos seus indicadores de processo e de resultado. Deste modo, face aos diversos protocolos existentes, foi para nós uma prioridade assegurar a adequação dos protocolos às situações concretas, monitorizando e prevenindo os efeitos secundários e as complicações que lhe possam ser associadas, e avaliando os seus resultados. Exemplos objetivos desta prática são os protocolos de sedação, analgesia e delirium em que,

¹⁰ Cursos de Suporte Básico de Vida em 2009 e 2017;
Cursos de Suporte Imediato de Vida em 2009 e 2011;
Cursos de SAV em 2009 (ALENTO), 2009 (INEM), 2012 e 2017.

mediante a fixação de objetivos de sedação concretos adequados à situação clínica, a gestão e titulação dos ritmos de perfusões da sedação e analgesia é responsabilidade do Enfermeiro de forma a obter os resultados esperados com o mínimo de complicações associadas. Releva-se o protocolo relativo à *ECMO*, técnica de suporte temporária do coração e pulmão usando meios mecânicos e circulação extracorporeal (Westrope & Peek, 2016) que exigiu, da nossa parte, um estudo aprofundado para compreender todos os pormenores e vicissitudes do protocolo referido, a sua aplicação prática e as possíveis complicações associadas ao mesmo.

A dor, instituída formalmente como o 5º sinal vital desde 2003 (DGS, 2003), pela sua importância mereceu por parte da OE (2008) a emanção de um guia de boas práticas, sendo o seu controlo um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, recomendando-se a monitorização sistemática na UCI (Barr et al., 2013). Assim, avaliamos a dor, recorrendo à escala numérica, quando esta é possível de ser aplicada, e no doente sob ventilação mecânica e/ou com depressão do estado de consciência, recorrendo à escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), sendo um imperativo a gestão adequada da dor, caso esta exista. Deste modo, atendendo ao conceito de gestão multimodal da dor (Barr et al., 2013) e ao protocolo de analgesia existente já referido, administramos terapêutica analgésica endovenosa, opióide e não opióide, em perfusão contínua ou em bolús, e, quando adequado, a administração de analgesia por via epidural se esta via estivesse presente, monitorizando a resposta ao(s) fármaco(s) e os possíveis efeitos secundários e adversos. Simultaneamente, antes de qualquer procedimento que se considerasse com potencial de provocar dor, era administrada analgesia preemptiva, normalmente um opióide forte de ação rápida, e/ou aumentando ritmo de perfusão do fármaco caso este esteja em curso, com o objetivo de atenuar a dor associado ao procedimento. Neste contexto, não sendo de menosprezar as intervenções não farmacológicas de controlo da dor, estas assumem um caráter complementar (OE, 2008), especialmente no doente crítico (Barr et al., 2013). Apesar disso, o doente crítico em Cuidados Intensivos, devido à imobilidade física constante e prolongada, apresenta frequentemente dor associada à imobilidade. Deste modo, mobilizamos e posicionamos os doentes com uma frequência adequada, de forma a, pelo menos, atenuar a dor e o desconforto. Ainda versando sobre a temática da dor no doente crítico, importa referir a nossa participação no Plano Nacional de Avaliação da Dor, da responsabilidade do Grupo de Avaliação da Dor, na égide da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos¹¹ que, embora não ter sido realizado durante o

¹¹ Relatório final deste grupo disponível aqui

https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf

estágio, revelou-se excelente momento de aprendizagem sendo, pelo nosso conhecimento, o único estudo multicêntrico acerca da dor em Cuidados Intensivos no contexto nacional.

Pela sua importância, estimando-se que 60-80% dos doentes internados em UCI se encontrem em delirium (Barr et al., 2013), sendo um preditor independente negativo para os *outcomes* mais usados em Cuidados Intensivos acarretando consequências cognitivas e funcionais a médio longo/prazo (Barr et al., 2013; Faria & Moreno, 2013), e também pelo facto que, na nossa realidade profissional, apesar de estar protocolizada a avaliação sistemática do delirium, esta apenas é esporadicamente realizada, foi encarado como uma oportunidade de aprendizagem a monitorização e gestão do delirium numa UCI com ampla experiência no uso da *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU). Deste modo, recorrendo à CAM-ICU, monitorizamos o delirium, a sua presença ou ausência, e agindo em conformidade, tentando utilizar o conceito recente *eCASH* (Conforto precoce, Sedação mínima e máximo cuidado Humano¹²), que representa um novo paradigma para os cuidados centrados no doente (Vicent et al., 2016), cujos pressupostos relacionam-se, na nossa ótica, de sobremaneira com a prática de cuidados de Enfermagem especializados, nomeadamente do EEEPSC, contribuindo assim para um incremento das nossas competências nesta área de importância crescente.

As particulares do doente crítico, especialmente em ambiente de Cuidados Intensivos, condicionam a inteira aplicação de algumas das competências centrais à Enfermagem, nomeadamente a comunicação e a relação, dado que, por motivos de vária índole, estes podem estar impossibilitados de interagir e comunicar, não só com os profissionais de saúde, mas também com as suas pessoas significativas. Assim, apesar do percurso profissional já detido, é sempre um desafio a comunicação com o doente crítico, principalmente quando este se encontra entubado endotraquealmente ou apresente algum grau disfunção cognitiva, intrínseca ou provocada por drogas depressoras de estado de consciência. A recorrência à linguagem não verbal ou a meios auxiliares, material de apoio para a escrita, figuras, entre outros, por vezes com a necessidade de alguma criatividade para uma adaptação individual, é, por vezes indispensável, para uma efetiva e eficaz comunicação entre o doente, os prestadores de cuidados de saúde e a sua família. Assim, foi uma prioridade nossa, a adequação das competências de relação de ajuda e terapêutica. Esta relação terapêutica pode ser

¹² *early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care* [eCASH] (Vicent et al., 2016).

interpretada, na nossa visão, como um veículo de cuidados ou mesmo encarado como um cuidado de Enfermagem por si só.

A comunicação é um vetor indissociável à vida humana e, como tal, nos momentos de maior fragilidade como é o caso do internamento hospitalar, torna-se um contributo muito significativo para o bem-estar familiar (Pereira, 2008). As UCIs, locais de grande complexidade tecnológica para os cuidados ao doente crítico, onde se convive diariamente com situações de emergência, risco e morte, é agravada pelo isolamento social e falta de privacidade. Este local invasivo e agressivo pode ser menos hostil, se os profissionais de saúde humanizarem a sua assistência (Marques, Silva & Maia, 2009). Apesar da política restrita de visitas que está tradicionalmente associada às UCIs, normalmente justificada pelo risco de infeção e de colonização cruzada, procuramos inserir a família como parceira e mesmo como alvo dos cuidados, dada esta estar a experienciar um processo de internamento de um familiar/pessoa significativa, de natureza normalmente não esperada, disruptiva e súbita, podendo não ser gerido da melhor forma, exigindo do EEPSC, mas também de toda a restante equipa multidisciplinar, "competências na gestão da ansiedade e do medo vividos" (OE, 2011, p. 8656).

Neste contexto, foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento destas unidades de competência, da gestão da comunicação interpessoal e estabelecimento da relação terapêutica (OE, 2011a), K.1.5. e K 1.6 respetivamente, o Enfermeiro Supervisor que, no âmbito do seu Mestrado em Ciências de Enfermagem, a dissertação incidiu sobre a família do doente crítico, sendo considerado em termos institucionais perito na área, tendo o seu conhecimento e opiniões fundamentadas modelado e modificado os conhecimentos e as competências tidas por nós como adquiridas, corretas e definitivas.

A transmissão de más notícias é uma realidade diária dos Enfermeiros e simultaneamente uma das áreas mais difíceis e complexas de adquirir e desenvolver (Costa, 2014), embora seja considerado que a informação é um dos principais aspetos promotores para que a família seja capaz de gerir a nova realidade, iniciando um processo de luto adequado, sendo unanimemente por nós aceite que as estratégias de transmissão de más notícias contribuem para uma comunicação adequada e efetiva quando empregues corretamente, pressupondo a formação e treino adequada pelos Enfermeiros (Costa, 2014). Deste modo, procuramos sempre uma transmissão assertiva das más notícias, tendo a noção da importância da mesma como facilitador do processo

de luto, procurando seguir o protocolo clássico SPIKES¹³, a que cada letra corresponde uma etapa: S - postura profissional; P - percepção do doente; I - troca de informação; K - conhecimento; E - explorar emoções; S - estratégias e síntese (Fonseca, 2012), sendo que a efetiva transmissão da má notícia só se efetua a partir da quarta etapa, caso seja percebido que a família assim o deseja (Fonseca, 2012). Na UCIPG esta ocorre em contexto multidisciplinar, num local adequado e preparado para o efeito. Releva-se que o uso deste protocolo facilita o processo de luto, um processo deveras mais complexo e prolongado, que se desenrola através de várias fases, cujo o modelo mais conhecido é de Kubler-Ross (1998), com as 5 fases sobejamente conhecidas (Negação/Denegação, Revolta, Negociação, Depressão e Aceitação), sendo essencial, segundo esta autora, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre estas fases. Assim procuramos compreender o percurso já percorrido do processo do luto e o estadio em que se encontravam de modo a facilitar, na medida do possível, a boa resolução dos diversos estádios descritos. Como refere Gama (2013, p.15) "acompanhar alguém no momento da morte pode ser uma dádiva e ao mesmo tempo (...) uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, mas também uma situação de desgaste pelas dificuldades emocionais (...) podendo conduzir a situações de sobrecarga e exaustão". Apesar de ser uma situação comum no nosso percurso profissional, levando ao desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com a morte e o processo de luto, cada situação vivenciada contribui para o nosso desenvolvimento e amadurecimento profissional e pessoal, com potencial para a melhoria e transformação do nosso desempenho na próxima situação similar em que estejamos envolvidos.

Enaltece-se, como foi já referido na fundamentação para a competência "D2 – baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento" (OE, 2011b, p. 8653), os meios e fontes idóneos utilizados para a pesquisa e conhecimento, procurando evidência científica recente e fiável de modo a ancorar a nossa prática profissional e os cuidados à pessoa a experimentar processos complexos de doença crítica, disfunção e/ou falência orgânica (OE, 2011a), ao qual se acrescenta necessariamente os conteúdos lecionados nas UCs da área da EMC do ME.

Pela fundamentação apresentada, considera-se ter adquirido e desenvolvido as competências descritas.

¹³ **S**etting, **P**erception, **I**nvitation, **K**nowledge, **E**xplore emotions e **S**trategy and summary.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação

Atualmente, pela constante possibilidade da ocorrência de uma catástrofe, de cariz não previsível, é mandatário que as organizações de saúde realizem periodicamente, de uma forma sistemática e organizada, um diagnóstico da sua situação e concebam uma resposta de emergência para um cenário que condicione o desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis (DGS, 2010; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012). Neste contexto, todos os profissionais de saúde devem identificar-se como um elo fundamental e conhecer a sua missão, função e ação no domínio das suas competências (DGS, 2010).

Face à imprevisibilidade das situações descritas no parágrafo anterior, de natureza não cíclica e não prevista, não se verificaram, durante o período em que se desenrolou o Estágio Final, qualquer evento ou processo que pudesse ser classificado de catástrofe ou emergência multi-vítimas. De igual forma, também não houve a possibilidade de participação em atividades de conceção, revisão, apresentação ou treino do plano de resposta a situações de catástrofe, dado não terem ocorrido durante o período de Estágio Final. A imprevisibilidade referida deve incentivar os profissionais de saúde a desenvolverem e a planearem a sua atuação em situações de exceção, possibilitando uma tomada de decisão alicerçada na boa prática, integrada nos planos de emergência das organizações de saúde, concorrendo para um menor risco e com uma probabilidade de sucesso mais elevada. Os Enfermeiros, que representam o maior número de profissionais inseridos nas organizações de saúde, são um vetor imprescindível ao desenvolvimento e dinamização desta resposta.

Não tendo sido possível na prática a consecução da aquisição desta competência, foi uma prioridade nossa a leitura e reflexão sobre o tema. Assim foram lidos alguns documentos considerados basilares para a gestão da resposta a situações de catástrofe, na esfera institucional, regional e nacional. Deste modo relemos o Manual de Resposta a situações de Exceção, emanado pelo INEM, a orientação da DGS 007/2010 – Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde, de matriz mais concetual. Para termos uma visão e noção nacional da resposta à catástrofe pesquisamos sobre a organização desta resposta, tendo merecido uma atenção especial o Decreto-lei n.º 72/2013, que perfaz a última alteração ao Sistema Integrado de

Operações de Proteção e Socorro, onde se descreve todo o organigrama e a dinâmica do sistema citado, bem como a Lei n.º 80/2015, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Ainda neste contexto, foi por nós considerado essencial conhecer o plano de resposta a situações de catástrofe do CHSJ, EPE, disponível no sistema informático, acessível por qualquer funcionário da organização em qualquer terminal informático. A súmula deste plano encontra-se distribuída em formato poster em locais estratégicos da organização de saúde.

A participação no congresso "Doente Crítico 2017", evento já referido na fundamentação da competência D2, especificamente a mesa redonda "ENFERMAGEM NA CATASTROFE: INTERVENÇÃO DIFERENCIADA", integrada neste evento, onde foram comparados os diferentes sistemas para a preparação e intervenção em catástrofe, foi por nós considerado útil pela capacidade de transmitir aos presentes os conceitos essenciais dos sistemas descritos, inferindo-se a não inferioridade de qualquer um deles, carecendo essencialmente de uma adaptação aos recursos disponíveis no contexto onde este é planeado.

Releva-se também a lecionação e os conteúdos da UC de EMC 3, que versavam sobre a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da organização, gestão e operacionalização destas respostas, tendo trazido novos conhecimentos aos formandos numa área de capital importância, não se resumindo ao contexto da prestação de cuidados, como é enquadrado na DPE (2015) onde se enuncia, no artigo 101.º - Do dever para a comunidade, a responsabilidade do Enfermeiro para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de Enfermagem.

Concluindo, também o curso de trauma, integrado na UC de EMC 4, onde alguns cenários da prática simulada vinculavam a gestão de situações de emergência multi-vítimas, cenários estes que exigiam dos formandos a resolução adequada onde, após o término do cenário da simulação clínica, em contexto de *dibriefing* eram analisadas decisões tomadas, tornando-se em momentos de reflexão e crítica, com a consequente aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos e competências. Estes cenários de catástrofe, situações de emergência com multi-vítimas e a necessidade de triagem em ambientes não controlados estão presentes na generalidade dos cursos internacionalmente reconhecidos no âmbito da emergência, dos quais já realizamos um número significativo.

Assim, consequência da imprevisibilidade das situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, a consecução prática da aquisição da competência acima descrita depende de vários imponderáveis que nos são alheios. Apesar disso, pela fundamentação e atividades realizadas consideramos ter desenvolvido a competência referida.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As IACS dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, contribuindo para um consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2013), representando o evento adverso mais frequente no doente que carece de cuidados de saúde, onde quer que estes ocorram (OMS, 2011). Este tipo de infeção define-se como sendo uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos prestados e que podem afetar também os profissionais de saúde, não sendo um problema novo, tem ganho importância face ao aumento da esperança média de vida e o uso crescente de terapias e dispositivos invasivos, assumindo-se que um terço das IACS são potencialmente evitáveis (DGS, 2007; OE, 2015b). Segundo os últimos dados divulgados no *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network in Europe 2016* (European Centre for Disease Prevention and Control, 2017) é notório uma clara assimetria na Europa na taxa de infeção e na taxa de resistência aos antimicrobianos, sendo mais prevalente nos países do sul da Europa, que esta entidade europeia relaciona com as práticas de prevenção e controlo de infeção. Importa referir que 30-40% das infeções causadas por microrganismos multirresistentes resultam da colonização cruzada (DGS, 2007).

Atendendo ao potencial prevenível das IACS, pelo menos de uma parte significativa destas, é fundamental o envolvimento dos profissionais de saúde na conceção, desenvolvimento e adesão às boas práticas e recomendações emanadas. Os Enfermeiros, pelo seu papel central e basilar à prestação de cuidados, são imprescindíveis para este fim. Neste contexto, a OE (2015b), assume, nos RPQCEEPSC, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde como um dos sete enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos EEPSC. A infeção, a

sua prevenção e controlo são um critério de qualidade para ausência de eventos adversos e complicações, eventos estes considerados como um dos sete ganhos em saúde (*outcomes*) para o *Synergy Model for Patient Care* (Becker et al., 2006).

A prevenção e controlo da infeção não é simples, reveste-se de uma matriz multifatorial, ainda mais no decorrer do processo da doença crítica, onde se desmultiplicam os procedimentos invasivos, contribuindo para a fragilidade e vulnerabilidade criada e exacerbada pelo estado clínico e comorbilidades previamente existentes. Estima-se que cerca de 50% dos doentes internados em UCI encontram-se infetados, concorrendo como uma variável independente para um aumento da mortalidade, sublinhando-se ainda que a infeção e a sépsis são as principais causas de morte em UCIs não cardíacas (Vincent, Rello, Marshall, Silva, Anzueto, Martin et al., 2009).

Com base neste enquadramento, para além da consulta destas fontes de informação fidedigna já citadas, atendendo ao contexto específico do Estágio Final, uma UCI de nível III, foi por nós considerado relevante uma revisão dos documentos normativos sobre esta área de cuidados. Deste modo, tendo em conta que trabalhamos numa UCI de nível semelhante, o estágio foi encarado com oportunidade de aquisição de conhecimentos sobre a prevenção e controlo de infeção, que não é um dos nossos principais interesses, apesar da importância que lhe reconhecemos. Pelo rápido desenvolvimento da evidência associada à infeção e às suas áreas afins, a DGS tem emanado recentemente um número relevante de normas e recomendações para a prática clínica, onde se salienta, por exemplo, o “feixe de intervenções” (*bundle*) da prevenção de PAI (2017a), já referida anteriormente, ou o “feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter urinário (2017b). Estas normas carecem naturalmente de uma adaptação à prática clínica e, no que importa para este relatório, influenciam decisivamente a prática especializada de Enfermagem à PSC. Neste âmbito, procuramos conhecer as recomendações da organização da saúde, pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, disponíveis na intranet do CHSJ, EPE, e os protocolos existentes na UCIPG no âmbito da infeção, prevenção e controlo de infeção e os protocolos de procedimentos específicos, que incorporam as boas práticas, que influem a temática tratada.

De igual forma, aproveitamos também a oportunidade que o Estágio Final nos ofereceu, para refletirmos em práticas e procedimentos que, pela sua casuística e frequência na nossa prática profissional diária, entram num ciclo de sistematização e

mecanização onde, por vezes, não é realizada a devida reflexão e atualização baseada na evidência. Deste modo foi um foco da nossa atenção a prevenção da PAI. Este tipo de pneumonia é infeção adquirida em UCI mais frequente (Muscedere et al., 2013), havendo, em Portugal, uma taxa de incidência superior em relação à média europeia (DGS, 2017). Atendendo ao seu carácter preventivo, com a adoção de boas práticas, os Enfermeiros, especialmente os EEEPSC pela liderança e gestão da prática clínica, têm um papel essencial na sua prevenção. Neste contexto, para prevenir a microaspirações, o principal meio de colonização e infeção da via aérea inferior (Blot, Poelaert & Kollet, 2014), já é uma prática comum e universalmente aceite o uso de clorexidina na higiene oral, sendo sustentada num amplo corpo de evidência. Da pesquisa efetuada ainda persistem várias lacunas, que a evidência científica não responde, como a periodicidade de uso, a quantidade e a forma de uso (Hua, Xie, Worthington, Furness & Zhang, 2016). Estas conclusões foram partilhadas com o Enfermeiro Supervisor e no seio da equipa. Outra dúvida suscitada pela prática clínica e em discussão com os pares centrou-se no uso de luvas esterilizadas na aspiração de secreções da via aérea baixa. É uma prática empírica o uso de luvas esterilizadas na aspiração de secreções da via aérea baixa com o objetivo de reduzir a incidência da PAI, sendo uma prática transversal ao local de estágio e ao nosso local de trabalho. Apesar disso, após pesquisa, chegamos à conclusão de alguma disparidade nas fontes encontradas, no qual a DGS (2015) recomenda o seu uso ao invés da OMS (2009). De qualquer forma está vertida na norma da DGS (2015), sobre o uso e gestão de luvas nas unidades de saúde, que a avaliação do risco realizada pelo profissional de saúde antes do procedimento vincula a seleção do tipo de luvas e o seu uso. Concluindo, ainda neste âmbito, tivemos a oportunidade de usar, na PSC sob ventilação mecânica invasiva, através de tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia, aspiração subglótica de forma sistemática, dado que, na nossa UCI, esta só foi usado em contexto demonstrativo e experimental. Como refere Mao et al. (2016), numa meta-análise recente, este é um método comprovadamente eficiente na redução na PAI pela gestão e redução de um dos principais reservatórios de microrganismos, o espaço subglótico, da glote até ao balão (*cuff*) da via aérea artificial. O uso deste meio diferenciado vinculou a aquisição de competências nesta área, contribuindo para incremento de qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC.

Apesar da análise e reflexão minuciosa efetuada, não foram, contudo, descuradas as precauções básicas do controlo de infeção que, embora gerais e com aplicação a todos os contextos onde se prestam cuidados de saúde, são de extrema importância para a segurança dos doentes, profissionais e família. Deste modo, aplicando a máxima "Não há doente de risco, mas sim procedimentos de risco", juntamente com o Enfermeiro Supervisor, refletimos sobre a eficácia das medidas gerais adotadas e, quando este

assumia o papel de Enfermeiro responsável de turno, pugnamos pelo cumprimento das normas emanadas junto da restante equipa multidisciplinar, mas também nos procedimentos e funções no âmbito da prevenção e controlo de infeção executadas pelos Assistentes Operacionais (AOs), atividades por vezes menosprezadas, mas fundamentais à segurança dos cuidados prestados. As funções e procedimentos dos AOs, estando previamente definidas, por vezes têm que ser alterados para fazer face às necessidades e à dinâmica inerente de uma UCI deste nível.

Sublinha-se também, a participação em programas de auditorias, como foi referido na fundamentação das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (B1, B2 e B3), enquadradas no Plano Nacional de Controlo de Prevenção e Controlo das IACS, auditorias que versam sobre a vigilância epidemiológica da infeção nas UCIs mas também sobre infeções em sítios anatómicos específicos¹⁴. Os dados colhidos são posteriormente colocados numa base de dados nacional, contribuindo assim para a avaliação e possível adaptação das recomendações nacionais emanadas no âmbito do Plano Nacional referido.

A participação no “1.º Congresso Internacional – IACS 2017: Inovação e Multidisciplinariedade em Controlo de Infeção”, cujo objetivo era a partilha multiprofissional de conhecimentos e experiências na prevenção e controlo das IACS. Este objetivo foi cumprido na totalidade enriquecendo todos os presentes com a descrição dos projetos, estudos e experiências terminadas ou em curso que foram apresentados. Consideramos pertinente para aquisição da competência supracitada a participação neste evento pela multiplicidade de projetos em curso, em contextos diferentes, todos eles com relevância clínica, numa área em permanente evolução.

Sendo a infeção um dos indicadores mais usados para aferir a qualidade e segurança do doente, a IPM, incidindo nesta temática, contribui para uma potencial melhoria nesta área fundamental. Deste modo, um dos conteúdos considerado pertinente para a inclusão na ferramenta semiestruturada da passagem de turno foi a infeção e as áreas que lhe são diretamente relacionadas, contribuindo assim para uma consciencialização e evitando a perda de informação relevante que possa colocar em causa a prestação de cuidados seguros.

¹⁴ Instrumentos de auditorias disponíveis em http://www.insa-rios.net/VigLab/downloads/UCI/Ficha_HELICS_UCI_3v_V6.1_2008.pdf

Pela fundamentação descrita, consideramos ter atingido e adquirido a competência em epígrafe.

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Face à descrição, reflexão e fundamentação das atividades desenvolvidas durante o estágio com o objetivo de adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro especialista em EMC, na vertente PSC, bem como a aquisição de competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem, permite-nos afirmar que a última competência associada ao grau de Mestre foi adquirida pela aquisição das competências acima descritas.

CONCLUSÃO

A frequência do curso de ME, nas premissas já descritas na introdução, culmina na concretização, finalização e entrega do presente documento, um relatório de estágio de natureza profissional, que será alvo de provas públicas, como produto final de todo o percurso formativo, especialmente da UC do Estágio Final.

O exercício profissional do EEEPSC, pela multiplicidade dos contextos profissionais onde estes são uma mais-valia, conjuntamente com o aumento da complexidade dos problemas de saúde, do desenvolvimento tecnológico exponencial e pela vulnerabilidade que a doença crítica acarreta e exacerba, constitui-se como um desafio diário, premente e prioritário. Contudo, são estes desafios constantes que exigem a aquisição, desenvolvimento, aprofundamento e aperfeiçoamento de competências através de uma consciencialização, reflexão crítica, problematização e reconstrução constante da realidade e das experiências clínicas vivenciadas, necessitando e dependendo sobretudo do empenho e resiliência do Enfermeiro. Só partindo deste pressuposto, se pode almejar uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, essenciais para cuidados de Enfermagem de excelência.

Atendendo ao conteúdo do parágrafo anterior, o percurso no Estágio Final, bem como do curso em epígrafe, foi pródigo em situações e possibilidades de aprendizagem, exigindo-nos a necessária prática reflexiva, com a procura incessante de fundamento para a tomada de decisão e ação consequente, permitindo a adequada aquisição e desenvolvimento de competências de natureza profissional.

Assim, neste relatório começamos por apresentar uma breve contextualização dos contextos onde se desenrolou o Estágio Final e onde foi planeada e aplicada a IPM, pontoados com considerações de âmbito normativo e científico que se julgaram pertinentes à contextualização referida.

Tendo caracterizado os contextos referidos, apresentou-se de seguida as várias etapas da IPM, utilizando para isso a metodologia de trabalho de projeto (Ruivo et al., 2010), sendo descrito e fundamentado as várias etapas e as atividades que a concretizam, ancorados previamente numa breve fundamentação teórica sobre o tema da intervenção profissional, os conceitos centrais à mesma, bem como a ligação ao modelo teórico em que nos baseamos, o *Synergy Model for Patient Care* (AACN, s/d), que consideramos adequado e aplicável de forma clara ao percurso do estágio e à intervenção implementada, tendo como foco a pessoa em situação crítica. A elaboração

da IPM permitiu-nos trabalhar e aprofundar um tema, a passagem de turno, que influi de forma decisiva na segurança do doente, frequentemente desconsiderado e subvalorizado, propondo e aplicando a referida intervenção, baseado na evidência, numa área cuja a prática e os métodos utilizados são essencialmente empíricos, cuja aprendizagem se baseia quase exclusivamente na observação interpares, para uma prática justificada e alicerçada na evidência.

Com a IPM demonstrou-se a efetividade da ferramenta semiestruturada construída na prática clínica diária, constatando-se uma perceção elevada por parte da equipa de Enfermagem no que concerne à melhoria da organização, sistematização, eficiência, qualidade e satisfação com a passagem de turno de Enfermagem, após a utilização da ferramenta em questão, havendo concordância por parte da equipa da utilidade da mesma. A realização da IPM pretendeu ser uma mais-valia para o serviço, através da identificação de uma necessidade com influência comprovada na qualidade da prestação de cuidados e da segurança do doente, tornado essa lacuna numa oportunidade com potencial de melhoria. Assim, pretende-se seguir futuramente com a intervenção, recorrendo a outras metodologias e alargando as variáveis em estudo, de modo a uma melhoria contínua da transição de cuidados de saúde.

Na terceira e última parte, apresentamos a análise, reflexão, de forma fundamentada, concisa e necessariamente crítica, do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro especialista (OE, 2011b), as competências específicas do EEEPSC (OE, 2011a) e as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015). Estas foram abordadas de uma forma conjunta, quando assim se entendeu como adequado, face à transversalidade das competências associados ao grau e perfil de Mestre em Enfermagem em relação às competências do Enfermeiro especialista. Assim, procurou-se transmitir as atividades desenvolvidas durante o Estágio Final e os desafios que emergiram deste, procurando uma sinergia com a experiência profissional detida e o percurso pelas restantes UCs do ME, colocando em prática uma dinâmica de exercício profissional, que veiculasse a aquisição e desenvolvimento das competências referidas. Neste contexto, temos a clara noção da impossibilidade de transmitir por escrito todas as situações e momentos relevantes à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Deste modo, tendo em conta as competências de Mestre em Enfermagem descritas, bem como a descrição dos conteúdos e capacidades associadas ao grau de Mestre plasmadas no Decreto-lei n.º 63/2016 e as competências descritas presentes no

Regulamento do Funcionamento do Mestrado de Enfermagem, consideramos ter adquirido, caminhando para a conclusão deste 2º ciclo de estudos, conhecimentos e capacidades aprofundadas de cariz teórico-prático com aplicação na área da especialização, a habilidade para aplicar competências e conhecimentos adquiridos na resolução de problemas novos em situações novas, em contextos pluridisciplinares, com a integração e utilização de novos conhecimentos para a gestão e resolução de situações complexas, sendo necessariamente capaz de comunicar as conclusões e principalmente adquirir aptidões para uma aprendizagem contínua, de forma autónoma e norteada pelo próprio (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde, 2017; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016). De igual forma, consideram-se atingidos os objetivos definidos previamente na introdução do presente documento.

A gestão da disponibilidade para a realização da totalidade do estágio num serviço de referência relativamente distante do nosso contexto laboral foi, por nós considerado, a principal limitação inerente à UC do Estágio Final. Contudo, com os devidos ajustes e compreensão por parte dos Docentes Orientadores e da Enfermeira Coordenadora da UCIPG, conseguiu-se condensar a totalidade das horas de estágio no período já referido, tendo ficado a IPM pendente neste período. Outra limitação a apontar foi a possibilidade gorada de participar na equipa de resgate em ECMO, possibilidade que foi levantada pelo Enfermeiro Supervisor e acolhida pela Enfermeira Coordenadora da UCIPG, mas que, por motivos alheios, não foi possível a sua concretização, perdendo-se assim uma excelente oportunidade de aprendizagem. A realização da IPM no nosso contexto profissional reforçou a autonomia e fomentou a gestão do tempo, permitindo uma aplicação mais abrangente e com maior colaboração com os pares, encurtando o tempo da IPM pela identificação precoce da lacuna e necessidade do serviço. A oportunidade de realização do estágio num contexto, uma UCI de referência em termos internacionais, e a realização da IPM no nosso contexto laboral potenciou as possibilidades e os momentos de aprendizagem e acelerou a aquisição e o desenvolvimento de competências, sendo encarado por nós como uma oportunidade singular.

Face ao exposto ao longo deste relatório, temos a convicção de ter adquirido, desenvolvido e principalmente, colocado em prática as competências que se descrevem, com a mobilização constante de conhecimentos e capacidades com o conseqüente crescimento pessoal e profissional, para favorecer a excelência do exercício profissional e promover a contínua melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Releva-se que o presente documento, corolário do ME, representa um meio e não um fim em si, criando em nós a responsabilidade acrescida, que deriva do título de Enfermeiro

especialista e do grau de Mestre, de ser um vetor essencial e pugnando para a melhoria da praxis profissional nos contextos onde nos encontramos inseridos.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2012). *Relatório de Benchmarking | hospitais EPE e PPP*. Lisboa: Autor. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de http://www.utap.pt/Publicacoes_oficiais/Relat%C3%B3rio%20de%20benchmarking_2012.pdf.
- ACSS (2013). *Recomendações técnicas para Instalação de Unidade de Cuidados Intensivos*. Acedido em 3 de Novembro de 2017. Lisboa: Autor. Retirado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf.
- AHRQ (2014). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*. Acedido em 18 de Dezembro de 2017. Rockville: Autor. Retirado de <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>.
- American Association of Critical-Care Nurses (s\d). *The AACN Synergy Model for Patient Care*. Acedido em 27 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacnsynergymodelforpatientcare.pdf?la=en>.
- American College of Surgeons (2012). *Advanced Trauma Life Support® Student Course Manual* (9.ª ed.). Chicago: Autor.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington: Autor.
- Assembleia da República (2015). Lei n.º 80/2015 – Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149, 5311-5326. Acedido em 2 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/69927759>.
- Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde (2017). *Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem*. Acedido em 12 de Março de 2018. Retirado de <http://gdoc.uevora.pt/480463>.

- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J.,... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263 - 306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72.
- Becker, D., Kaplow, R., Muenzen, P. M. & Hartigan, C. (2006). Activities Performed by Acute and critical Care Advanced Practice Nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *American Journal of Critical Care*, 15(2), 130-148. Acedido em 27 de Fevereiro de 2018. Retirado de <http://ajcc.aacnjournals.org/content/15/2/130.full.pdf+html>.
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto, 2001.
- Blot, S., Poelaert, J. & Kollef, M. (2014). How to avoid microaspiration? A key element for the prevention of ventilator-associated pneumonia in intubated ICU patients. *BMC Infectious Diseases*. 14(119), 1-6. doi: 10.1186/1471-2334-14-119.
- Brain Trauma Foundation (2017). Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 4th Edition. *Neurosurgery*, 80(1), 6-15. doi: 10.1227/NEU.0000000000001432.
- Brewer, B., Wojner-Alexandrov, A., Triola, N., Pacini, C., Cline, M., Rust J., & Kerfoot, K. (2007). AACN Synergy model's characteristics of patients: Psychometric analyses in a tertiary care health system. *American Journal of Critical Care*, 16(2), 158-167. Acedido em 27 de Fevereiro de 2018. Acedido em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/2/158.full.pdf>.
- Calçada, Sílvia (2013). *Intervenção na Pessoa Idosa: A Dependência nos Autocuidados Deambular/Transferir-se*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Mestrado em Enfermagem Comunitária). Acedido em 13 de Março de 2017. Retirado de http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc_srfrcal%C3%A7ada.pdf.
- Carneiro, António (2008). Cuidados Intensivos e Cuidados Paliativos: A artificialização da vida. In Ana Carvalho (ed.), *Bioética e Vulnerabilidade* (pp.271-286). Coimbra: Edições Almedina.

- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE (2017). *Circular Informativa n.º 172/17 – Estatística do Movimento Assistencial – Janeiro a Junho 2017*. Acedido a 11 de Fevereiro de 2018. Retirado de http://intranet.chua.local/ficheirosDocumentos/__document.pdf?id=1519668016.
- Chang, S., Sevransky, J. & Martin, G. (2012). Protocols in the management of critical illness. *Critical Care*, 16(306), 1-6. doi <https://doi.org/10.1186/cc10578>.
- CHSJ, EPE (2013). *Plano Estratégico 2013-2015*. Porto: Autor. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado em http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/235/Plano_Estrat_gico.pdf.
- CHSJ, EPE (2016a). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde*. Porto: Autor. Acedido em 3 de Novembro de 2017. Retirado de http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/363/Relat_rio_Acesso_2016_CHSJ.pdf.
- CHSJ, EPE (2016b). *Relatório e Contas 2016*. Porto: CHSJ, EPE. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Porto: Autor. Acedido em http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/371/Relat_rio_Contas_2016.pdf.
- CHSJ, EPE (s/d). *Serviço de Medicina Intensiva*. Acedido em 3 de Novembro de 2017. Retirado de <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/216>.
- Collins, S., Mamykina, L., Jordan, D., Stein, D., Shine, A., Reyfman, P. & Kaufman, D. (2012). In search of common ground in handoff documentation in an Intensive Care Unit. *Journal of Biomedical Informatics*, 45(2), 307-315. doi: 10.1016/j.jbi.2011.11.007.
- Colvin, M., Eisen, L. & Gong, M. (2016). Improving the patient Handoff process in the Intensive Care Unit: Keys to Reduzing Errors and Improving Outcomes. *Seminars of Critical Care Medicine*, 37, 96-106. doi 10.1055/s-0035-1570351.
- Comissão Europeia (2005). *Luxembourg Declaration on Patient Safety*. Bruxelas: Autor. Acedido em 12 de Dezembro de 2017. Retirado de https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf.

- Comissão Europeia (2014). *Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care*. Bruxelas: Autor. Acedido em 14 de Janeiro de 2018. Retirado de http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy of Sciences. Acedido em 12 de Dezembro de 2017. Retirado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
- Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2016-2019 (2017). *Parecer conjunto n.º 01/2017: Atribuição de responsável de turno*. Acedido em 5 de Novembro de 2017. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf.
- Cook, D. & Rucker, G. (2014). Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine*, 370(26), 2506-2514. doi: 10.1056/NEJMra1208795.
- Cooke, C. & Curtis, J. (2009). Measure the impact of Patient Safety Programmes: The Value of Process and Outcomes Evaluation. In J. D. Chiche, R. Moreno, C. Putensen, & A. Rhodes (Eds.), *Patient Safety and Quality of care in Intensive Care Medicine* (pp. 505-516). Berlin: MvV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Ohg.
- Costa, A (2014). *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Acedido 11 de Março de 2017 <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/Relatorio%20Estagio%2B Apendices%20-%20vers%C3%A3o%20grava%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Cunha, P., Moreira, M. & Silva, P. (2003). Estilos de Gestão de conflito nas organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos. *Recursos Humanos*, 29, 42-52.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Autor. Acedido em 22 de Fevereiro de 2018. Retirado

de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde*. Acedido em 15 de Fevereiro de 2018. Lisboa: Autor. Retirado de http://www.ulsm.min-saude.pt/RecursosUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em 12 de Janeiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Lisboa: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Guia geral para a elaboração de um plano de emergência das Unidades de Saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em 15 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Lisboa: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos*. Lisboa: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ppcira-orientacoes-programaticas-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma 013/2014 – Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde – Atualização em 07/08/2015*. Lisboa: Autor. Acedido em 11 de

Novembro de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2017a) "*Feixe de Intervenções*" de *Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: Autor. Acedido em 7 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2017b). "*Feixe de Intervenções*" de *Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa: Autor. Acedido a 16 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2017c). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em 15 de Março de 2017. Retirado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2018). *Norma 005/2018- Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Lisboa: Autor. Acedido em 20 de Fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/02/20/norma-dgs-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais-2/>.

Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa: Autor. Acedido em 3 de Novembro de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

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. doi: [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36010-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36010-7).

- Emlet, L., Al-Khafaji, A., Kim, Y., Venkataraman, R., Rogers, P. & Angus, D. (2012). Trial of shift scheduling with standardized sign-out to improve continuity of care in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 40(12), 3129-3134. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182657b5d.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2014). *Normas de Publicação*. Coimbra: Autor. Acedido em 1 de Dezembro de 2018. Retirado de <https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?process=download&id=107008&code=c0419c16c9e26318146900a7b45c746f463491ea>.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2016. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)*. Estocolmo: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AMR-surveillance-Europe-2016.pdf>.
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2017). *Curso prático de Debriefing*. Porto: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_view?pv_ano_lectivo=2017&pv_curso_id=14161&pv_origem=CAND&pv_tipo_cur_sigla=UFC
- Faria, R. & Moreno, R. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnóstica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137-147. doi: 10.5935/0103-507X.20130025.
- Ferrara, J. Terzoni, S., Davi, S., Bisesti, A. & Destrebecq, A. (2017). A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882-888. doi: 10.12968/bjon.2017.26.15.882.
- Ferreira, J. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Flin, R., Patey, R., Glavin, R. & Maran, N. (2010). Anaesthetists' non-technical skills. *British Journal Anaesthesia*, 105(1), 38-44. doi: 10.1093/bja/aeq134.
- Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., Pileggi, C. & Pavia, M. (2012). Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians.

International Journal for Quality in Health Care, 24(3), 258-265. doi: 10.1093/intqhc/mzs014.

Fonseca, R. (2012). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Acedido em 13 de Março de 2017. Retirado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24660&code=170>

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.

Frias, Nuno (2014). *Avaliação do grau de satisfação do doente submetido a cirurgia cardíaca: a influência dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Gestão em Enfermagem). Acedido em 20 de Janeiro de 2018. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16280/1/TESE%20DE%20MESTRADO%20EM%20ENFERMAGEM%20-%20SATISFA%20C3%87%20C3%83O%20DO%20DOENTE.pdf>.

Gabinete do Secretário Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553. Acedido em 2 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/despacho-n-56132015--ministerio-da-saude--aprova-a-estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020-pdf.aspx>.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2016). Despacho 5911-B/2016. *Diário da República* 2.ª Série. N.º 85, 14126. Acedido em 4 de Novembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/74328049>.

Gama, Maria (2013). *O Luto Profissional dos Enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa (Doutoramento em Enfermagem). Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de

https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13973/1/Tese%20doutoramento_Georgeana%20Gama.pdf.

Gordon, Morris (2013). Building a theoretically grounded model to support the design of effective non-technical skills training in healthcare: The SECTORS model. *Journal of Contemporary Medical Education*, 1(2), 77-82. doi: 10.5455/jcme.20121217125557.

Graan, S., Botti, M., Wood, B., Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac Ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, 29 (3), 165-171 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2015.09.002>.

Grupo de Avaliação da Dor – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido a 22 de Fevereiro de 2018. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf

Hardin, S. & Hussey, L. (2003). AACN Synergy Model for Patient Care - Case Study of a CHF Patient. *Critical Care Nurse*, 23(1), 73-76. Acedido em 27 de Fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.aacn.org/WD/Certifications/Docs/synergyfeb03.pdf>

Hillman, K. & Chen, J. (2016). Rapid response teams for the critically ill. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni & M., Singer, M. (Eds). *Oxford Textbook of Critical Care* (2ª ed.) (pp. 68-70). Oxford: Oxford University Press.

Holly, C & Poletick, E. (2014). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2387-2395. doi: 10.1111/jocn.12365.

Hua, f., Worthington, H., Furness, S., Zhang, Q. & Li, C. (2016). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10, Art. No.: CD008367. doi: 10.1002/14651858.CD008367.pub3

ICN (2000). *Gestão de enfermagem e dos serviços de saúde*. Geneva: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_

TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf

ICN (2011). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Genebra: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INE (2011). *Censos 2011 – Resultados Definitivos Algarve*. Lisboa: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156658355&att_display=n&att_download=y

INE (2011). *Censos 2011*. Lisboa: Autor. Acedido em 5 de Novembro de 2017. Retirado de www.censos.ine.pt

INE (2013). *Região Algarve em Números*. Lisboa: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=225362113&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situação de Exceção*. Lisboa: Autor.

Jandoc, R., Burden, A., Mamdani, M., Levesque, L., & Cadarette, S. (2015). Interrupted time series analysis in drug utilization research is increasing: Systematic review and recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68, 950–956. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.12.018.

Jones, D. & Bellomo R. (2015). Rapid Response Teams. In J. Hall, G. Schmidt & J. Kress, (Eds). *Principles of Critical Care* (4ª ed.) (pp. 77-83). Nova Iorque: Mc Graw-Hill.

Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer. Terapia com doentes em fase terminal* (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

- Lane-Fall M.; Beidas R.; Pascual J.; Collard M.; Peifer H., Chavez, T.,...Barg, F. (2014). Handoffs and transitions in critical care: protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. *BMC Surgery*, 14(96). doi:10.1186/1471-2482-14-96.
- Macedo, Rui (2017). *Nursing Activities Score, NAS: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Saúde de Viseu (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Acedido em 19 de Novembro de 2018. Retirado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>.
- Mao, Z., Gao, L., Wang, G., Liu, C., Zhao, Y., Gu, W.,...Zhou, F. (2016). Subglottic secretion suction for preventing ventilator-associated pneumonia: an updated meta-analysis and trial sequential analysis. *Critical Care*, 20, 353. doi: 10.1186/s13054-016-1527-7.
- Marik, Paul (2015). *Evidence-Based Critical Care* (3.^a ed.). Londres: Springer International Publishing.
- Marques, R.; Silva, M. & Maia, F. (2009). Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. 17(1), 91-95. Acedido em 12 de Março de 2017. Retirado de <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a016.pdf>.
- Mazer, J. & Levy, M. (2016). Policies, bundles, and protocols in critical care. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni & M., Singer, M. (Eds). *Oxford Textbook of Critical Care* (2^a ed.) (pp. 132-134). Oxford: Oxford University Press.
- Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016.
- Meleis, Afaf (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Meleis, Afaf (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5.ª ed.). Filadélfia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Administração Interna (2013). Decreto-lei n.º 72/2013. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 105, 3190-3199. Acedido em 2 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/05/10500/0319003199.pdf>.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-lei n.º 63/2016: Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 176, 3159-3191. Acedido em 2 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/75319373>

Ministério da Educação e Ciência (2013). Decreto-lei n.º 115/2013. *Diário da República*, 1.ª Série. n.º 151, 4749-4772. Acedido em 21 de Dezembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

Ministério da Saúde (2009) Despacho n.º 14223/2009 - Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde. *Diário da República*, 2.ª Série. n.º 120, 24667-24669. Acedido em 21 de Janeiro de 2018. Retirado de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf>.

Ministério da Saúde (2011). Decreto-lei n.º 30/2011. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 43, 1274-1277. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/278792>.

Ministério da Saúde (2013). Decreto-lei n.º 69/2013. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 223, 30247-30254. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/260989>.

Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 153, 20673-20678. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/55606657>.

Ministério da Saúde (2015a). *Avaliação nacional da situação das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp->

content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf.

Ministério da Saúde (2015b). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 28, 3882 (2)-3882 (10).

Monsieurs, K., Nolan, J., Bossaert, L., Greif, R., Maconochie, I., Nikolaou, N.,...Zideman, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, 1-80. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.038.

Moon, T., Gonzales, M., Woods, A. & Fox, P. (2016). Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundled intervention. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21, 5-12. doi: 10.1016/j.jclinane.2016.01.001.

Moreno, R. & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 23(6), 640-644.

Morton, P. & Fontaine D. (2013). *Essentials of critical care nursing: a holistic approach*. Filadélfia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Muscudere, J., Sinuff, T., Heyland, D., Dodek, P., Keenan, S., Wood, G.,...Klompas, M. (2013). The clinical impact and preventability of ventilator-associated conditions in critically ill patients who are mechanically ventilated. *Chest*. 144(5), 1453-1460. doi: 10.1378/chest.13-0853.

Nasarwanji, M., Badir, A. & Gurses, A. (2016). Standardizing Handoff Communication: Content Analysis of 27 Handoff Mnemonics. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(3), 238-244. doi: 10.1097/NCQ.000000000000174.

Nobre, Joana (2012). *Relatório de estágio de intervenção comunitária*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (1.º Curso de Mestrado em Enfermagem). Acedido em 14 de Março de 2017. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6448/1/ESSTFC445.pdf>.

Ntieku, Kaim (2014). *O impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Autónoma de Lisboa (Mestrado em Gestão de Empresas). Acedido em 26 de Janeiro de 2018. Retirado de http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1862/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20KAIM%20FINAL%2003_04_2015.pdf.

Nunes, Lucília (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.

Nunes, Lucília (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Acedido em 21 de Janeiro de 2018. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.

O'Rourke, J., Abraham, J., Riesenber, L., Matson, J. & Lopez, K. (2018). A Delphi study to identify the core Components of Nurse to Nurse Handoff. *Journal of Advanced Nursing*, 1-42. Publicação online prévia. doi: 10.1111/jan.13565.

Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Autor. Acedido em 21 de Dezembro de 2017. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/aenfermagem/documents/repe.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Autor. Acedido em 10 de Novembro de 2017. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro - Dos Comentários à análise de casos*. Lisboa: Autor. Acedido em 17 de Janeiro de 2018. Retirado de http://www.ordemEnfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Autor. Acedido em 22 de Fevereiro de 2018. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2011a) Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35, 8656-8657. Acedido em 12 de Maio de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35, 8648-8653. Acedido em 12 de Maio de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Conselho de Enfermagem: Parecer n.º 31/2011-Enfermeiros nas equipas de acreditação e certificação de unidades de saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em 10 de Fevereiro de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31_2011CE_Enfermeirosnasequipasacreditacao_unidadessaude.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Autor. Acedido em 10 de Novembro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 223, 30247-30254. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Autor. Acedido em 26 de Novembro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica*. Lisboa: Autor. Acedido em 10 de Novembro de 2017. Retirado de

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Autor. Acedido em 13 de Janeiro de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Ordem dos Médicos (2003). *Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva*. Lisboa: Ordem do Médicos. Acedido em 4 de Novembro de 2017. Retirado de <http://ebicm.esicm.org/assets/Upload/National-documents/Portugal/Documento-sub-especialidade-20030713.pdf>.

Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Livreiro da Ordem dos Médicos.

Organização Mundial da Saúde (2004). *World Alliance for Patient Safety*. Genebra: Autor. Acedido em 13 de Dezembro de 2017. Retirado de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.

Organização Mundial da Saúde (2009). *Glove Use Information Leaflet*. Genebra: Autor. Acedido em 11 de Novembro de 2017. Retirado de http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf.

Organização Mundial da Saúde (2009). *Humans factors in patient safety: Review of topics and tools*. Genebra: Autor.

Organização Mundial de Saúde (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Genebra: Autor. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf.

Padilha, K., Stafseth, S., Solms, D., Hoogendoorn, M., Monge, F., Goma, O.,... Miranda, D., (2015). Nursing Activities Score: an update guideline for its application in the Intensive Care Unit. *Revista Escola Enfermagem USP*, 49(Esp), 131-137. doi: 10.1590/S0080-623420150000700019.

- Padilha, K.; Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz., D., Vattimo, M., Kimura, M., ... Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para a sua aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39(2), 229-233. doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>.
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F.,...Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pereira, Filipe (2004). Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 13, 13-21. Acedido em 20 de Janeiro de 2018. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf.
- Pereira, M. (2008) – *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão de Luto*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Pronovost, A. & Rubenfeld, G. (2009). Quality in critical care. In J. D. Chiche, R. Moreno, C. Putensen, & A. Rhodes (Eds.), *Patient safety and quality of care in intensive care medicine* (pp. 127-137). Berlin: Mww Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Ohg.
- Rahim, M. & Magner, N. (1995) – Confirmatory Factor Analysis of the Styles of Handling Interpersonal Conflict: First-Order Factor Model and its Invariance Across Groups. *Journal of Applied Psychology*, 80(1), 122-132.
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. & Engstrom, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 21(4), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268.
- Rego, Carla (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. Dissertação de Mestrado não publicada.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem). Acedido em 26 de Janeiro de 2018. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf

Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet., B., Metnitz. & Moreno, R. (2012). The variability of critical care bed numbers on Europe. *Intensive Care Medicine*, 38(10), 1647-1653. doi 10.1007/s00134-012-2627-8.

Ruivo, A., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15 (Janeiro-Março 2010). Acedido em 13 de Março de 2017. Retirado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Sakr, Y., Moreira, C., Rhodes, A., Ferguson, N., Kleinpell, R., Pickkers, P.,... Vicent, J. (2015). The Impact of Hospital and ICU Organizational Factors on Outcome in Critically Ill Patients: Results From the Extended Prevalence of Infection in Intensive Care Study. *Critical Care Medicine*, 43(3), 519-526. doi: 10.1097/CCM.0000000000000754.

Santos, Maria (2014). *Perceção dos Enfermeiros Sobre Os Líderes em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Aveiro (Mestrado em Administração e Gestão Pública). Acedido em 26 de Janeiro de 2018. Retirado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/14270/1/Perce%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Enfermeiros%20sobre%20os%20L%C3%ADderes%20em%20Enfermagem.pdf>.

Serviços Nacional de Saúde (2016). *Rede de Referência em Medicina Intensiva*. Acedido em 3 de Novembro de 2017. Lisboa: Autor. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Smeulers, M., Dolman, C., Atema, D., Dieren, S., Maskant, J. & Vermeulen, H. (2016). Safe and effective nursing shift handover with NURSEPASS- An interrupted time series. *Applied Nursing Research*, 32, 199-205. doi:10.1016/j.apnr.2016.07.010.

Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes., F. & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000

and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(48), 1-9. doi <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>.

Starmer, A.; Spector, N.; Srivastava, R.; West, D.; Rosenbluth, G., Allen, A., Noble, E.,...Landrigan, C. (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*, 371(19), 1803-1812. doi: 10.1056/NEJMsa1405556.

Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática*, (4ª ed.) Loures: Lusociência.

The Joint Commission (s/d). *International Patient Safety Goals*. Chicago: Autor. Acedido em 15 de Janeiro de 2017. Retirado de <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>.

Thompson, D., Hamilton, D., Cadenhed, C., Swoboda, S., Schwindel, S., Anderson, D., ... Peterson, C. (2012). Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine*, 40(5), 1586-1600. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182413bb2.

Thompson, J., Collet, L., Langbart, M., Purcell, N., Boyd, S., Yuminaga, Y.,... McCormack, A. (2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027), 340-344. doi: 10.1136/pgmj.2010.105569.

Tojal, Margarida (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174&code=634>.

Tranquada, M. F. (2013). *a Comunicação Durante a Transição Das Equipas*. Dissertação de Mestrado não Publicada. ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em 13 de Janeiro de 2018. Retirado de [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE - COMUNICA%C3%87%C3%83O NAS PASSAGENS DE TURNO.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/TESE%20-%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NAS%20PASSAGENS%20DE%20TURNO.pdf).

- Universidade de Évora (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Acedido em 21 de Janeiro de 2018. Retirado de http://www2.ippportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf.
- Universidade de Évora (2016). Aviso 5622/2016. *Diário da República*, 2.^a Série, n.º 84, 8648-8653. Acedido em 12 de Maio de 2017. Acedido em 12 de Fevereiro de 2018. Retirado de http://siiue.uevora.pt/files/diario_republica/136969.
- Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575-1587. doi 10.1007/s00134-011-2300-7.
- Vicent, J., Rello, J. & Marshall, J, Silva, E., Anzueto, A., Martin, C.,...Reinhart, K. (2009). International Study of the Prevalence and Outcomes of Infection in Intensive Care Units. *The Journal of the American Association*, 302(21), 2323-2329. doi:10.1001/jama.2009.1754.
- Vincent, J. & Moreno, R. (2010). Clinical Review: Scoring systems in the critically ill. *Critical Care*, 14(2), 1-9. doi: 10.1186/cc8204.
- Vincent, J., Abraham, E., Moore, F., Kochanek, P. & Fink, M. (2017). *Textbook of Critical Care* (7^a ed.). Filadélfia: Elsevier.
- Vincent, J., Shehabi, Y. , Walsh, T., Pandharipande, P., Ball, J. , Spronk, P.,...Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962-971. doi: 10.1007/s00134-016-4297-4.
- Westrope, C. & Peek, G. (2016). Extracorporeal respiratory and cardiac support techniques in the ICU. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni & M. Singer (Eds). *Oxford Textbook of Critical Care* (2^a ed.) (pp. 535-539). Oxford: Oxford University Press.
- Yang, Jian-Gua & Zhang, Jun (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (7-8), 1062-1072. doi: 10.1111/jocn.13115.

Zhang, Q., Li, Y., Mao, X., Zhang, L., Ying, Q., Wei, Q.,...Zhang, M. (2012). Patients for patient safety in China: a cross sectional study. *Journal of Evidenced-Based Medicine*, 5(1), 6-11. doi: 10.1111/j.1756-5391.2012.01164.x.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – PROPOSTA DE RELATÓRIO DE
ESTÁGIO – MODELO T-005**



Serviços Académicos

Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado
**PROPOSTA DE PROJETO DE
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

**MODELO
T-005**

Ano Letivo:
2017 / 2018

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

Aprovado Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Luís Carlos Amaral Santos Leite Número: 36799

Curso: Mestrado em Enfermagem

Especialidade: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 914478651 E-mail: luissantosleite@gmail.com

5. PROPOSTA

Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem

Título em Inglês:

Critical patient safety: transition of care in the nursing handover

[ENVIAR EM PRESENTE E VÍDEO]

Modelo T-005 (2018)

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de Investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicitação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos de Investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação) Nome: <u>Maria do Céu Mendes Pinto Marques</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora</u> N.º Identificação Civil: <u>06977330</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: <u>965656710</u> E-mail: <u>mcmarques@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2658-3550</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____				
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): <u>Ciências da Saúde</u> ▼ Palavras-chave (5 palavras): <u>Transição de Cuidados; Segurança; Comunicação; Enfermeiros; Doente Crítico</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA <u>Segurança do doente e a padronização da transição de cuidados de saúde na passagem de turno de Enfermagem</u>				
12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA <u>Em anexo.</u>				
13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)				
14. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra e preparação de Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento condizente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP. Data _____ Assinatura _____			
16. RESERVADO AOS SERVIÇOS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Receção <small>(Data e Assinatura)</small></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Registo <small>(Data e Assinatura)</small></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Observações:</td> </tr> </table>		Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:		

RESUMO

Num contexto de uma progressiva preocupação com a temática da segurança do doente, como é patente nas recomendações das organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde e União Europeia por exemplo), sendo considerada um grave problema de saúde pública, é essencial a investigação e o estudo desta problemática e das suas áreas afins. Estas preocupações encontram-se plasmadas para a realidade portuguesa no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 onde se encontram definidos objetivos estratégicos, as ações que os concretizam e as metas a atingir. Releva-se o facto que, segundo o último estudo da Direção-Geral da Saúde (DGS) acerca avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais, conclui-se que a cultura de segurança não é assumida como uma prioridade, tanto pelos profissionais como pelas instituições (DGS, 2015).

Um dos objetivos estratégicos do referido plano centra-se no aumentar da segurança da comunicação que vai de encontro à meta internacional gizada pelo OMS. Esta área especifica tem ganho relevância, face à importância que lhe foi conferida pelo crescente corpo de evidência científica disponível. Deste modo, uma comunicação ineficaz e ineficiente leva a erros com consequentes eventos adversos (Riesenberg et al, 2010) sendo atualmente aceite que as falhas de comunicação e transmissão de informação são das principais causas para os eventos adversos em saúde. Cerca de 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde, onde emergem os momentos de transição de cuidados ao doente com momentos especialmente vulneráveis (Hochman et al., 2015; DGS, 2017). A melhoria da transição de cuidados de saúde (*handoff* ou *handover*), tem sido uma área de crescente interesse, sendo que a normalização e padronização da comunicação na transição de cuidados de saúde é tida como uma das formas de a melhorar (Starmer et al., 2015, Lane-Fall et al., 2014). Neste contexto a Direção Geral da Saúde emitiu norma recente (001/2017) onde é mandatário o uso de uma forma de comunicação normalizada, utilizando a técnica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*).

Deste modo, uma vez que os Enfermeiros são os profissionais mais próximos e presentes durante o internamento dos doentes, sendo que os dados e informação clínica fiável é imprescindível para, como refere a Ordem dos Enfermeiros no preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a prestação de "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (2011, p. 8656).

Face ao exposto considera-se atual e relevante a presente proposta de projeto que se submete à apreciação. Assim o tema que proponho trabalhar é a segurança do doente, mais especificamente a transição de cuidados de saúde na passagem de turno de Enfermagem.

PLANO**Objetivo**

Introduzir uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Faro

Local

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Faro

População-alvo

Equipa de Enfermagem do contexto clínico acima citado.

Metodologia

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde;
- Realização de um ou mais momento(s) formativo(s) à equipa de Enfermagem onde será requerida informação para a construção de um instrumento semiestruturado da passagem de turno, segundo a mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*);
- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, aos observados utilizando para isso o instrumento semiestruturado da passagem de turno.

Avaliação e controlo

- Questionário como ferramenta diagnóstica dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente;
- Observação direta com preenchimento de uma checklist contruída para o efeito, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados;
- Questionário de avaliação da sessão de formação e do(s) formador(es).

Resultados

Os resultados obtidos serão sujeitos a procedimentos de análise descritiva.

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde (2017). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Acedido em 15 de Março de 2017 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Hochman, M.; Barry, M.; Lane-Fall, M.; Allen, S.; Holena, D.; Smith, B. et al (2015). Handoffs in the Intensive Care Unit: Are Off Hours a Vulnerable Time?. *American Journal of Medical Quality*. 32(2): 186-193.
- Lane-Fall M.; Beidas R.; Pascual J.; Collard M.; Peifer H. et al (2014). Handoffs and transitions in critical care: protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. *BMC Surgery*. 14(96).
- Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 28 (10-02-2015), 3882(2)-3882 (10).
- Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35 (18-02-2011), 8656-8657.
- Riesenberg L.; Leitzsch J. & Cunningham J. (2010) Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *The American Journal of Nursing*. 110(4):24-34.
- Starmer, A.; Spector, N.; Srivastava, R.; West, D.; Rosenbluth, G. et al (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*. 371(19):1803-1812.

Fases	Atividades	2017				2018		
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf. ^a Chefe do Serviço							
	Identificação da Necessidade							
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (SWOT)							
	Construção de Questionário							
	Aplicação de Questionário							
	Definição de Objetivo Geral							
Planificação/Planeamento	Pesquisa Bibliográfica							
	Definição de Objetivos específicos							
	Construção do cronograma							
	Definição das atividades e estratégias a desenvolver							
Execução	Definição dos meios necessários							
	Preparação da sessão formativa							
	Momento formativo à equipa							
	Construção da checklist no momento formativo							
Avaliação	Criação de um dossier temático							
	Criação de um consentimento informado, livre e esclarecido							
	Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido							
	Observação do cumprimento da checklist construída							
Outros	Interpretação dos dados obtidos							
	Pedidos de autorização ao Conselho de Administração, Enf. ^a Chefe e Diretora de Serviço							
	Pedido de parecer e apreciação à comissão de ética da UE e comissão de ética do CHUA							
	Entrega da Proposta de projeto de Estágio							
	Redação do Relatório							
	Entrega do Relatório							

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO
DE SITUAÇÃO**

Introdução

No âmbito do Projeto de Intervenção Profissional "Segurança do Doente Crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de Enfermagem" o presente questionário tem como objetivo a aferição dos conhecimentos dos Enfermeiros da UCIP acerca da temática da segurança do doente e mais concretamente acerca da transição de cuidados em Enfermagem e dos documentos normativos à mesma. Assim, a sua participação é de sobre importância para um diagnóstico de situação correto e fiável objetivando uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica internada na UCIP.

Deste modo o questionário encontra-se dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em Saúde.

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos e o seu uso restringe-se ao contexto académico e de investigação associado a este projeto. Salienta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo e a sua submissão até dia 15 de Dezembro de 2017.

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Aceita participar voluntariamente neste questionário, após tomar conhecimento das informações supracitadas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Caracterização Sociodemográfica

Género			
Masculino		Feminino	

Idade (anos)							
20-30		31-40		41-50		> 50	

Caracterização Académica e Profissional

Grau Académico							
Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento	

Especialidade					
Sim				Não	
Se sim qual(ais)?					
Enfermagem Comunitária	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermagem de Reabilitação

Experiência Profissional (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Experiência em cuidados à pessoa em situação crítica (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Experiência em Cuidados intensivos (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Aferição de conhecimentos relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente

Já teve formação na área da Segurança do Doente?			
Sim		Não	

Conhece as metas Internacionais para a Segurança do Doente?			
Sim		Não	

Conhece o Plano Nacional Para Segurança dos Doentes 2015-2020?			
Sim		Não	

Conhece a Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?			
Sim		Não	

Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?			
Sim		Não	
Se sim, qual (ais)?			

APÊNDICE C – ANÁLISE SWOT

FACTORES POSITIVOS

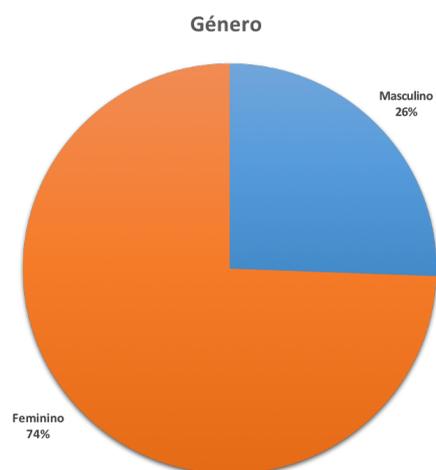
VERTEENTE INTERNA	Forças <ul style="list-style-type: none">• Equipa multidisciplinar motivada e receptiva para a segurança do doente e risco clínico• Estrutura organizacional flexível que permite a introdução de novos projetos• Ausência de normas ou protocolos acerca da transição de cuidados• Ausência de formação na área da segurança do doente• Melhoria na prestação de cuidados de saúde seguros• Ausência de Custos do Projeto	Oportunidades <ul style="list-style-type: none">• Cumprimento da Norma n.º 001/2017 da Direção Geral da Saúde.• Prosecução do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020• Melhoria da imagem do contexto clínico e da organização hospitalar	VERTEENTE EXTERNA
	Fraquezas <ul style="list-style-type: none">• Risco de desmotivação e não adesão da equipa• Recursos humanos de Enfermagem limitados• Rotatividade da equipa multidisciplinar• Formação a realizar fora do horário laboral	Ameaças <ul style="list-style-type: none">• Mudanças frequentes da estrutura organizacional do Centro Hospitalar e a consequente redefinição de objetivos• Limitação de recursos materiais disponíveis• Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas	

FACTORES NEGATIVOS

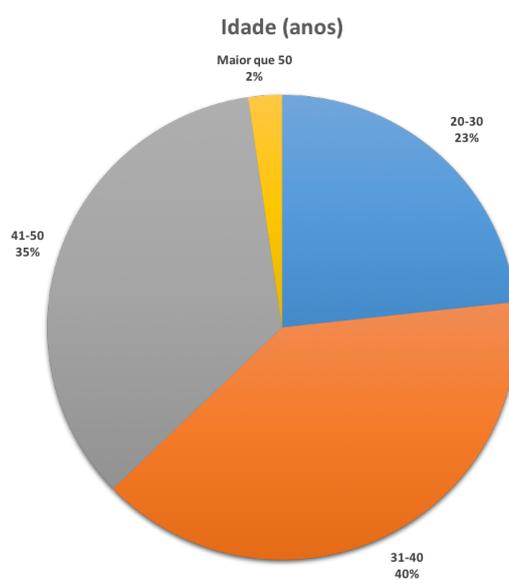
**APÊNDICE D – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO
DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Caracterização Sociodemográfica

Género			
Masculino	11	Feminino	32

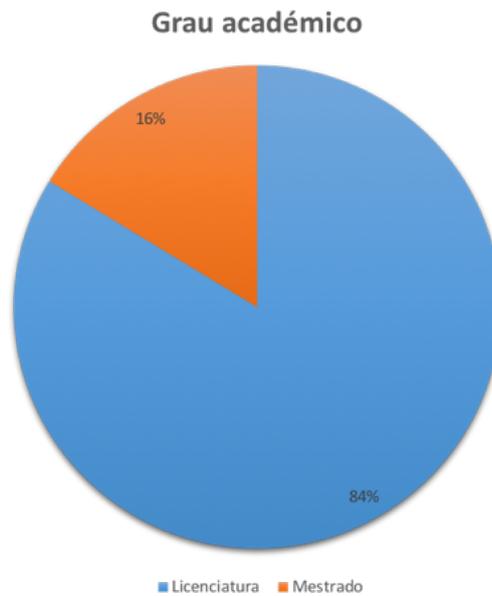


Idade (anos)							
20-30	10	31-40	17	41-50	15	> 50	1



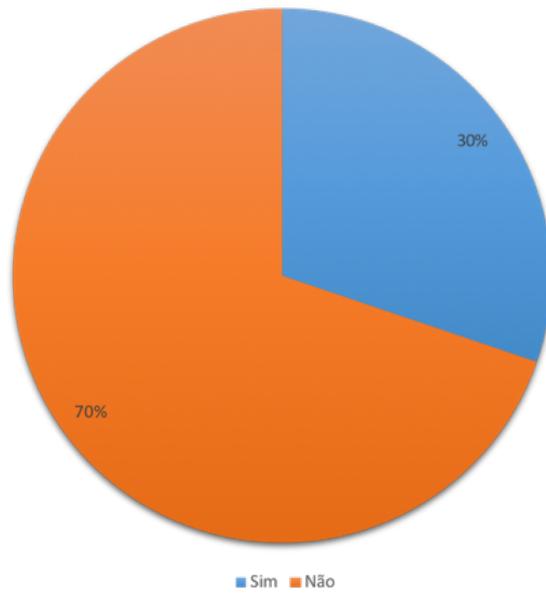
Caracterização Acadêmica e Profissional

Grau Acadêmico							
Bacharelato		Licenciatura	36	Mestrado	7	Doutoramento	

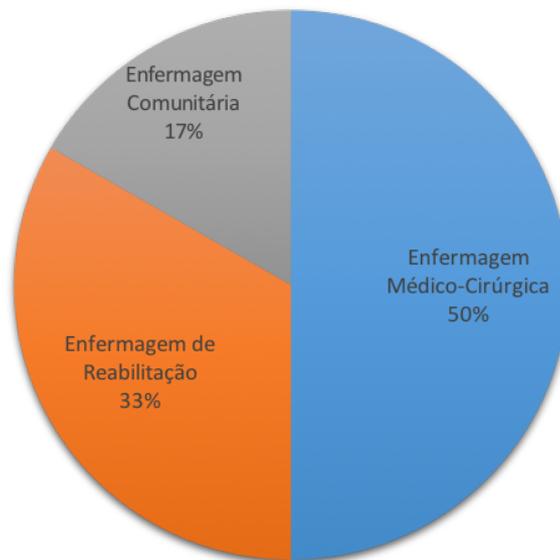


Especialidade						
Sim	13			Não	30	
Se sim, qual(ais)?						
Enfermagem Comunitária	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermagem de Reabilitação	
2	6				4	

Especialista

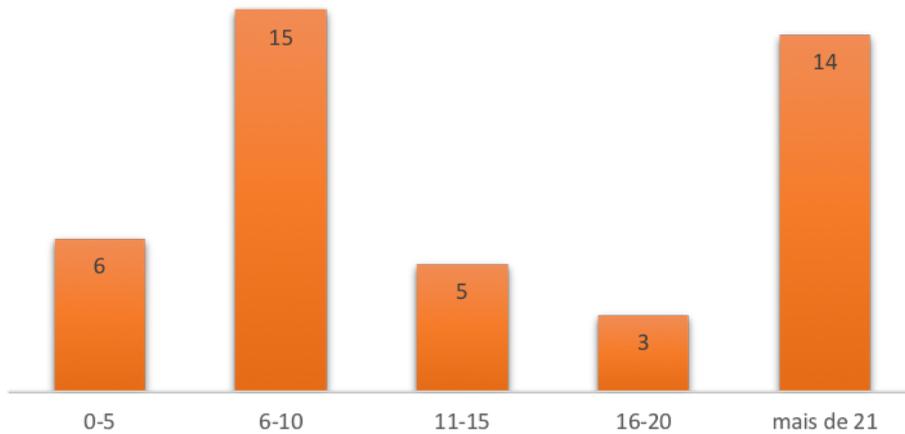


Qual?



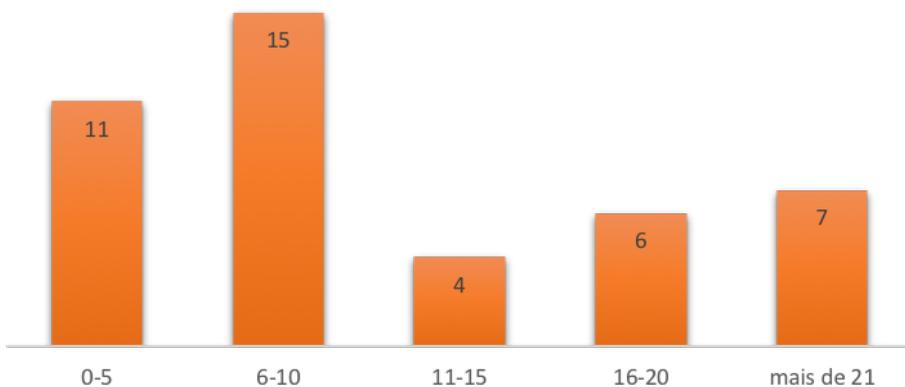
Experiência Profissional (anos)									
0-5	6	6-10	15	11-15	5	16-20	3	> 21	14

Experiência Profissional (anos)



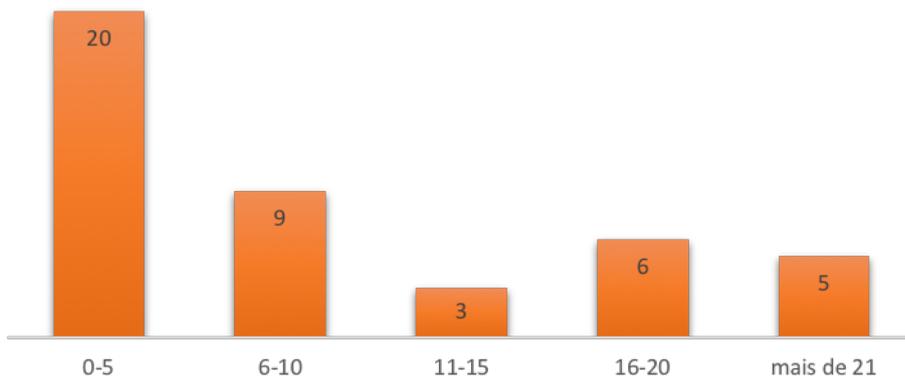
Experiência em cuidados à pessoa em situação crítica (anos)									
0-5	11	6-10	15	11-15	4	16-20	6	> 21	7

Experiência em cuidados à pessoa em situação crítica (anos)



Experiência em Cuidados intensivos (anos)									
0-5	20	6-10	9	11-15	3	16-20	6	> 21	5

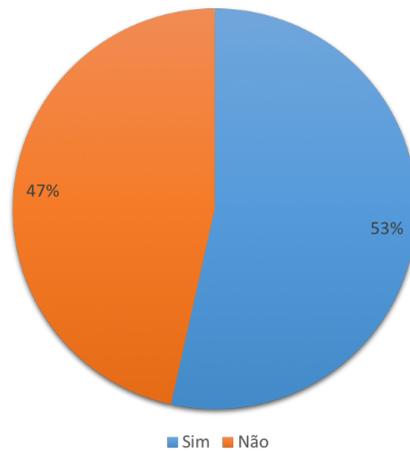
Experiência em Cuidados Intensivos (anos)



**Aferição de conhecimentos relativamente aos documentos
norteadores da temática da segurança do doente**

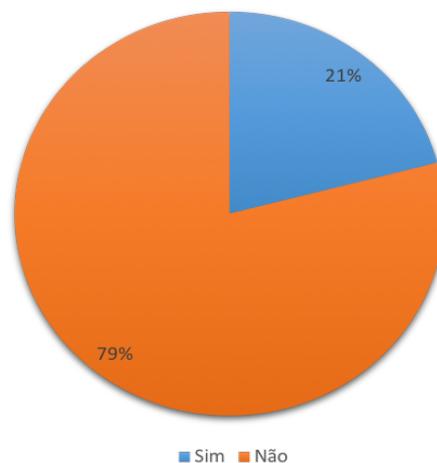
Já teve formação na área da Segurança do Doente?			
Sim	23	Não	20

Formação na área da segurança do doente?



Conhece as metas Internacionais para a Segurança do Doente?			
Sim	9	Não	34

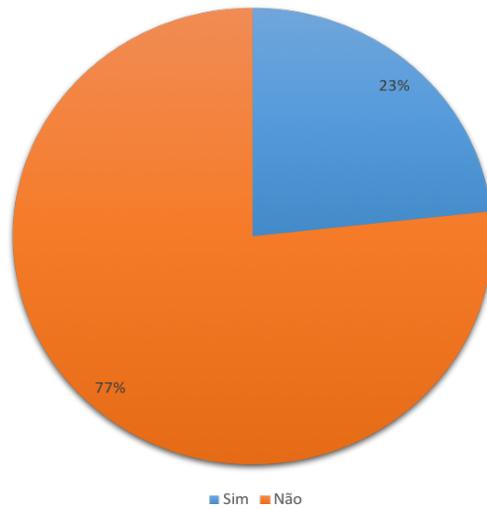
Conhece as metas Internacionais para a
Segurança do Doente?



Conhece o Plano Nacional Para Segurança dos Doentes 2015-2020?

Sim	10	Não	33
-----	----	-----	----

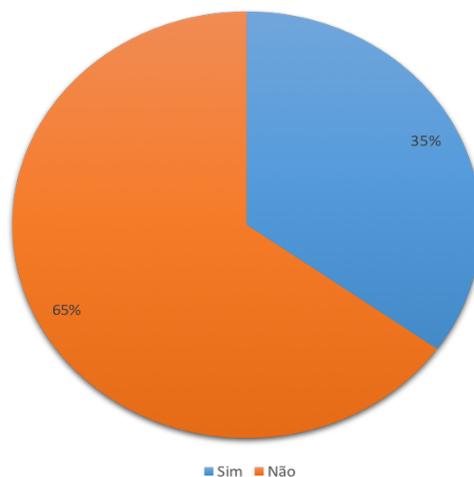
Conhece o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020?



Conhece a Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?

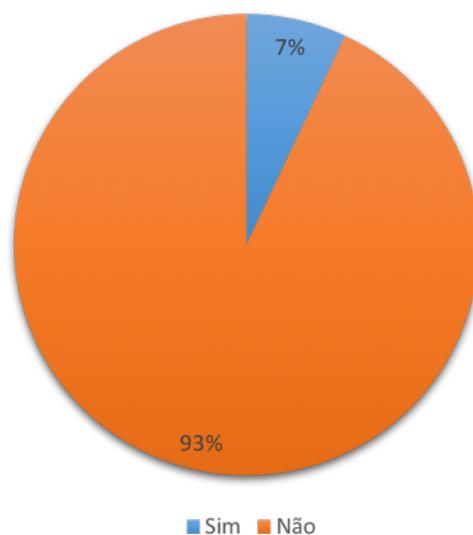
Sim	16	Não	28
-----	----	-----	----

Conhece a Norma Direção-Geral da Saúde 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde?



Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?			
Sim	3	Não	40
Se sim, qual (ais)?			
SBAR; ISABR; Passagem de turno			

Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de Saúde?



APÊNDICE E – CRONOGRAMA INICIAL

Fases	Atividades	2017				2018															
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março													
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf.ª Chefe do Serviço																				
	Identificação da Necessidade																				
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (SWOT)																				
	Construção de Questionário																				
	Aplicação de Questionário																				
	Definição de Objetivo Geral																				
Planificação/Planeamento	Pesquisa Bibliográfica																				
	Definição de Objetivos específicos																				
	Construção do cronograma																				
	Definição das atividades e estratégias a desenvolver																				
Execução	Definição dos meios necessários																				
	Preparação da sessão formativa																				
	Momento formativo à equipa																				
	Construção da checklist no momento formativo																				
Avaliação	Criação de um dossier temático																				
	Criação de um consentimento informado, livre e esclarecido																				
	Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido																				
	Observação do cumprimento da checklist construída																				
Outros	Interpretação dos dados obtidos																				
	Pedidos de autorização ao Conselho de Administração, Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço																				
	Pedido de parecer e apreciação à comissão de ética da UE e comissão de ética do CHUA																				
	Entrega da Proposta de projeto de Estágio																				
	Redação do Relatório																				
Entrega do Relatório																					

APÊNDICE F – CRONOGRAMA FINAL

Fases	Atividades	2017				2018		
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf. ^a Chefe do Serviço							
	Identificação da Necessidade							
	Aplicação de instrumento diagnóstico (SWOT)							
	Construção de Questionário							
	Aplicação de Questionário							
	Definição de Objetivo Geral							
	Pesquisa Bibliográfica							
Planificação/Planeamento	Definição de Objetivos específicos							
	Construção do cronograma							
	Definição das atividades e estratégias a desenvolver							
	Definição dos meios necessários							
Execução	Preparação da sessão formativa							
	Momento formativo à equipa							
	Construção da checklist no momento formativo							
Avaliação	Criação de um consentimento informado, livre e esclarecido							
	Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido							
	Observação do cumprimento da checklist construída							
	Aplicação do Questionário pós intervenção							
	Interpretação dos dados obtidos							
Outros	Pedidos de autorização ao Conselho de Administração, Enf. ^a Chefe e Diretora de Serviço							
	Pedido de parecer e apreciação à comissão de ética da UE e comissão de ética do CHUA							
	Entrega da Proposta de projeto de Estágio							
	Redação do Relatório							
	Entrega do Relatório							

APÊNDICE G – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

**Exma. Sra. Enfermeira Chefe
da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve**

Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, com o número mecanográfico 4627, a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 36799, no âmbito da Unidade Curricular do Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mas concretamente na área da transição de cuidados em saúde, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a introdução de uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem no SMI 1, focando a contribuição para a segurança, efetividade e eficiência da informação transmitida durante este ponto crítico de transferência de responsabilidade. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Dra Maria do Céu Marques, docente da Universidade de Évora.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde.

- Realização de um momento formativo à equipa de Enfermagem onde será construída uma ferramenta semiestruturada da passagem de turno pela equipa de Enfermagem, segundo a mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*).

- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados.

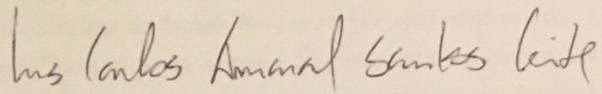
Releva-se que não se preveem custos acrescidos à entidade patronal bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico deste tipo, bem como se garante o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados colhidos e compromisso da divulgação dos dados obtidos pelo projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento.

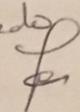
Atentamente

Faro, 3 de Outubro de 2017



Luís Carlos Amaral Santos Leite

3/09/17

De acordo


**Exma. Sra. Diretora do Serviço de Medicina Intensiva 1 do
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve**

Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, com o número mecanográfico 4627, a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 36799, no âmbito da Unidade Curricular do Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mas concretamente na área da transição de cuidados em saúde, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a introdução de uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem no SMI 1, focando a contribuição para a segurança, efetividade e eficiência da informação transmitida durante este ponto crítico de transferência de responsabilidade. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Dra Maria do Céu Marques, docente da Universidade de Évora.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde.

- Realização de um momento formativo à equipa de Enfermagem onde será construída uma ferramenta semiestruturada da passagem de turno pela equipa de Enfermagem, segundo a mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*).

- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados.

Releva-se que não se preveem custos acrescidos à entidade patronal bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico deste tipo, bem como se garante o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados colhidos e compromisso da divulgação dos dados obtidos pelo projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento.

Atentamente

Faro, 3 de Outubro de 2017

Luís Carlos Amaral Santos Leite

(Luís Carlos Amaral Santos Leite)

Nada a opôr

Luís Carlos

3/10/17

**Exma. Sra. Enfermeira Diretora
do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE**

Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, com o número mecanográfico 4627, a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 36799, no âmbito da Unidade Curricular do Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mas concretamente na área da transição de cuidados em saúde, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a introdução de uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem no SMI 1, focando a contribuição para a segurança, efetividade e eficiência da informação transmitida durante este ponto crítico de transferência de responsabilidade. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Dra Maria do Céu Marques, docente da Universidade de Évora.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde;
- Realização de um ou mais momento(s) formativo(s) à equipa de Enfermagem onde será requerida informação para a construção de um instrumento semiestruturado da passagem de turno pela equipa de Enfermagem, segundo a mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*);
- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados utilizando para isso o instrumento semiestruturado da passagem de turno.

Releva-se que não se preveem custos acrescidos à entidade patronal bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico deste tipo, bem como se garante o anonimato

das fontes e a confidencialidade dos dados colhidos e compromisso da divulgação dos dados obtidos pelo projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento.

Atentamente

Faro, 17 de Outubro de 2017

A handwritten signature in black ink, reading "Luís Carlos Amaral Santos Leite". The signature is written in a cursive, flowing style.

(Luís Carlos Amaral Santos Leite)

**Exma. Sra. Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE**

Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, com o número mecanográfico 4627, a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 36799, no âmbito da Unidade Curricular do Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional na área da segurança do doente, mas concretamente na área da transição de cuidados em saúde, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a introdução de uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem no SMI 1, focando a contribuição para a segurança, efetividade e eficiência da informação transmitida durante este ponto crítico de transferência de responsabilidade. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Dra Maria do Céu Marques, docente da Universidade de Évora.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde.

- Realização de um momento formativo à equipa de Enfermagem onde será construída uma ferramenta semiestruturada da passagem de turno pela equipa de Enfermagem, segundo a mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*).

- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados.

Releva-se que não se preveem custos acrescidos à entidade patronal bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico deste tipo, bem como se garante o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados colhidos e compromisso da divulgação dos dados obtidos pelo projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento.

Sem outro assunto, pede deferimento

Atentamente

Faro, 3 de Outubro de 2017

A handwritten signature in black ink, reading "Luís Carlos Amaral Santos Leite". The signature is written in a cursive, flowing style.

Luís Carlos Amaral Santos Leite

**APÊNDICE H – RESPOSTA DO PEDIDO DE
AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO
DE ADMINISTRAÇÃO DO
CHUA, EPE**



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

CENTRO DE FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E CONHECIMENTO

Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem

DECLARAÇÃO

Declara-se a 21.03.2018 que, Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, na qualidade de Mestrando da Especialização Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Évora, foi autorizado a 16.11.2017, no âmbito do Projecto de Investigação com o tema *Segurança do doente crítico: transição de cuidados na passagem de turno de Enfermagem – Projecto de intervenção profissional*, a desenvolver a recolha de dados no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, conforme projecto.

A Enfermeira Directora

Maria Filomena Martins



**APÊNDICE I – PEDIDOS DE PARECER À
COMISSÃO DE ÉTICA DO CHUA,
EPE**

**Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve**

Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, com o número mecanográfico 4627, a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco com o número de aluno 36799, no âmbito da Unidade Curricular do Estágio Final, vem por este meio solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética do CHUA para a realização de um projeto de intervenção profissional na área da segurança do doente, mas concretamente na área da transição de cuidados em saúde, a ser realizado no serviço de Medicina Intensiva 1, tendo como objetivo a introdução de uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem no SMI 1, focando a contribuição para a segurança, efetividade e eficiência da informação transmitida durante este ponto crítico de transferência de responsabilidade. Este projeto decorre sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques, docente da Universidade de Évora.

Sumariamente, o projeto referido prevê as seguintes atividades:

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde.

- Realização de um momento formativo à equipa de Enfermagem onde será construída uma ferramenta semiestruturada da passagem de turno pela equipa de Enfermagem, segundo a mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*).

- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados.

Releva-se que não se preveem custos acrescidos à entidade patronal bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço.

Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico deste tipo, bem como se garante o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados colhidos e compromisso da divulgação dos dados obtidos pelo projeto de intervenção profissional.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento.

Sem outro assunto, pede deferimento

Atentamente

Faro, 3 de Outubro de 2017

A handwritten signature in black ink, reading "Luís Carlos Amaral Santos Leite". The signature is written in a cursive, flowing style.

Luís Carlos Amaral Santos Leite

**APÊNDICE J – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO
DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO
CIENTÍFICA NAS ÁREAS DE
SAÚDE HUMANA E BEM-ESTAR
DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA**



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Luís Carlos Amaral Santos Leite
Email: m36799@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36799
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem

Nome dos investigadores:

Luís Carlos Amaral Santos Leite

Nível da Investigação:

Projeto de intervenção profissional integrado na Unidade Curricular do Estágio Final no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Não aplicável

Resumo / Abstract:

A segurança do doente tem sido uma das áreas de maior preocupação tendo merecido um amplo destaque das organizações internacionais face à sua importância. O aumento da segurança da comunicação emerge neste contexto como temática central. Os enfermeiros, profissionais essenciais na prestação de cuidados de saúde, têm um papel fundamental para o aumento da cultura da segurança dos doentes e da gestão do risco, motivo pelo qual é essencial conceber e estruturar projetos neste âmbito, e especialmente na segurança e eficiência da comunicação no contexto da prestação de cuidados de saúde, onde a transição de cuidados de saúde é comumente salientada como um momento vulnerável.

Fundamentação e pertinência do estudo:

Num contexto de uma progressiva preocupação com a temática da segurança do doente, como é patente nas recomendações das organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde e União Europeia por exemplo), sendo considerada um grave problema de saúde pública, é essencial a investigação e o estudo desta problemática e das suas áreas afins. Estas preocupações encontram-se plasmadas para a realidade portuguesa no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 onde se encontram definidos objetivos estratégicos, as ações que os concretizam e as metas a atingir. Releva-se o fato que, segundo o último estudo da Direção-Geral da Saúde (DGS) acerca avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais, conclui-se que a cultura de segurança não é assumida como uma prioridade, tanto pelos profissionais como pelas instituições (DGS, 2015).

Um dos objetivos estratégicos do referido plano centra-se no aumentar da segurança da comunicação que vai de



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Luís Carlos Amaral Santos Leite
Email: m36799@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36799
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

encontro à meta internacional gizada pelo OMS. Esta área especifica tem ganho relevância, face à importância que lhe foi conferida pelo crescente corpo de evidência científica disponível. Deste modo, uma comunicação ineficaz e ineficiente leva a erros com consequentes eventos adversos (Kitch et al., 2008; Riesenberget al, 2010) sendo atualmente aceite que as falhas de comunicação e transmissão de informação são das principais causas para os eventos adversos em saúde. Cerca de 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde, onde emergem os momentos de transição de cuidados ao doente com momentos especialmente vulneráveis (Hochman et al., 2015; DGS, 2017). A melhoria da transição de cuidados de saúde (handoff ou handover), tem sido uma área de crescente interesse, sendo que a normalização e padronização da comunicação na transição de cuidados de saúde é tida como uma das formas de a melhorar (Starmer et al., 2015, Lane-Fall et al., 2014). Neste contexto a Direção Geral da Saúde emitiu norma recente (Norma 001/2017) onde é mandatário o uso de uma forma de comunicação normalizada, utilizando a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation).

Deste modo, uma vez que os Enfermeiros são os profissionais mais próximos e presentes durante o internamento dos doentes, sendo que os dados e informação clínica fiável é imprescindível para, como refere a Ordem dos Enfermeiros no preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a prestação de "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (2011, p. 8656).

□Face ao exposto considera-se atual e relevante a presente proposta de projeto que se submete à apreciação. Assim o tema que proponho trabalhar é a segurança do doente, mais especificamente a transição de cuidados de saúde na passagem de turno de Enfermagem



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Luís Carlos Amaral Santos Leite
Email: m36799@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36799
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Objetivos:

Introduzir uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem num contexto clínico de especial complexidade.

Seleção da amostra:

Após a análise dos resultados do questionário de diagnóstico pretende-se uma amostra de, pelo menos, 30% dos Enfermeiros da equipa.

Procedimentos metodológicos:

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde;
- Realização de um ou mais momento(s) formativo(s) à equipa de Enfermagem onde será requerida informação para a construção de um instrumento semiestruturado da passagem de turno pela equipa de Enfermagem, segundo a mnemónica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation);
- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados utilizando para isso o instrumento semiestruturado da passagem de turno.

Instrumentos de avaliação:

- Questionário como ferramenta diagnóstica dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente;
- Observação direta com preenchimento de uma checklist contruída para o efeito, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados;
- Questionário de avaliação da sessão de formação e do(s) formador(es).

Como serão recolhidos os dados:

- Preenchimento dos questionários pelos Enfermeiros, preferencialmente on-line;



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Luís Carlos Amaral Santos Leite
Email: m36799@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36799
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

• Preenchimento da checklist mediante observação direta.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

O Preenchimento do questionário utilizado como meio diagnóstico de situação será realizado de forma anónima não contendo nenhum dado ou informação que possa identificar objetivamente quem o preenche.

A observação direta e preenchimento de uma checklist dessa observação não irá conter qualquer dado ou informação que possa identificar objetivamente o observado.

Garante-se a confidencialidade dados obtidos bem como a exclusiva utilização destes no projeto inserido no contexto académico descrito.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Tapia, N.; Fallon, S.; Brandt, M.; Scott, B. & Suliburk, J. (2012). Assessment and standardization of resident handoff practices: PACT Project. *Journal of Surgical Research*, 184 (2013), 71-77. doi: 10.1016/j.jss.2013.04.063

Holly, C., & Politick, E. (2013). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2387-2396, doi: 10.1111/jocn.12365

Colvin, M., Eisen, L. & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit: Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 37(1), 96-106. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1570351>

Starmer, A.; Spector, N.; Srivastava, R.; West, D.; Rosenbluth, G.; Allen, A., et al (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*. 371(19): 1803-1812. doi: 10.1056/NEJMsa1405556

Bakon, S.; Wirihana, L. & Craft, J. (2017). Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *International Journal of Nursing Practice*. 23(2): e12520. doi: 10.1111/ijn.12520

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Luís Carlos Amaral Santos Leite
Email: m36799@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36799
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

informações

Eu, Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, com o número mecanográfico 4627, a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco, venho por este meio solicitar a sua colaboração no projeto de intervenção profissional "Segurança do Doente Crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de Enfermagem", cujo o objetivo geral é a introdução de uma abordagem semiestruturada na passagem e turno de enfermagem na UCIP do CHUA-Faro, recorrendo, na fase de avaliação do projeto, à observação direta, momento para o qual a presente declaração de consentimento informado é necessária.

O aumento da segurança da comunicação é uma dos objetivos estratégicos definidos no âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, sendo a qualidade na transição de cuidados de saúde é um elemento central e imprescindível no aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição dos eventos adversos bem como da mortalidade (DGS, 2017), sendo estimado que cerca de 70% dos eventos adversos em saúde resultem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde, em momentos críticos como a transição de cuidados do doente (idem). Neste contexto, o presente projeto vê-se como atual e com especial relevo na área da segurança do doente. Assegura-se que neste projeto serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados e que estes serão apenas utilizados para o projeto em questão, não havendo para tal registo de dados de identificação.

Mais se informa da possibilidade de, a qualquer momento, a possibilidade da retirada deste consentimento e consequente retirada do estudo.

□

Declaração de participante:

- Declaro ter compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas quando por mim solicitadas;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) autorizo a minha participação neste projeto:

(localidade e data)

Nome:

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Luís Carlos Amaral Santos Leite
Email: m36799@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36799
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

informado e esclarecido:

Assinatura

**APÊNDICE K – RESPOSTA AOS PEDIDOS
REALIZADOS ÀS COMISSÕES
DE ÉTICA**



Documento	1	8	0	0	6
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Luís Sebastião, Prof. Doutor Fernando Capela e Silva e Professora Doutora Margarida Amoedo, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem*" do investigador **Luís Carlos Amaral Santos leite** (mestrando) e Prof.^o Doutora Maria do Céu Marques (responsável académica).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

 Emanuel Jose Martins Mourao <morao@chalgarve.min-saude.pt>

22/11/17 ☆



para Luis, Isabel ▾

Boa tarde Enf. Luis Leite,

Sim, na autorização do CA foi tida em consideração o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, que, e transcrevo o parecer, *deliberou não haver restrições de âmbito ético à prossecução do estudo: Segurança do doente crítico: transição de cuidados na passagem de turno de enfermagem – Projecto de intervenção profissional.*

Relativamente ao aceder do documento, pode sempre o fazer para consulta aqui no CFIC – Área de Enfermagem.

Ainda não temos um modelo de declaração, é um processo ainda em decisão de CA, devendo utilizar os e-mails trocados, indicando a autorização, para efeitos curriculares ou de teses.

Com os melhores cumprimentos, renovo a disponibilidade,

Emanuel Mourão.

Enfermeiro, CFIC – Área de Enfermagem da Unidade de Faro do CHUA, EPE.
289891147, ext.:11534; morao@chalgarve.min-saude.pt

**APÊNDICE L – DOCUMENTO DO PROJETO DE
INTERVENÇÃO PROFISSIONAL
APRESENTADO AO CENTRO DE
FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E
CONHECIMENTO DO CHUA, EPE**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Estágio Final

Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de Enfermagem

Projeto de intervenção profissional

Discente:

Luis Leite n.º 36799

Docente Orientador:

Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques

Faro

Outubro de 2017

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	CLXXIV
1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	CLXXV
2. METODOLOGIA.....	CLXXVI
2.1 OBJETIVO.....	CLXXVI
2.2 CONTEXTO CLÍNICO.....	CLXXVI
2.3 POPULAÇÃO-ALVO	CLXXVI
2.4 ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	CLXXVI
3. CRONOGRAMA	CLXXVII
BIBLIOGRAFIA.....	CLXXVIII
APÊNDICE 1. Questionário de Diagnóstico de Situação	CLXXIX
APÊNDICE 2. Modelo Explicativo da Técnica ISBAR	CLXXXIII
APÊNDICE 3. Cronograma Inicial Proposto.....	CLXXXV

NOTA INTRODUTÓRIA

A segurança do doente tem sido uma das áreas de maior preocupação tendo merecido um amplo destaque das organizações internacionais face à sua importância. O aumento da segurança da comunicação emerge neste contexto como temática central. Os enfermeiros, profissionais essenciais na prestação de cuidados de saúde, têm um papel fundamental para o aumento da cultura da segurança dos doentes e da gestão do risco, motivo pelo qual é essencial conceber e estruturar projetos neste âmbito, e especialmente na segurança e eficiência da comunicação no contexto da prestação de cuidados de saúde, onde a transição de cuidados de saúde é comumente salientada como um momento vulnerável.

O Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação, Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, que se realiza na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar de São João (UCIPG) afigura-se como um momento essencial, eminentemente prático e necessariamente reflexivo, na aquisição e desenvolvimentos das competências comuns e competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC). Concomitantemente, o projeto de intervenção profissional, inserido no mesmo âmbito, será realizado e implementado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E. (CHUA, EPE), o meu atual contexto laboral. Deste modo, serve o presente documento como parte integrante do processo de proposta do projeto em epígrafe a submeter ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento – Área de Enfermagem da Unidade de Faro do CHUA, EPE.

O presente documento segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referência da *American Psychological Association*, na sua edição mais recente.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Num contexto de uma progressiva preocupação com a temática da segurança do doente, como é patente nas recomendações das organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde e União Europeia por exemplo), sendo considerada um grave problema de saúde público, é essencial a investigação e o estudo desta problemática e das suas áreas afins. Estas preocupações encontram-se plasmadas para a realidade portuguesa no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 onde se encontram definidos objetivos estratégicos, as ações que os concretizam e as metas a atingir. Releva-se o facto que, segundo o último estudo da Direção-Geral da Saúde (DGS) acerca avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais, conclui-se que a cultura de segurança não é assumida como uma prioridade, tanto pelos profissionais como pelas instituições (DGS, 2015).

Um dos objetivos estratégicos do referido plano centra-se no aumentar da segurança da comunicação que vai de encontro à meta internacional gizada pelo OMS. Esta área específica tem ganho relevância, face à importância que lhe foi conferida pelo crescente corpo de evidência científica disponível. Deste modo, uma comunicação ineficaz e ineficiente leva a erros com consequentes eventos adversos (Kitch et al., 2008; Riesenber et al, 2010) sendo atualmente aceite que as falhas de comunicação e transmissão de informação são das principais causas para os eventos adversos em saúde. Cerca de 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde, onde emergem os momentos de transição de cuidados ao doente com momentos especialmente vulneráveis (Hochman et al., 2015; DGS, 2017). A melhoria da transição de cuidados de saúde (*handoff* ou *handover*), tem sido uma área de crescente interesse, sendo que a normalização e padronização da comunicação na transição de cuidados de saúde é tida como uma das formas de a melhorar (Starmer et al., 2015, Lane-Fall et al., 2014). Neste contexto a Direção Geral da Saúde emitiu norma recente (Norma 001/2017) onde é mandatário o uso de uma forma de comunicação normalizada, utilizando a técnica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*).

Deste modo, uma vez que os Enfermeiros são os profissionais mais próximos e presentes durante o internamento dos doentes, sendo que os dados e informação clínica fiável é imprescindível para, como refere a Ordem dos Enfermeiros no preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a prestação de "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as

funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (2011, p. 8656).

Face ao exposto considera-se atual e relevante a presente proposta de projeto que se submete à apreciação. Assim o tema que proponho trabalhar é a segurança do doente, mais especificamente a transição de cuidados de saúde na passagem de turno de Enfermagem.

2. METODOLOGIA

2.1 OBJETIVO

Introduzir uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem num contexto clínico de especial complexidade.

2.2 CONTEXTO CLÍNICO

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Faro

2.3 POPULAÇÃO-ALVO

Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Faro

2.4 ATIVIDADES A DESENVOLVER

Essencialmente o projeto em análise comporta três etapas:

- Aplicação, como diagnóstico de situação, de um questionário dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde (Apêndice 1);
- Realização de um ou mais momento(s) formativo(s) à equipa de Enfermagem onde será requerida informação para a construção de um instrumento semiestruturado da passagem de turno pela equipa de Enfermagem, segundo a mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*); Dado que se pretende a construção desta ferramenta pela

equipa coloca-se, a título de exemplo no Apêndice 2, o modelo explicativo da Direção-Geral da Saúde sobre a técnica ISBAR.

- A avaliação e controlo será realizada através da observação direta, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados utilizando para isso o instrumento semiestruturado da passagem de turno.

2.5. AVALIAÇÃO E CONTROLO

Estão previstos 3 momentos de avaliação e controlo, interligadas com a etapas descritas em epígrafe:

- Questionário como ferramenta diagnóstica dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente;
- Observação direta com preenchimento de uma checklist contruída para o efeito, após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido aos observados;
- Questionário de avaliação da sessão de formação e do(s) formadores (Apêndice 3).

3. CRONOGRAMA

O Cronograma inicial proposto encontra-se no Apêndice 4.

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de Saúde (2015). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Acedido em 15 de Março de 2017 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Hochman, M.; Barry, M.; Lane-Fall, M.; Allen, S.; Holena, D.; Smith, B. et al (2015). Handoffs in the Intensive Care Unit: Are Off Hours a Vulnerable Time?. *American Journal of Medical Quality*. 32(2): 186-193. doi: 10.1177/1062860615617238.

Kitch B.; Cooper J.; Zapol W.; et al. (2008). Handoffs causing patient harm: a survey of medical and surgical house staff. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 34(10):563–570.

Lane-Fall M.; Beidas R.; Pascual J.; Collard M.; Peifer H. et al (2014). Handoffs and transitions in critical care (HATRICC): protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. *BMC Surgery*. 14(96). doi: 10.1186/1471-2482-14-96.

Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020. *Diário da República 2.ª Série*. n.º 28 (10-02-2015), 3882(2)-3882 (10).

Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República 2.ª Série*. n.º 35 (18-02-2011), 8656-8657.

Riesenberg L.; Leitzsch J. & Cunningham J. (2010) Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *The American Journal of Nursing*. 110(4):24–34. doi:10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09

Starmer, A.; Spector, N.; Srivastava, R.; West, D.; Rosenbluth, G.; Allen, A., et al (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*. 371(19): 1803-1812. doi: 10.1056/NEJMs1405556

APÊNDICE 1. Questionário de Diagnóstico de Situação

Introdução

No âmbito do Projeto de Intervenção Profissional "Segurança do Doente Crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de Enfermagem" o presente questionário tem como objetivo a aferição dos conhecimentos dos Enfermeiros da UCIP acerca da temática da segurança do doente e mais concretamente acerca da transição de cuidados em Enfermagem e dos documentos normativos e fulcrais à mesma. Assim, a sua participação é de sobre importância para um diagnóstico de situação correto e fiável objetivando uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica internada na UCIP.

Deste modo o questionário encontra-se dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos da equipa relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em Saúde.

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos e o seu uso restringe-se ao contexto académico e de investigação associado a este projeto de intervenção profissional. Salienta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e solicitamos que envie o questionário até 15 de Dezembro de 2017.

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Aceita participar voluntariamente neste questionário, após tomar conhecimento das informações supracitadas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Caracterização Sociodemográfica

Género			
Masculino		Feminino	

Idade (anos)							
20-30		31-40		41-50		> 50	

Caracterização Académica e Profissional

Grau Académico							
Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento	

Especialidade							
Sim				Não			
Se sim qual(ais)?							
Saúde Comunitária	Médico-Cirúrgica	Saúde Mental e Psiquiátrica	Saúde Infantil e Pediatria	Saúde Materna e Obstétrica	Reabilitação		

Experiência Profissional (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Experiência em cuidados à pessoa em situação crítica (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Experiência em Cuidados intensivos (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Aferição de conhecimentos relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente

Já teve formação na área da Segurança do Doente?				
Sim			Não	

Conhece as metas Internacionais para a Segurança do Doente?			
Sim		Não	

Conhece o Plano Nacional Para Segurança dos Doentes 2015-2020			
Sim		Não	

Conhece a Norma da Direção Geral da Saúde 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde			
Sim		Não	

Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?			
Sim		Não	
Se sim, qual (ais)?			

APÊNDICE 2. Modelo Explicativo da Técnica ISBAR

ANEXOS

Anexo I - modelo explicativo da técnica ISBAR

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

(Fonte: DGS, 2017)

APÊNDICE 3. Cronograma Inicial Proposto

Fases	Atividades	2017				2018												
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março										
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf.ª Chefe do Serviço	■																
	Identificação da Necessidade	■																
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (SWOT)		■															
	Construção de Questionário			■														
	Aplicação de Questionário			■	■	■												
	Definição de Objetivo Geral			■	■	■												
Planificação/Planeamento	Pesquisa Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■										
	Definição de Objetivos específicos			■	■													
	Construção do cronograma			■	■													
	Definição das atividades e estratégias a desenvolver			■	■													
Execução	Definição dos meios necessários			■	■													
	Preparação da sessão formativa				■	■	■											
	Momento formativo à equipa					■	■	■										
	Construção da checklist no momento formativo					■	■	■										
Avaliação	Criação de um dossier temático							■	■									
	Criação de um consentimento informado, livre e esclarecido							■	■									
	Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido							■	■	■	■							
	Observação do cumprimento da checklist construída							■	■	■	■	■						
Outros	Interpretação dos dados obtidos							■	■	■	■	■	■					
	Pedidos de autorização ao Conselho de Administração, Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço		■															
	Pedido de parecer e apreciação à comissão de ética da UE e comissão de ética do CHUA		■	■	■													
	Entrega da Proposta de projeto de Estágio				■													
	Redação do Relatório									■	■	■	■	■	■	■	■	■
Entrega do Relatório															■	■	■	

**APÊNDICE M – DOCUMENTO DE
CONSENTIMENTO,
INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO**

Declaração de Consentimento informado, livre e esclarecido

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações

Eu, Luís Carlos Amaral Santos Leite, Enfermeiro, com o número mecanográfico 4627, a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco, venho por este meio solicitar a sua colaboração no projeto de intervenção profissional "Segurança do Doente Crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de Enfermagem", cujo o objetivo geral é a introdução de uma abordagem semiestruturada na passagem e turno de enfermagem na UCIP do CHUA-Faro, recorrendo, na fase de avaliação do projeto, à observação direta, momento para o qual a presente declaração de consentimento informado é necessária.

O aumento da segurança da comunicação é uma dos objetivos estratégicos definidos no âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, sendo a qualidade na transição de cuidados de saúde é um elemento central e imprescindível no aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição dos eventos adversos bem como da mortalidade (DGS, 2017), sendo estimado que cerca de 70% dos eventos adversos em saúde resultem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde, em momentos críticos como a transição de cuidados do doente (idem). Neste contexto, o presente projeto vê-se como atual e com especial relevo na área da segurança do doente.

Assegura-se que neste projeto serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados e que estes serão apenas utilizados para o projeto em questão, não havendo para tal registo de dados de identificação.

Mais se informa da possibilidade de, a qualquer momento, a possibilidade da retirada deste consentimento e conseqüente retirada do estudo.

Declaração de participante:

- Declaro ter compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas quando solicitadas;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **autorizo a minha participação** neste projeto:

(localidade e data)

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**, ficando o **participante informado e esclarecido**:

Assinatura

APÊNDICE N – PLANO DE SESSÃO

Curso: Segurança do Doente Crítico: Transição de Cuidados, na passagem de turno de Enfermagem	Data: 30/01/20018 Horário: 14h
Módulo: 1	Sessão n.º 1
Duração do módulo: 60 min	Público-Alvo/Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCIP - Faro
Duração da sessão: 60 min	Formador: Luís Leite
Objetivo Geral: <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE, utilizando para isso a mnemónica <i>ISBAR</i> 	
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o âmbito e o contexto do projeto de intervenção profissional; • Apresentar a metodologia <i>ISBAR</i>; • Contextualizar o projeto na evidência científica disponível; • Contextualizar o projeto em termos organizacionais e normativos; • Justificar a aplicação do projeto ao contexto clínico; • Apresentar os resultados da aplicação da ferramenta diagnóstica aplicada (Questionário); • Construir de um instrumento semiestruturado da passagem de turno com base na mnemónica <i>ISBAR</i>; • Resumir o Projeto de Intervenção Profissional. 	

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	Critérios e Instrumentos de Avaliação	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o âmbito e o contexto do projeto de intervenção profissional; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto; • Definição do contexto e âmbito do projeto; 	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador e televisão	Observação direta em sala:	10min
Contextualização	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a metodologia ISBAR; • Contextualizar o projeto na evidência científica disponível; • Contextualizar o projeto em termos organizacionais e normativos; • Justificar a aplicação do projeto ao contexto clínico; • Apresentar os resultados da aplicação da ferramenta diagnóstica aplicada (Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos conceitos centrais • Enunciação de alguma evidência disponível • Descrever os documentos normativos internacionais e nacionais • Apresentação dos dados do questionário: <ul style="list-style-type: none"> ○ Caracterização sociodemográfica ○ Caracterização Académica e profissional ○ Aferição dos conhecimentos relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente 	Expositivo: Projeção de slides e exposição oral	Computador e televisão	Observação direta em sala;	20min

Construção	<ul style="list-style-type: none"> • Construir de um instrumento semiestruturado da passagem de turno com base na mnemónica ISBAR. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do objetivo Geral • Construção de um instrumento semiestruturado da passagem de turno com base na mnemónica ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes [Background], Avaliação, Recomendações) 	Participação direta dos formandos <i>Problem base learning</i>	Computador e televisão	Observação direta em sala;	20min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumir o plano de intervenção profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo de ideias; • Clarificação de dúvidas 	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador e televisão	Observação direta em sala; Preenchimento de um questionário	10min

APÊNDICE O – APRESENTAÇÃO UTILIZADA NO MOMENTO FORMATIVO



Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem

Projeto de intervenção profissional

20 de Janeiro, 2018

Autor:
Lala Leite
Docente Orientador:
Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques

Sumário

- Âmbito e Contexto
- Conceitos
- Projeto de Intervenção Profissional
 - Justificação do Projeto
 - Problemática Identificada
 - Diagnóstico de Situação
 - Objetivos
 - Proposta de Intervenção
 - Avaliação e Controlo



Âmbito e Contexto

Unidade Curricular do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem – Especialidade
Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica



Estágio na Unidade de Cuidados
Intensivos Polivalente Geral do CHSJ,
EPE

Projeto de Intervenção Profissional a
realizar na Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalente do SMI 1 do CHUA, EPE



Conceitos

Segurança do Doente

"redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (...) O mínimo aceitável é de uma forma geral direccionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis e contexto da prestação de cuidados" (DGS, 2017)

"Tratar sem erros ou complicações desnecessárias" (Fragata, 2011)





Conceitos

Transição de Cuidados de Saúde (Handoff/Handover)

Qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2017)



São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação (DGS, 2017)

Justificação do Projeto

- 2 em cada 3 eventos adversos são causados pela comunicação e transição de cuidados ineficiente (The Joint Commission, 2014);
- Para os profissionais de saúde, a transição de cuidados é percebido como sendo o momento onde mais informação relevante se perde (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014);



WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions

Aide Mémote

Communication During Patient Hand-Overs

Patient Safety Solutions
| volume 1, número 3 | May 2007

► SUGGESTED ACTIONS:

The following strategies should be considered by WHO Member States.

1. Ensure that health-care organizations implement a standardized approach to hand-over communication between staff, change of shift and between different patient care units in the course of a patient transfer. Suggested elements of this approach include:

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Justificação do Projeto



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020



RECOMMENDATIONS

COUNCIL

COUNCIL RECOMMENDATION

of 9 June 2009

on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01)

NORMA

Francisco Henriques
Moura Gomes

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

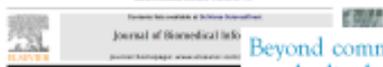
ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

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

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

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

Justificação do Projeto



Beyond communication: The standardized protocols in a health care environment



In search of common ground in handoff documents

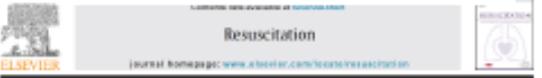
Authors: Sarah A. Gillett, Lisa M. Mendenhall, Christine Jordan, Dan M. Wolf, and David R. Hays

Meta-Analyses of the Effects of Standardized Handoff Protocols on Patient, Provider, and Organizational Outcomes

Authors: Joseph R. Keebler, Elizabeth H. Lazzara, Embry-Riddle Aeronautical University, Daytona Beach, Florida, Brady S. Patzer, Evan M. Palmer, John P. Plummer, Dustin C. Smith, Wichita State University, Kansas, Victoria Lew, Embry-Riddle Aeronautical University, Daytona Beach, Florida, Sarah Fouquet, Y. Raymond Chan, and Robert Risk, Children's Mercy Hospital, Kansas City, Missouri

Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow

Authors: Amy I. Starmer, Kyrille O. Schwach, Alissa Lyette, Rebecca S. Hays, Barbara A. Starmer, Carol Schwartz, Christopher P. Landgren



Clinical paper
SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study

Authors: K. De Meester, M. Verspooy, K.G. Monstereus, P. Van Bogaert

Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program

Authors: R.J. Stawen, H.D. Spencer, R. Srinivasan, D.C. Wang, G. Borekshahi, A.D. Allen, S.L. Nelson, L.L. Van Ar, D.M.C.A. Robinson, S.H. Lippert, J.M. Rothstein, B.C. Wang, C.E. Ryan, B.R. Zupnick, M.M. Wilson, J.C. O'Leary, J.C. Gilson, M. Ayler, Z. Benelli, M. Coffey, T. Richard, B.L. Warfield, J.A. Denton, J.L. Smith, S.J. Patel, J.R. Kelly, J.R. Spickard, K.T. Spickard, S. Colburn, F.S. Cole, D.E. Rubin, J.H. Hays, J.D. Spink, C.E. Yu, T.C. Smith, and C.P. Landgren, for the I-PASS Study Group

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

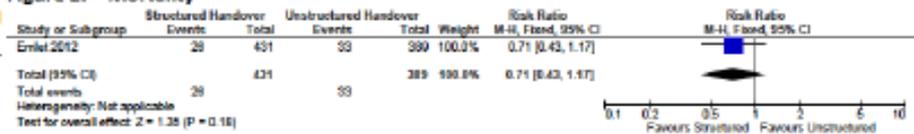


Trial of shift scheduling with standardized sign-out to improve continuity of care in intensive care units²

Lillian L. Emet, MD, MS; Ali Al-Khafaji, MD, MPH; Yeon Hee Kim, MS; Ramesh Venkataraman, MD; Paul L. Rogers, MD; Derek C. Angus, MD, MPH, FRCP

Crit Care Med 2012 Vol. 41, No. 12

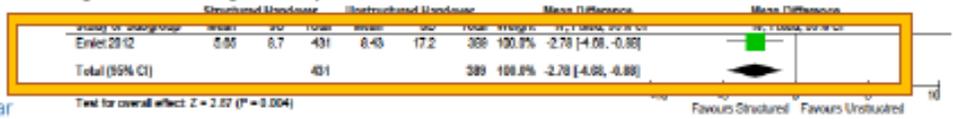
Figure 2: Mortality



14.2 Fellows

Event 2012	6	10	7	10	63.6%	0.66 [0.37, 1.09]
------------	---	----	---	----	-------	-------------------

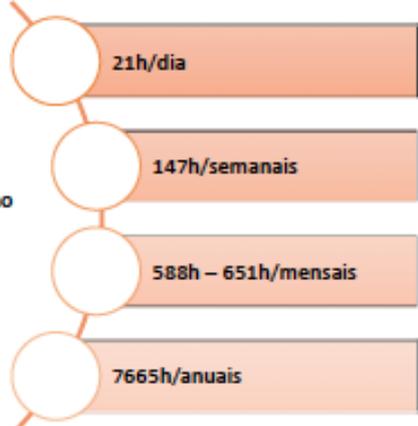
Figure 4: ICU length of stay



Total events: 34 (Structured) vs 11 (Unstructured)
Heterogeneity: Chi² = 12.28, df = 2 (P = 0.002); I² = 84%
Test for overall effect: Z = 3.71 (P = 0.0002)
Test for subgroup differences: Chi² = 18.33, df = 2 (P = 0.006), I² = 80.6%

Justificação do Projeto

14 camas
7 Enfermeiros por turno
3 momentos formais



13-15% dos período normal de trabalho é dispendido na Passagem de turno.

Problemática Identificada

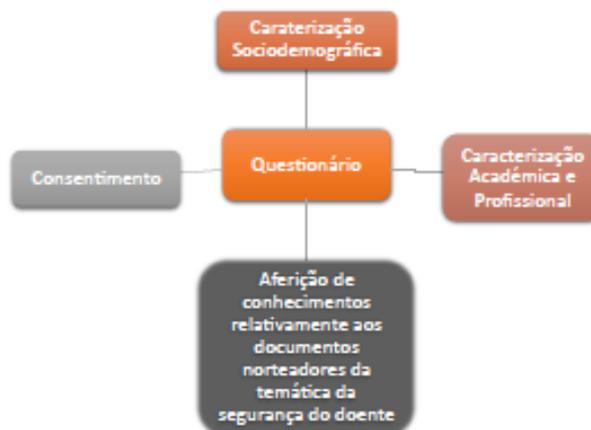
Ausência de uma padronização e/ou estruturação formal da transição de cuidados e mais especificamente da passagem de turno de Enfermagem na UCIP



Variabilidade no estilo, qualidade e quantidade da informação transmitida, com potenciais omissões, lacunas, erros, imprecisões e deficit de priorização com possíveis consequências para a segurança do doente

A Transição de Cuidados de saúde é um momento imprescindível ao processo de prestação de cuidados mas, apesar disso, não é uma prática baseada na evidência (Eaton, 2010)

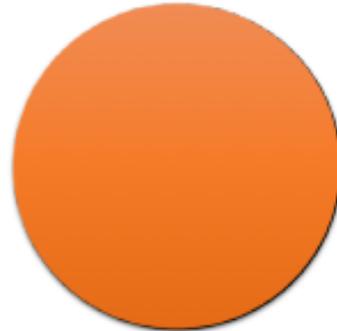
Diagnóstico de Situação





Diagnóstico de Situação – Questionário

Aceita participar voluntariamente neste Questionário?

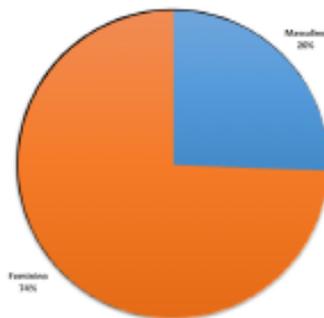


84,31%

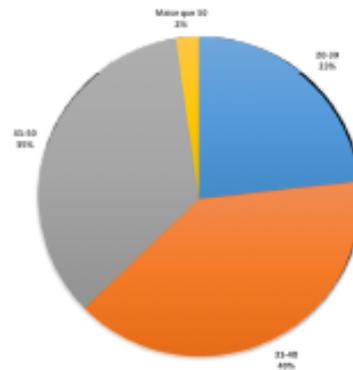
Sim Não

Diagnóstico de Situação – Questionário

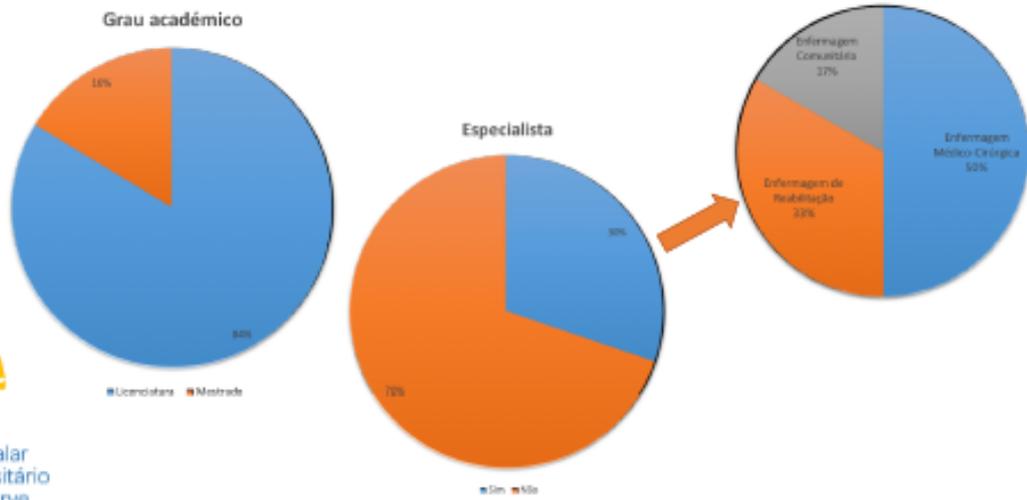
Género



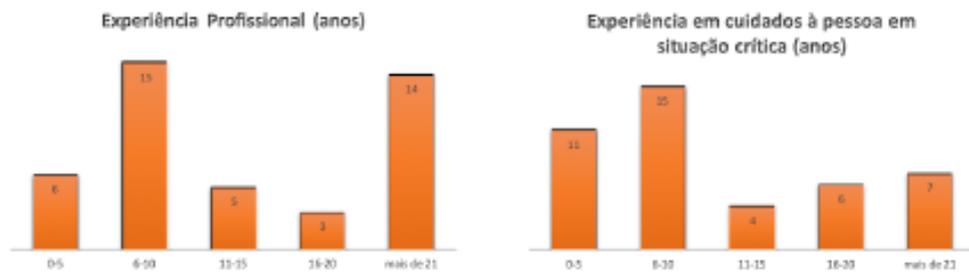
Idade (anos)



Diagnóstico de Situação – Questionário



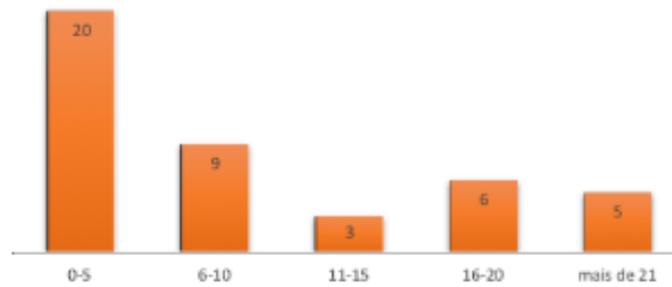
Diagnóstico de Situação – Questionário





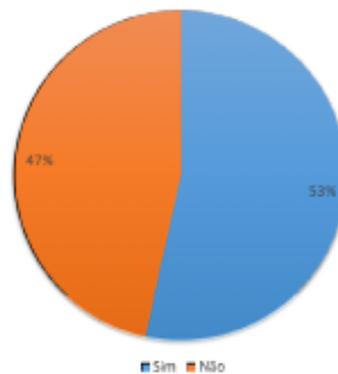
Diagnóstico de Situação – Questionário

Experiência em Cuidados Intensivos (anos)



Diagnóstico de Situação – Questionário

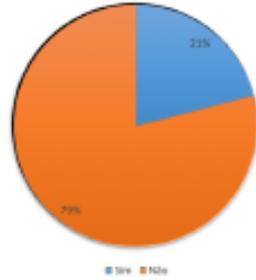
Formação na área da segurança do doente?





Diagnóstico de Situação – Questionário

Conhece as metas Internacionais para a Segurança do Doente?



International Patient Safety Goals (IPSG)

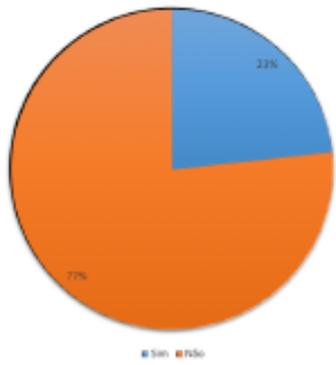
- Identify Patients Correctly
- Improve Effective Communication
- Improve the Safety of High-Alert Medications
- Ensure Correct Site, Correct Procedure, Correct Patient Surgery
- Reduce the Risk of Health Care-Associated Infections
- Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls

Joint Commission International

https://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/1/1/2017_IPSG_Infographic_062017.pdf

Diagnóstico de Situação – Questionário

Conhece o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020?



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1480-A/2015

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

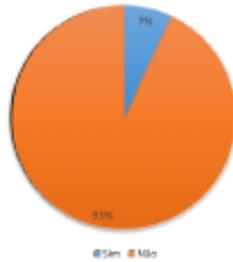
2. Aumentar a segurança da comunicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Para serem atingidos tais objetivos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 obriga a que as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde inscrevam nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os seguintes objetivos estratégicos:



Diagnóstico de Situação – Questionário

Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de Saúde?



- SBAR
- ISBAR
- Passagem de turno

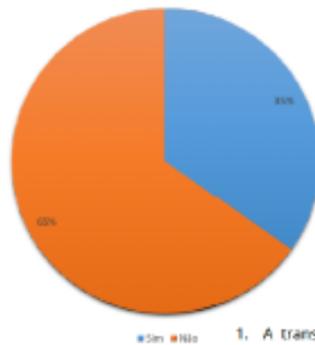
J. Nurs. Care Qual.
Vol. 31, No. 3, pp. 258-264
Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Standardizing Handoff Communication Content Analysis of 27 Handoff Mnemonics

Mabiyar F. Nasarwanji, PhD; Aysel Badir, PhD, RN;
Ayse P. Gurses, PhD, MPH

Diagnóstico de Situação – Questionário

Conhece a Norma Direção-Geral da Saúde
001/2017: Comunicação eficaz na transição de
Cuidados de Saúde?



1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.



NORMA

Francisco
Pereira
Moura-Gonçalves

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

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

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dq@dg.mtc.saude.pt)



Objetivo

- Introduzir uma abordagem padronizada e semiestruturada na passagem de turno de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE, utilizando para isso a mnemónica ISBAR.

- I – Identificação (*Identify*)
- S – Situação atual (*Situation*)
- B – Antecedentes (*Background*)
- A – Avaliação (*Assessment*)
- R – Recomendação (*Recommendation*)

Proposta de Intervenção

Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a quem diz respeito a comunicação.	<ul style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; c) Meds complementares de diagnóstico e terapêutica (ICTOP) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese Descrição de fatos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, distúrbios antecipados de vontade.	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Distúrbios antecipados 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 de situação social e de capacitação do cuidador.
A Avaliação Informação sobre o estado de doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> a) Práticas ativas; b) Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação de eficácia das medidas implementadas; d) Pausas de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de estado e plano terapêutico adequados à situação clínica de doente.	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre recursos e NCST agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

(DGS, 2017)



Proposta de Intervenção



Identificação	Situação atual	Antecedentes (Background)	Avaliação	Recomendação
<ul style="list-style-type: none"> Nome Cama 	<ul style="list-style-type: none"> Motivo de Internamento Data de Internamento Co-morbilidades atualmente relevantes 	<ul style="list-style-type: none"> Informação dos últimos turnos de relevo ao curso de situação 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação Primária Avaliação Secundária 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação Primária Avaliação Secundária

"Participatory approach" (Nasarwanji et al., 2016)

"Context dependent" (Holly & Poletick, 2014)

Proposta de Intervenção



Antecedentes (Background)	Avaliação	Recomendação
<ul style="list-style-type: none"> Informação dos últimos turnos de relevo ao curso de situação 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação primária <ul style="list-style-type: none"> AB - Patência VA, Ventilação, O₂, GSA PaO₂/TIO₂... C - Estável/Instável - Critério de instabilidade: Suporte Vasopressor/Inotrópico/cronotrópico ou antiarritmico, Desvio padrão habitual, alterações elétricas/mecânicas, Indicadores de perfusão... D - Pupilas, glicemia, focalidade... E - Temperatura e Pele ... Avaliação Secundária <ul style="list-style-type: none"> F - Focal Interventora/Feeding/Family G - Give Comfort/Pain H - Head-to-toe I - Infection/ Stewardship ... 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação Primária <ul style="list-style-type: none"> Objetivos Processo Resultados Esperados Avaliação Secundária: <ul style="list-style-type: none"> Objetivos Processo Resultados Esperados

Avaliação—Handoff aid checklist

| N.º |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Identificação |
| Nome <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> |
| Antecedentes <input type="checkbox"/> |
Avaliação Estado de consciência <input type="checkbox"/> Depressões de EC <input type="checkbox"/> SABE <input type="checkbox"/> == GCE <input type="checkbox"/>	Avaliação Estado de consciência <input type="checkbox"/> Depressões de EC <input type="checkbox"/> SABE <input type="checkbox"/> == GCE <input type="checkbox"/>	Avaliação Estado de consciência <input type="checkbox"/> Depressões de EC <input type="checkbox"/> SABE <input type="checkbox"/> == GCE <input type="checkbox"/>	Avaliação Estado de consciência <input type="checkbox"/> Depressões de EC <input type="checkbox"/> SABE <input type="checkbox"/> == GCE <input type="checkbox"/>	Avaliação Estado de consciência <input type="checkbox"/> Depressões de EC <input type="checkbox"/> SABE <input type="checkbox"/> == GCE <input type="checkbox"/>	Avaliação Estado de consciência <input type="checkbox"/> Depressões de EC <input type="checkbox"/> SABE <input type="checkbox"/> == GCE <input type="checkbox"/>	Avaliação Estado de consciência <input type="checkbox"/> Depressões de EC <input type="checkbox"/> SABE <input type="checkbox"/> == GCE <input type="checkbox"/>
Avaliação Primária AB Atenção: AV <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> ou D ₂ <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> C Cabelos/Cabelos <input type="checkbox"/> Címbrio: <input type="checkbox"/> Indicadores perfusão <input type="checkbox"/> D Pupilas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Focidade <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> E Avaliação Fala <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/>	Avaliação Primária AB Atenção: AV <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> ou D ₂ <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> C Cabelos/Cabelos <input type="checkbox"/> Címbrio: <input type="checkbox"/> Indicadores perfusão <input type="checkbox"/> D Pupilas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Focidade <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> E Avaliação Fala <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/>	Avaliação Primária AB Atenção: AV <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> ou D ₂ <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> C Cabelos/Cabelos <input type="checkbox"/> Címbrio: <input type="checkbox"/> Indicadores perfusão <input type="checkbox"/> D Pupilas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Focidade <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> E Avaliação Fala <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/>	Avaliação Primária AB Atenção: AV <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> ou D ₂ <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> C Cabelos/Cabelos <input type="checkbox"/> Címbrio: <input type="checkbox"/> Indicadores perfusão <input type="checkbox"/> D Pupilas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Focidade <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> E Avaliação Fala <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/>	Avaliação Primária AB Atenção: AV <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> ou D ₂ <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> C Cabelos/Cabelos <input type="checkbox"/> Címbrio: <input type="checkbox"/> Indicadores perfusão <input type="checkbox"/> D Pupilas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Focidade <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> E Avaliação Fala <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/>	Avaliação Primária AB Atenção: AV <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> ou D ₂ <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> C Cabelos/Cabelos <input type="checkbox"/> Címbrio: <input type="checkbox"/> Indicadores perfusão <input type="checkbox"/> D Pupilas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Focidade <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> E Avaliação Fala <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/>	Avaliação Primária AB Atenção: AV <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> ou D ₂ <input type="checkbox"/> GSA <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/> C Cabelos/Cabelos <input type="checkbox"/> Címbrio: <input type="checkbox"/> Indicadores perfusão <input type="checkbox"/> D Pupilas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Focidade <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/> E Avaliação Fala <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/>
Avaliação Secundária SB <input type="checkbox"/> Suficiência <input type="checkbox"/> VSB <input type="checkbox"/> Dúvida Lógica <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Suficiente Intelectual <input type="checkbox"/> TSP <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/> Ações Verificadas <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Fenda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Fingido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/>	Avaliação Secundária SB <input type="checkbox"/> Suficiência <input type="checkbox"/> VSB <input type="checkbox"/> Dúvida Lógica <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Suficiente Intelectual <input type="checkbox"/> TSP <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/> Ações Verificadas <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Fenda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Fingido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/>	Avaliação Secundária SB <input type="checkbox"/> Suficiência <input type="checkbox"/> VSB <input type="checkbox"/> Dúvida Lógica <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Suficiente Intelectual <input type="checkbox"/> TSP <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/> Ações Verificadas <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Fenda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Fingido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/>	Avaliação Secundária SB <input type="checkbox"/> Suficiência <input type="checkbox"/> VSB <input type="checkbox"/> Dúvida Lógica <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Suficiente Intelectual <input type="checkbox"/> TSP <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/> Ações Verificadas <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Fenda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Fingido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/>	Avaliação Secundária SB <input type="checkbox"/> Suficiência <input type="checkbox"/> VSB <input type="checkbox"/> Dúvida Lógica <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Suficiente Intelectual <input type="checkbox"/> TSP <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/> Ações Verificadas <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Fenda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Fingido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/>	Avaliação Secundária SB <input type="checkbox"/> Suficiência <input type="checkbox"/> VSB <input type="checkbox"/> Dúvida Lógica <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Suficiente Intelectual <input type="checkbox"/> TSP <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/> Ações Verificadas <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Fenda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Fingido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/>	Avaliação Secundária SB <input type="checkbox"/> Suficiência <input type="checkbox"/> VSB <input type="checkbox"/> Dúvida Lógica <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Suficiente Intelectual <input type="checkbox"/> TSP <input type="checkbox"/> OCE <input type="checkbox"/> Ações Verificadas <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Fenda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D ₂ <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Fingido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/>
Recomendação Distúrbios <input type="checkbox"/> Plano proposto <input type="checkbox"/> Intervenção/ <input type="checkbox"/> MCDT ₂ Pendentes <input type="checkbox"/> W/hold/W/holdswat: <input type="checkbox"/>	Recomendação Distúrbios <input type="checkbox"/> Plano proposto <input type="checkbox"/> Intervenção/ <input type="checkbox"/> MCDT ₂ Pendentes <input type="checkbox"/> W/hold/W/holdswat: <input type="checkbox"/>	Recomendação Distúrbios <input type="checkbox"/> Plano proposto <input type="checkbox"/> Intervenção/ <input type="checkbox"/> MCDT ₂ Pendentes <input type="checkbox"/> W/hold/W/holdswat: <input type="checkbox"/>	Recomendação Distúrbios <input type="checkbox"/> Plano proposto <input type="checkbox"/> Intervenção/ <input type="checkbox"/> MCDT ₂ Pendentes <input type="checkbox"/> W/hold/W/holdswat: <input type="checkbox"/>	Recomendação Distúrbios <input type="checkbox"/> Plano proposto <input type="checkbox"/> Intervenção/ <input type="checkbox"/> MCDT ₂ Pendentes <input type="checkbox"/> W/hold/W/holdswat: <input type="checkbox"/>	Recomendação Distúrbios <input type="checkbox"/> Plano proposto <input type="checkbox"/> Intervenção/ <input type="checkbox"/> MCDT ₂ Pendentes <input type="checkbox"/> W/hold/W/holdswat: <input type="checkbox"/>	Recomendação Distúrbios <input type="checkbox"/> Plano proposto <input type="checkbox"/> Intervenção/ <input type="checkbox"/> MCDT ₂ Pendentes <input type="checkbox"/> W/hold/W/holdswat: <input type="checkbox"/>



Obrigado pela Vossa Presença



Associação de Enfermeiros de Portugal
Associação Nacional de Enfermeiros Hospitalares
Associação Nacional de Enfermeiros de Cuidados Intensivos
Associação Nacional de Enfermeiros de Cuidados Críticos



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Bibliografia

Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde. Acessado em 15 de Março de 2017. Retirado de <http://www.dgs.pt/directora-de-dg/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Starmer, A.; Spector, N.; Srivastava, R.; West, D.; Rosenbluth, G.; Allen, A.; Noble, E.; Landrigan, C. (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*. 371(19):1809-1812. DOI: 10.1056/NEJMa1405556

Agency for Healthcare Research and Quality (2014). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*. Acessado em 18 de Dezembro de 2017 Retirado de <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/external/quality-patient-safety/patient-safety-culture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>

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.

Emlet, L., Al-Khatib, A., Kim, Y., Venkataraman, R., Rogers, R. & Angus, D. (2012) Trial of shift scheduling with standardized sign-out to improve continuity of care in intensive care units. *Critical Care Medicine*: 40(12):3129-3134 doi: 10.1097/CCM.0b013e3182657b5d

Naserwanji, M., Badji, A. & Gurses, A. (2016). Standardizing Handoff Communication: Content Analysis of 27 Handoff Mnemonics. *Journal of Nursing Care Quality*: 31(3): 238-244. doi: 10.1097/NCC.0000000000000174.

Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Uidel.

Holly, C & Poledick, E. (2014). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*. 23(17-18):2387-95. doi: 10.1111/jocn.12965.

Colvin, M., Elwin, L. & Gong, M. (2016). Improving the patient Handoff process in the Intensive Care Unit: Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Seminars of Critical Care Medicine*, 37: 96-106. doi 10.1055/s-0035-1570351.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. & Engstrom, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 23(4). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268

Lane-Pall, M.; Beldes, R.; Pascoal, J.; Collard, M.; Peller, H.; Chavez, T.;...Barg, F. (2014). Handoffs and transitions in critical care: protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. *BMC Surgery*. 14(96). doi:10.1186/s1471-2487-14-96

**APÊNDICE P – FERRAMENTA
SEMIESTRUTURADA DA
PASSAGEM DE TURNO
“HANDOFF AID”**

Identificação

Nome: _____ **Cama:** _____
Situação atual
Motivo de Internamento: _____
Dia de internamento: _____
 Co-morbilidades relevantes (SA): _____

Antecedentes (Background)	Estado de Consciência: Drogas depressoras de consciência (SA): _____ BNM (SA): _____ RASS (SA): _____ ou GCS (SA): (O ,V ,M) CAM -ICU (SA): _____	
Avaliação	Avaliação Primária	Avaliação Secundária
	AB: Patência VA: Ventilação: VMI / VNI / O ₂ Alto-fluxo / O ₂ - Modo (SA): _____ Parâmetros: _____ - Dispositivo O ₂ (SA): _____ GSA/iões: PaO ₂ /FiO ₂ : _____ C: Estável/Instável , se instável: - Vasopressor/inotrópico: - Cronotrópico/antiarritmico: - Alterações elétricas: - Desvios padrão habitual: Indicadores de perfusão (SA): _____ D: Pupilas (SA): _____ Glicemia: _____ Insulina (SA): _____ Focalidade (SA): _____ PIC (SA): _____ PPC(SA): _____ Outro: _____ E Avaliação Pele: Temperatura: _____	F: Intervenções focais: SG (SA): _____ Nutrição: _____ VRG (SA): _____ Débito urinário: _____ BH: TSR (SA): _____ CiCa (SA): _____ Eliminação Intestinal: Acessos Venosos (SA): _____ CA (SA): _____ Feridas (SA): _____ Drenos (SA): _____ Outro (SA): _____ Mobilidade (SA): _____ G: Dor: _____ Infeção/Stewardship Sono/Repouso: _____ Família/Visitas: _____
Recomendação	Objetivos: Plano proposto (SA): _____ Intervenções/MCDTs Pendentes (SA): _____ Limitação terapêutica/Cuidados de Conforto (SA): _____	

Identificação

Nome: _____ **Cama:** _____
Situação atual
Motivo de Internamento: _____
Dia de internamento: _____
 Co-morbilidades relevantes (SA): _____

Antecedentes (Background)	Estado de Consciência: Drogas depressoras de consciência (SA): _____ BNM (SA): _____ RASS (SA): _____ ou GCS (SA): (O ,V ,M) CAM -ICU (SA): _____	
Avaliação	Avaliação Primária	Avaliação Secundária
	AB: Patência VA: Ventilação: VMI / VNI / O ₂ Alto-fluxo / O ₂ - Modo (SA): _____ Parâmetros: _____ - Dispositivo O ₂ (SA): _____ GSA/iões: PaO ₂ /FiO ₂ : _____ C: Estável/Instável , se instável: - Vasopressor/inotrópico: - Cronotrópico/antiarritmico: - Alterações elétricas: - Desvios padrão habitual: Indicadores de perfusão (SA): _____ D: Pupilas (SA): _____ Glicemia: _____ Insulina (SA): _____ Focalidade (SA): _____ PIC (SA): _____ PPC(SA): _____ Outro: _____ E Avaliação Pele: Temperatura: _____	F: Intervenções focais: SG (SA): _____ Nutrição: _____ VRG (SA): _____ Débito urinário: _____ BH: TSR (SA): _____ CiCa (SA): _____ Eliminação Intestinal: Acessos Venosos (SA): _____ CA (SA): _____ Feridas (SA): _____ Drenos (SA): _____ Outro (SA): _____ Mobilidade (SA): _____ G: Dor: _____ Infeção/Stewardship Sono/Repouso: _____ Família/Visitas: _____
Recomendação	Objetivos: Plano proposto (SA): _____ Intervenções/MCDTs Pendentes (SA): _____ Limitação terapêutica/Cuidados de Conforto (SA): _____	

Legenda:

VA - via aérea **RASS** - Richmond Agitation-Sedation Scale **GCS** - Glasgow Coma Scale **SA** - Se aplicável **GSA** - Gasimetria Sangue Arterial **SG** - Sonda Gástrica **VRG** - Volume Residual Gástrico **TSR** - Técnica de Substituição Renal **CA** - Cateter Arterial **VMI** - Ventilação Mecânica Invasiva **VNI** - Ventilação Mecânica Não Invasiva **MCDTs** - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica **PIC** - Pressão Intracraniana **PPC** - Pressão de Perfusão Cerebral **BH** - Balanço Hídrico **BNM** - Bloqueio Neuromuscular **CiCa** - Citrato-Cálcio **CAM ICU** - The Confusion Assessment Method for ICU

**APÊNDICE Q – CHECKLIST PARA AVALIAÇÃO
DO CUMPRIMENTO DA
FERRAMENTA
SEMIESTRUTURADA “HANDOFF
AID CHECKLIST”**

| N=
Identificação
Nome <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Situação atual
Motivo <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades <input type="checkbox"/> | Situação atual
Motivo <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades <input type="checkbox"/> | Situação atual
Motivo <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades <input type="checkbox"/> | Situação atual
Motivo <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades <input type="checkbox"/> | Situação atual
Motivo <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades <input type="checkbox"/> | Situação atual
Motivo <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades <input type="checkbox"/> | Situação atual
Motivo <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/>
Co-morbilidades <input type="checkbox"/> |
| Antecedentes <input type="checkbox"/> |
| Avaliação
Estado de consciência <input type="checkbox"/>
Depressores de EC <input type="checkbox"/>
RASS <input type="checkbox"/> ou GCS <input type="checkbox"/>
CAM-ICU <input type="checkbox"/>

Avaliação Primária
AB Patência VA <input type="checkbox"/>
Ventilação <input type="checkbox"/> ou O ₂ <input type="checkbox"/>
GSA <input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ <input type="checkbox"/>
C Estável/Instável <input type="checkbox"/>
Critério <input type="checkbox"/>
Perfusão <input type="checkbox"/>
D Pupilas <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>
Insulina <input type="checkbox"/>
Focalidade <input type="checkbox"/>
PIC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/>
E Avaliação Pele <input type="checkbox"/>
Temperatura <input type="checkbox"/>

Avaliação Secundária
SG <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> VRG <input type="checkbox"/>
Débito Urinário <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal <input type="checkbox"/>
TSR <input type="checkbox"/> CiCa <input type="checkbox"/>
Acessos Venosos <input type="checkbox"/>
CA <input type="checkbox"/>
Ferida <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>
Mobilidade <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Infeção <input type="checkbox"/>
Sono/Repouso <input type="checkbox"/>
Família/Visitas <input type="checkbox"/> | Avaliação
Estado de consciência <input type="checkbox"/>
Depressores de EC <input type="checkbox"/>
RASS <input type="checkbox"/> ou GCS <input type="checkbox"/>
CAM-ICU <input type="checkbox"/>

Avaliação Primária
AB Patência VA <input type="checkbox"/>
Ventilação <input type="checkbox"/> ou O ₂ <input type="checkbox"/>
GSA <input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ <input type="checkbox"/>
C Estável/Instável <input type="checkbox"/>
Critério <input type="checkbox"/>
Perfusão <input type="checkbox"/>
D Pupilas <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>
Insulina <input type="checkbox"/>
Focalidade <input type="checkbox"/>
PIC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/>
E Avaliação Pele <input type="checkbox"/>
Temperatura <input type="checkbox"/>

Avaliação Secundária
SG <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> VRG <input type="checkbox"/>
Débito Urinário <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal <input type="checkbox"/>
TSR <input type="checkbox"/> CiCa <input type="checkbox"/>
Acessos Venosos <input type="checkbox"/>
CA <input type="checkbox"/>
Ferida <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>
Mobilidade <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Infeção <input type="checkbox"/>
Sono/Repouso <input type="checkbox"/>
Família/Visitas <input type="checkbox"/> | Avaliação
Estado de consciência <input type="checkbox"/>
Depressores de EC <input type="checkbox"/>
RASS <input type="checkbox"/> ou GCS <input type="checkbox"/>
CAM-ICU <input type="checkbox"/>

Avaliação Primária
AB Patência VA <input type="checkbox"/>
Ventilação <input type="checkbox"/> ou O ₂ <input type="checkbox"/>
GSA <input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ <input type="checkbox"/>
C Estável/Instável <input type="checkbox"/>
Critério <input type="checkbox"/>
Perfusão <input type="checkbox"/>
D Pupilas <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>
Insulina <input type="checkbox"/>
Focalidade <input type="checkbox"/>
PIC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/>
E Avaliação Pele <input type="checkbox"/>
Temperatura <input type="checkbox"/>

Avaliação Secundária
SG <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> VRG <input type="checkbox"/>
Débito Urinário <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal <input type="checkbox"/>
TSR <input type="checkbox"/> CiCa <input type="checkbox"/>
Acessos Venosos <input type="checkbox"/>
CA <input type="checkbox"/>
Ferida <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>
Mobilidade <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Infeção <input type="checkbox"/>
Sono/Repouso <input type="checkbox"/>
Família/Visitas <input type="checkbox"/> | Avaliação
Estado de consciência <input type="checkbox"/>
Depressores de EC <input type="checkbox"/>
RASS <input type="checkbox"/> ou GCS <input type="checkbox"/>
CAM-ICU <input type="checkbox"/>

Avaliação Primária
AB Patência VA <input type="checkbox"/>
Ventilação <input type="checkbox"/> ou O ₂ <input type="checkbox"/>
GSA <input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ <input type="checkbox"/>
C Estável/Instável <input type="checkbox"/>
Critério <input type="checkbox"/>
Perfusão <input type="checkbox"/>
D Pupilas <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>
Insulina <input type="checkbox"/>
Focalidade <input type="checkbox"/>
PIC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/>
E Avaliação Pele <input type="checkbox"/>
Temperatura <input type="checkbox"/>

Avaliação Secundária
SG <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> VRG <input type="checkbox"/>
Débito Urinário <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal <input type="checkbox"/>
TSR <input type="checkbox"/> CiCa <input type="checkbox"/>
Acessos Venosos <input type="checkbox"/>
CA <input type="checkbox"/>
Ferida <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>
Mobilidade <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Infeção <input type="checkbox"/>
Sono/Repouso <input type="checkbox"/>
Família/Visitas <input type="checkbox"/> | Avaliação
Estado de consciência <input type="checkbox"/>
Depressores de EC <input type="checkbox"/>
RASS <input type="checkbox"/> ou GCS <input type="checkbox"/>
CAM-ICU <input type="checkbox"/>

Avaliação Primária
AB Patência VA <input type="checkbox"/>
Ventilação <input type="checkbox"/> ou O ₂ <input type="checkbox"/>
GSA <input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ <input type="checkbox"/>
C Estável/Instável <input type="checkbox"/>
Critério <input type="checkbox"/>
Perfusão <input type="checkbox"/>
D Pupilas <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>
Insulina <input type="checkbox"/>
Focalidade <input type="checkbox"/>
PIC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/>
E Avaliação Pele <input type="checkbox"/>
Temperatura <input type="checkbox"/>

Avaliação Secundária
SG <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> VRG <input type="checkbox"/>
Débito Urinário <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal <input type="checkbox"/>
TSR <input type="checkbox"/> CiCa <input type="checkbox"/>
Acessos Venosos <input type="checkbox"/>
CA <input type="checkbox"/>
Ferida <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>
Mobilidade <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Infeção <input type="checkbox"/>
Sono/Repouso <input type="checkbox"/>
Família/Visitas <input type="checkbox"/> | Avaliação
Estado de consciência <input type="checkbox"/>
Depressores de EC <input type="checkbox"/>
RASS <input type="checkbox"/> ou GCS <input type="checkbox"/>
CAM-ICU <input type="checkbox"/>

Avaliação Primária
AB Patência VA <input type="checkbox"/>
Ventilação <input type="checkbox"/> ou O ₂ <input type="checkbox"/>
GSA <input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ <input type="checkbox"/>
C Estável/Instável <input type="checkbox"/>
Critério <input type="checkbox"/>
Perfusão <input type="checkbox"/>
D Pupilas <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>
Insulina <input type="checkbox"/>
Focalidade <input type="checkbox"/>
PIC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/>
E Avaliação Pele <input type="checkbox"/>
Temperatura <input type="checkbox"/>

Avaliação Secundária
SG <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> VRG <input type="checkbox"/>
Débito Urinário <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal <input type="checkbox"/>
TSR <input type="checkbox"/> CiCa <input type="checkbox"/>
Acessos Venosos <input type="checkbox"/>
CA <input type="checkbox"/>
Ferida <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>
Mobilidade <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Infeção <input type="checkbox"/>
Sono/Repouso <input type="checkbox"/>
Família/Visitas <input type="checkbox"/> | Avaliação
Estado de consciência <input type="checkbox"/>
Depressores de EC <input type="checkbox"/>
RASS <input type="checkbox"/> ou GCS <input type="checkbox"/>
CAM-ICU <input type="checkbox"/>

Avaliação Primária
AB Patência VA <input type="checkbox"/>
Ventilação <input type="checkbox"/> ou O ₂ <input type="checkbox"/>
GSA <input type="checkbox"/> PaO ₂ /FiO ₂ <input type="checkbox"/>
C Estável/Instável <input type="checkbox"/>
Critério <input type="checkbox"/>
Perfusão <input type="checkbox"/>
D Pupilas <input type="checkbox"/>
Glicemia <input type="checkbox"/>
Insulina <input type="checkbox"/>
Focalidade <input type="checkbox"/>
PIC <input type="checkbox"/> PPC <input type="checkbox"/>
E Avaliação Pele <input type="checkbox"/>
Temperatura <input type="checkbox"/>

Avaliação Secundária
SG <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> VRG <input type="checkbox"/>
Débito Urinário <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal <input type="checkbox"/>
TSR <input type="checkbox"/> CiCa <input type="checkbox"/>
Acessos Venosos <input type="checkbox"/>
CA <input type="checkbox"/>
Ferida <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>
Mobilidade <input type="checkbox"/>
Dor <input type="checkbox"/>
Infeção <input type="checkbox"/>
Sono/Repouso <input type="checkbox"/>
Família/Visitas <input type="checkbox"/> |
| Recomendação
Objetivos <input type="checkbox"/>
Plano proposto <input type="checkbox"/>
Intervenções/
MCDTs Pendentes <input type="checkbox"/>
Limitação/Cuidados de
Conforto: <input type="checkbox"/> | Recomendação
Objetivos <input type="checkbox"/>
Plano proposto <input type="checkbox"/>
Intervenções/
MCDTs Pendentes <input type="checkbox"/>
Limitação/Cuidados de
Conforto: <input type="checkbox"/> | Recomendação
Objetivos <input type="checkbox"/>
Plano proposto <input type="checkbox"/>
Intervenções/
MCDTs Pendentes <input type="checkbox"/>
Limitação/Cuidados de
Conforto: <input type="checkbox"/> | Recomendação
Objetivos <input type="checkbox"/>
Plano proposto <input type="checkbox"/>
Intervenções/
MCDTs Pendentes <input type="checkbox"/>
Limitação/Cuidados de
Conforto: <input type="checkbox"/> | Recomendação
Objetivos <input type="checkbox"/>
Plano proposto <input type="checkbox"/>
Intervenções/
MCDTs Pendentes <input type="checkbox"/>
Limitação/Cuidados de
Conforto: <input type="checkbox"/> | Recomendação
Objetivos <input type="checkbox"/>
Plano proposto <input type="checkbox"/>
Intervenções/
MCDTs Pendentes <input type="checkbox"/>
Limitação/Cuidados de
Conforto: <input type="checkbox"/> | Recomendação
Objetivos <input type="checkbox"/>
Plano proposto <input type="checkbox"/>
Intervenções/
MCDTs Pendentes <input type="checkbox"/>
Limitação/Cuidados de
Conforto: <input type="checkbox"/> |

Legenda:

VA - via aérea RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale GCS - Glasgow Coma Scale SA - Se aplicável GSA - Gasimetria Sangue Arterial SG - Sonda Gástrica VRG - Volume Residual Gástrico TSR - Técnica de Substituição Renal CA - Cateter Arterial VMI - Ventilação Mecânica Invasiva VNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva MCDTs - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica EC - Estado de Consciência BH - Balanço Hídrico CAM - ICU - The Confusion Assessment Method for ICU

**APÊNDICE R – FOLHA DE CÁLCULO CRIADA
PARA INTRODUÇÃO DOS
DADOS DA OBSERVAÇÃO**

**APÊNDICE S – QUESTIONÁRIO PÓS
INTERVENÇÃO**

Introdução

No âmbito do Projeto de Intervenção Profissional "Segurança do Doente Crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de Enfermagem" o presente questionário tem como objetivo a avaliação por parte da equipa de Enfermagem acerca do projeto de intervenção profissional, nomeadamente a perceção da equipa em relação ao instrumento contruído em contexto formativo.

Deste modo o questionário encontra-se dividido em duas partes, a primeira parte centra-se aos conhecimentos relativos aos documentos norteadores da temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da transição de cuidados em saúde e a segunda parte avalia a perceção da equipa acerca do instrumento semiestruturado da passagem de turno.

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos e o seu uso restringe-se ao contexto académico e de investigação associado a este projeto. Salieta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto.

Agradece-se o preenchimento deste questionário pelos Enfermeiros que efetivamente usaram o instrumento construído para o efeito, de forma a ter uma avaliação mais real e fidedigna.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo e a sua submissão até ao dia 15 de Março de 2018.

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Aceita participar voluntariamente neste questionário, após tomar conhecimento das informações supracitadas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Aferição de conhecimentos relativamente aos documentos norteadores da temática da segurança do doente

Conhece as metas Internacionais para a Segurança do Doente?			
Sim		Não	

Conhece o Plano Nacional Para Segurança dos Doentes 2015-2020?			
Sim		Não	

Conhece a Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?			
Sim		Não	

Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?			
Sim		Não	
Se sim, qual (ais)?			

Análise da Perceção da Equipa de Enfermagem acerca do instrumento semiestruturado da passagem de turno

Após a utilização do instrumento semiestruturado construído para o efeito é patente:

- Uma melhor organização e sistematização da passagem de turno de Enfermagem;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1- Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- Uma passagem de turno de Enfermagem mais eficiente;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1- Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- Uma melhoria da percepção da qualidade da passagem de turno de Enfermagem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1- Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- A utilidade do instrumento semiestruturado construído para a passagem de turno de Enfermagem

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1- Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- Satisfação com a passagem de turno de Enfermagem, utilizando o instrumento em questão.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1- Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

APÊNDICE T – OBJETIVOS DO ESTÁGIO FINAL

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Estágio Final

Objetivos do Estágio Final

Discente:

Luis Leite n.º 36799

Enfermeiro(s) Orientador(es):

Enf.^a Cristiana Dias

Enf.^o Nuno Esteves

Docente Supervisor Pedagógico:

Prof.^o José Luís Ramos

Docente Orientador:

Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Marques

Porto

Setembro de 2017

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



CCXXIV

ABREVIATURAS

NAS – Nursing Activities Score

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

UCIPG – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

CHSJ, EPE – Centro Hospitalar de São João, Entidade Pública Empresarial

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

PIC – Pressão Intra-craniana

ECMO - ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ECCO₂R - ExtraCorporeal CO₂ removal

OE - Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	CCXXVII
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	CCXXVIII
2. Competências de Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.....	CCXXXII
CONCLUSÃO	CCXXXVI
BIBLIOGRAFIA	CCXXXVII
APÊNDICE I. Casuística da Prestação de Cuidados	CCXXXVIII

INTRODUÇÃO

O Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação, Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, que se realiza na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar de São João (UCIPG) afigura-se como um momento essencial, eminentemente prático e necessariamente reflexivo, na aquisição e desenvolvimentos das competências comuns e competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC). Assim, torna-se imprescindível uma definição clara e concreta de objetivos a atingir durante o estágio, bem como das atividades a serem desenvolvidas e critérios de resultados que lhe são associadas, sendo o presente documento um recurso central no planeamento do estágio. Pretende-se que este seja um documento de trabalho, dinâmico, sistematizado e organizado que veiculam a aquisição de competências comuns e específicas para o EEEPSC.

Deste modo, assume-se as competências comuns e competências específicas do EEEPSC como objetivos dado que estas visam promover “um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 8656).

A escolha do referido contexto clínico para a realização do estágio final justifica-se pela similaridade em relação ao meu presente contexto laboral, tendo, contudo, à disposição recursos e valências inexistentes neste, sendo considerada uma referência nesta tipologia de cuidados.

O presente documento segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referência da *American Psychological Association*, na sua edição mais recente.

1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências	Atividades	Critérios de Avaliação
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão dos documentos norteadores éticos e deontológicos da profissão, nomeadamente a Deontologia Profissional e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); • Mobiliza os conhecimentos e competências éticas e deontológicas e aplica-as na tomada de decisão fundamentada. • Reflexão e pesquisa aprofundada nas situações dilemáticas em termos éticos, deontológicos, dos direitos humanos e da responsabilidade profissional. • Prestação e colaboração nos cuidados em situações de especial complexidade, atendendo aos direitos humanos, com especial relevo na privacidade, confidencialidade e autonomia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revê os documentos éticos e deontológicos norteadores da profissão • Pesquisa, revisão e reflexão sobre situações de especial complexidade ética e deontológica • Aplicação dos conhecimentos e competências éticas e deontológicas na prática especializada de cuidados

Competências	Atividades	Critérios de Avaliação
<p>B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura, organização, recursos materiais, humanos e valências clínicas do contexto clínico através da observação e entrevistas informais, tanto com a 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece a estrutura, organização, recursos materiais, humanos e valências clínicas do contexto clínico.

<p>institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>responsável do serviço bem como com o(s) Enfermeiro(s) orientadores e demais pares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer e refletir sobre os processos de gestão de cuidados e melhoria contínua destes. • Conhecer os protocolos e projetos implementados na UCIPG • Prestação de cuidados de Enfermagem especializados, de acordo com os protocolos e projetos implementados, e em consonância com as recomendações nacionais, normas de orientação clínica e de acordo com o estado da arte respeitando a individualidade e necessidades específicas do alvo de cuidados, seja o doente ou a família deste. • Identificar possíveis áreas de melhoria de prestação de cuidados • Identificar situações ou processos de risco para o erro, incidentes e eventos adversos (caso existam) • Desenvolver atividades e utiliza recursos que permitam, preferencialmente de forma preventiva, anular ou reduzir as situações de risco e risco clínico para a segurança do doente, família e prestadores de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece, os processos de gestão de cuidados, protocolos e projetos implementados, através da observação, entrevistas informais e consulta de documentação relevante. • Aplica e presta cuidados de Enfermagem especializados, de acordo com os protocolos e projetos implementados norteados pela prática baseada na evidência. • Adequa a prestação de cuidados de enfermagem especializados às necessidades do doente/família • Adota as medidas e recursos de proteção individual/grupal adequados a cada situação específica.
---	---	--

Competências	Atividades	Critérios de Avaliação
<p>C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar situações clínica passíveis da necessidade de intervenção e assessoria por outros profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deteta alterações fisiopatológicas no estado clínico do doente.

<p>colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir recursos, tanto humanos como materiais, de forma adequada e proporcional para uma resposta adequada às necessidades identificadas. • Intervir, no âmbito da sua esfera de competências, na tomada de decisão fundamentada relativamente à prestação de cuidados ao doente crítico. • Observar, analisar e refletir as formas de liderança clínica e de equipa adotadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. • Intervém na tomada de decisão aquando da prestação de cuidados ao doente crítico, no âmbito das suas competências. • Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. • Utiliza de forma racional, adequada e proporcional os recursos disponíveis
---	---	--

Competências	Atividades	Crítérios de Avaliação
<p>D1 - Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de forma eficaz mediante situações de stress, em contexto urgente e emergente e de especial complexidade clínica. • Refletir sobre comportamentos e atitudes pessoais relevantes à prestação de cuidados • Identificação e reflexão sobre estratégias de resolução de conflitos utilizadas (caso existam) • Realização de pesquisa bibliográfica relevante à prestação de cuidados especializados ao doente crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica e Identifica necessidades de formação. • Demonstra conhecimentos e competências e aplica-os na prestação de cuidados especializados. • Realiza pesquisa bibliográfica relevante ao contexto clínico.

	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa, mobilização e aplicação dos conhecimentos anteriores, conhecimentos e competências, necessariamente atuais, à prática clínica.• Identificação de necessidades formativas através de entrevistas informais e observação direta.• Participação em eventos formativos que sejam mais valias à prática clínica.	<ul style="list-style-type: none">• Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem• Presta cuidados de forma eficiência em situações urgentes, emergente e de especial complexidade• Participa em eventos formativos que sejam relevantes e complementem às atividades de estágio.
--	---	--

2. COMPETÊNCIAS DE ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Competências	Atividades	Critérios de Avaliação
<p>K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de uma base de dados sumária referente à casuística da prestação de cuidados, nomeadamente do motivo de internamento, disfunção de órgão presentes, suporte de órgão utilizados, procedimentos realizados e outros eventos de interesse e/ou relevo no processo de aquisição de competências bem como o cálculo da carga de trabalho de Enfermagem nas escalas mais comumente utilizadas nesta área diferenciada de cuidados (<i>TISS-28 e NAS</i>) (Apêndice I); • Identificação e de sinais de instabilidade no doente crítico; • Detecção precoce e prevenção de complicações inerentes ao estado clínico e associados à prestação de cuidados ao doente crítico; • Planeamento, gestão e implementação de cuidados à bem como implementa protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação crítica; • Avaliação e monitorização da adequação da prestação de cuidados, e reformulando o planeamento de cuidados, desde que exequível e necessário; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cria a base de dados referente à prestação de cuidados de Enfermagem Especializados • Identifica, deteta e previne sinais de instabilidade e complicações inerentes à situação crítica e cuidados complexos prestados; • Planeia, gere e implementa cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, bem como avalia e monitoriza estes; • Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; • Demonstra competências em contexto de Suporte de Vida (caso ocorra); • Adquire conhecimentos e competências relacionados com o doente crítico, principalmente

	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração na prestação de cuidados específicos com o qual não tenho contacto na minha realidade laboral, nomeadamente Oxigenação extracorporal; • Colaboração e demonstração de competências em contexto de Suporte Avançado de Vida (caso ocorra), pelas recomendações do <i>European Resuscitation Council</i>; • Identificação sinais fisiológicos e emocionais sugestivos de dor e mal-estar; • Gestão diferenciada da dor, ansiedade e delirium, utilizando de maneira adequada recursos disponíveis, decorrentes da situação crítica; • Gestão de protocolos complexos farmacológicos de sedação e analgesia; • Utilização de estratégias facilitadoras de comunicação, adaptando a comunicação ao estado clínico e ao contexto da prestação de cuidados, tanto para o doente como para a família; • Gestão da relação terapêutica estabelecida com a pessoa em situação crítica e com as suas famílias; • Colaboração no transporte do doente crítico; • Realização de um artigo científico acerca de uma das vertentes de cuidados do doente crítico. 	<p>em valências não existentes no meu contexto laboral;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece e gere relações terapêuticas favoráveis, adaptando estratégias de comunicações e demonstrando empatia com o doente e a família; • Demonstra competências e conhecimentos na identificação de sinais sugestivos de dor e mal-estar; • Demonstra competências na gestão diferenciada da dor, ansiedade e delirium e na aplicação e gestão de protocolos complexos farmacológicos de sedação e analgesia; • Realiza um artigo científico;
--	---	--

Competências	Atividades	Critérios de Avaliação
K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o plano de resposta a situações de catástrofe do CHSJ; • Participação em atividades de conceção, revisão, apresentação ou treino do plano de resposta a situações de catástrofe caso estas ocorram no período do estágio; • Participação em ações de formação externa, congressos ou eventos formativos afins que versem sobre as situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas caso estas se proporcionem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece o plano de resposta à catástrofe do CHSJ; • Participa em ações de treino do plano de resposta à catástrofe (caso ocorram); • Participa em ações de formação externa caso estas se proporcionem.

Competências	Atividades	Critérios de Avaliação
K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Leitura dos protocolos e projetos implementados acerca da temática da prevenção e controlo de infeção implementados no contexto clínico; • Revisão e leitura das recomendações nacionais, internacionais, e das <i>bundles</i> de cuidados com especial relevo para a prestação de cuidados ao doente crítico; • Realização de pesquisa acerca da temática da prevenção e controlo de infeção dado não ser uma das minhas áreas de interesse; 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimento dos protocolos e projetos implementados na área da prevenção e controlo de infeção; • Demonstra conhecimento das recomendações nacionais e das <i>bundles</i> de cuidados com especial relevo para o doente crítico; • Aplica, na prestação de cuidados de Enfermagem ao Doente crítico, as recomendações e circulares

	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar e refletir as práticas de prevenção e controlo de infeção adotadas pela equipa multidisciplinar em relação à pessoa em situação crítica; • Cumpre, na prestação de cuidados de Enfermagem Especializadas, as recomendações locais, as recomendações e circulares normativas nacionais bem como as normas de orientação clínica nacionais com especial ênfase no doente crítico; • Participação em ações de formação, caso estas se realizem durante o período de estágio. 	<p>normativas nacionais bem como as normas de orientação clínica nacionais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analise e reflete as práticas de prevenção e controlo de infeção vigentes no contexto clínico; • Participa em ações de formação sobre o tema em epígrafe caso seja possível.
--	--	---

CONCLUSÃO

A elaboração do presente documento permitiu uma reflexão sustentada acerca dos objetivos do Estágio Final, assim como o planeamento estruturado e metódico das atividades a desenvolver bem como os critérios de resultados que lhe são associados. O sucesso de um projeto define-se pela objetividade com que se formulam os objetivos e as atividades intrínsecas à sua efetivação. Tendo presente esta premissa e considerando o aprofundamento de conhecimentos na abordagem da pessoa em situação crítica pretende-se que este seja um documento de trabalho, dinâmico, sistematizado e organizado que veiculam a aquisição de competências comuns e específicas para o EEEPSC, podendo ser sujeito a alterações de acordo com o desenrolar do Estágio Final e as necessidades formativas sentidas.

Pela transversalidade das competências e atividades a desenvolver entende-se como não sendo necessário a planificação através de um cronograma pelo facto que estas serão desenvolvidas durante a totalidade do período de estágio.

A consecução final dos objetivos será avaliada no relatório crítico de aprendizagem, tendo em conta a reflexão sobre as atividades desenvolvidas, os constrangimentos sentidos e as estratégias utilizadas.

BIBLIOGRAFIA

Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35 (18-02-2011), 8648-8653.

Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35 (18-02-2011), 8656-8657.

APÊNDICE I. Casuísta da Prestação de Cuidados

1		
2		SEMANA
3	Motivo de Admissão	18-24/09
4	Doente Médico	
5	Doente Cirúrgico	
6	Cirurgia Eletiva	
7	Cirurgia de Urgência/Emergência	
8	Cirurgia de controlo de dano	
9	Doente Neurocrítico não trauma	
10	Doente de Trauma	
11	Trauma craneoencefálico isolado	
12	Trauma torácico isolado	
13	Trauma abdominal isolado	
14	Trauma pélvico isolado	
15	Trauma músculo/esquelético e das extremidades isolado	
16	Trauma vertebro-medular isolado	
17	Politrauma (2 ou mais segmentos corporais)	
18	Potencial Dador de Órgãos/Manutenção de Dador de Órgão	
19		

	A	B	C
18			
19			SEMANA
20	Caracterização por risco/presença de disfunção de órgão		
21	Presença de via aérea artificial		
22	Tubo Orotraqueal		
23	Tubo Nasotraqueal		
24	Traqueostomia		
25	Disfunção respiratória		
26	Sem suporte ventilatório/respiratório		
27	Oxigenoterapia		
28	Oxigenoterapia de alto fluxo		
29	Ventilação mecânica não invasiva		
30	Ventilação mecânica nvasiva		
31	Extracorporeal CO ₂ removal (ECCO2R)		
32	Extracorporeal Membrane Oxigenation (ECMO)		
33	Disfunção Cardiovascular		
34	Sem suporte Inotrópico/vasopressor farmacológico e/ou mecânico		
35	Com suporte inotrópico/vasopressor farmacológico		
36	Com suporte inotrópico/vasopressor mecânico		
37	Disfunção Neurológica		
38	Sem disfunção neurológica evidente		
39	Com monitorização da pressão intracraniana		
40	Com monitorização por Índice Bi-Espectral		
41	Com monitorização com eletroencefalograma		
42	Disfunção Renal		
43	Sem disfunção renal		
44	Sob terapia de substituição renal intermitente		
45	Sob terapia de substituição renal contínua		
46	Disfunção Hepática		
47	Sem disfunção hepática		
48	Com disfunção hepática		
49			

		Semana
	Procedimentos, atividades e ocorrências de especial relevo	18-24/09
5	Relacionados com a via aérea	
6	Colocação de tubo orofaríngeo	
7	Colocação de tubo nasofaríngeo	
8	Entubação endotraqueal	
9	Traqueostomia percutânea	
0	Traqueostomia cirúrgica	
1	Aspiração de secreções via aérea superior	
2	Aspiração de secreções da via aérea inferior	
3	Aspiração de secreções através de via aérea artificial	
4	Relacionado com a função ventilatória/respiratória	
5	Iniciação/Otimização de oxigenoterapia/oxigenoterapia de alto fluxo	
6	Iniciação/Otimização de ventilação mecânica não invasiva	
7	Iniciação/Otimização de ventilação mecânica invasiva	
8	Prestação de cuidados ao doente sob ECMO e ECCO2R	
9	Colocação/manutenção de Dreno torácico	
0	Colheita de gasimetria de sangue arterial	
1	Avaliação de Saturação Venosa Central de O2	
2	Relacionados com a função cardiovascular	
3	Ressuscitação volêmica	
4	Administração e titulação de aminas vasoativas	
5	Administração e titulação de fármacos cronotrópicos	
6	Cardioversão química	
7	Cardioversão elétrica	
8	Suporte de Vida em contexto de Paragem cardiorespiratória	
9	Relacionados com a função neurológica, sedação, analgesia e delirium	
0	Administração de analgesia opióide e/ou não opióide	
1	Administração de sedação	
2	Monitorização de estado de consciência	
3	Monitorização da dor	
4	Monitorização do delirium	
5	Colocação de Sensor de pressão intracraniana (PIC)	
6	Manutenção de Sensor de PIC	
7	Outros	
8	Colocação/troca de cateter vesical	
9	Entubação Nasogástrica	
0	Transporte intra-hospitalar do doente crítico	
1	Colaboração na admissão de doente	
2	Transição de cuidados	
3	Colaboração na realização de provas de morte cerebral	
4	Passagem de turno	

	Carga de trabalho de Enfermagem	SEMANA (Média)
1	<i>Therapeutic Intervention Scoring System 28</i> (Pontos/Tempo)	
2	<i>Nursing Activity Score</i> (Pontos/Tempo)	

APÊNDICE U – ARTIGO CIENTÍFICO

TÍTULO

Transição de Cuidados em Cuidados Intensivos: Uma revisão da Literatura

Handover in Intensive Care: An Review of Literature

Transición de Cuidados en Cuidados Intensivos: Una revisión de la Literatura

AUTORES

Luís Leite, Enfermeiro, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve EPE - Faro, Portugal, luissantosleite@gmail.com, 914478651

M.^a do Céu Marques, Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, 7000-811, Évora, Portugal, mcmarques@uevora.pt, 965656710

RESUMO

Enquadramento: A transição de cuidados de saúde ocorre diariamente nas organizações de saúde, sendo responsável por uma parte significativa do tempo dos profissionais, momentos estes considerados críticos para a segurança do doente, especialmente no doente crítico.

Objetivos: Identificar as metodologias de transição de cuidados estruturadas usadas na pessoa em situação crítica numa unidade de Cuidados Intensivos, elencar quais as mais prevalentes, bem como identificar as principais vantagens e desvantagens deste tipo de transição.

Metodologia: Revisão de literatura, realizada através da pesquisa de artigos na base de dados *B-On* (biblioteca do conhecimento on-line) publicados no período 2012-2018.

Resultados: foram identificados 765 resultados, dos quais se selecionaram 8 artigos para extração e análise.

Conclusão: Existe uma grande variabilidade nos métodos de transição de cuidados de saúde, sendo o uso de uma mnemónica como instrumento de suporte de informação clínica a transmitir a prática mais comum, havendo a perceção por parte dos profissionais de saúde de ganhos sensíveis a esta prática. Releva-se a necessidade de mais investigação sobre esta área.

Palavras-chave: Doente crítico; Enfermagem; Transição de cuidados de saúde;

ABSTRACT

Background: The handover/handoff process takes place daily in health organizations, being responsible for a significant part of the time of the professionals, moments considered critical for the safety of the patient, especially in the critical patient.

Goals: To identify the methodologies of structured handover used in the person in critical situation in Intensive Care, indicating which are the most prevalent, as well as to identify the main advantages and disadvantages of this type of care transition.

Methodology: Integrative literature review, conducted through the research of articles in the *B-On* database, published in the period between 2012-2018.

Results: 765 results were identified, of which 8 articles were selected for extraction and analysis.

Conclusion: There is a great variability in the handover/handoff methods, being the use of a mnemonic as a tool of support of clinical information to transmit the most common practice, with the perception by the health professionals of gains sensitive to this practice. It is highlighted the need for more research on this area.

Keywords; Nursing; Handoff; Handover; Critical Patient.

RESUMEN

Enquadramento: La transición de la asistencia sanitaria se produce a diario en las organizaciones de salud, lo que representa una parte significativa de los tiempos profesionales, estos momentos son críticos para la seguridad del paciente, especialmente en pacientes críticamente enfermos.

Objetivos: . Identificar las metodologías de transición de cuidados estructurados usadas en la persona en situación crítica en Cuidados Intensivos, enumerar cuáles son las más prevalentes, así como identificar las principales ventajas y desventajas de este tipo de transición de cuidados.

Metodología: Revisión integrativa de literatura, realizada a través de la investigación de artículos en la base de datos *B-On* publicados entre 2012-2018.

Resultados: se identificaron 765 resultados, de los cuales se seleccionaron 8 artículos para extracción y análisis.

Conclusión: Existe una gran variabilidad en los métodos de transición de atención de salud, siendo el uso de una mnemónica como instrumento de soporte de información clínica para transmitir la práctica más común, habiendo la percepción por parte de los profesionales de salud de ganancias sensibles a esta práctica. Se recuerda la necesidad de más investigación sobre esta área.

Palabras clave: Enfermo crítico; enfermería; Transición de Cuidados;

INTRODUÇÃO

A temática da segurança do doente, nas suas diversas componentes, tem merecido uma importância crescente e cada vez mais visível, sendo atualmente considerada uma área prioritária de estudo e de investigação, como alertam a Organização Mundial da Saúde (2004) e a Comissão Europeia (2005, 2009). A segurança do doente é considerada a componente de maior relevo quando a Qualidade em Saúde é o assunto em foco (Fragata, 2011), emergindo neste contexto várias áreas de interesse, salientando-se as questões relacionadas com a transmissão de informação clínica.

Os momentos de transição de cuidados de saúde, entendido como qualquer momento em que exista transferência de informação, responsabilidade e *accountability* entre prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2017), mais especificamente a passagem de turno de Enfermagem, ocorrem numa base diária em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsável por uma parte significativa do tempo de trabalho dos profissionais de saúde. Estes momentos são considerados momentos críticos para a segurança do doente dado que, como refere a *The Joint Commission* (2014), com base na análise de causa raiz dos eventos adversos reportados, 2 em cada 3 destes eventos devem-se à comunicação e transição de cuidados ineficiente havendo também a perceção pelos profissionais de saúde de que estes momentos são eventos onde mais informação relevante se perde (AHRQ, 2014). A melhoria da transição de cuidados de saúde (*handoff/handover*), tem sido uma área de crescente foco, sendo que a normalização e padronização da comunicação na transição de cuidados de saúde é tida como uma das formas de a melhorar (Starmer et al., 2014; Lane-Fall et al., 2014) com uma melhoria da satisfação dos profissionais de saúde com este método (Randmaa, Mårtensson, Swenne e Engstrom, 2014; Emler, 2012).

A pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos, fruto da sua especificidade, multidisciplinaridade, complexidade de processos e dinâmica, encontra-se em particular risco de perda de informação relevante ou que esta não seja utilizada em tempo útil (Colvin, Eisen & Gong, 2016), não sendo claro qual a melhor metodologia estruturada de passagem de turno aplicada ao doente crítico (Patterson & Wears, 2010) Neste contexto, uma vez que os Enfermeiros são os profissionais mais próximos e presentes durante o internamento do doente crítico, os dados clínicos fiáveis, concretos e rapidamente acessíveis são imprescindíveis para, como refere a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a prestação de "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (2011, p. 8656). Importa relevar, como refere Meleis (2010) nos

pressupostos da teoria da transições, conhecimento é capacitar aqueles que o desenvolvem, aqueles que o usam e aqueles beneficiam dele, conhecimento este essencial à adequada transição de cuidados de saúde, com influencia óbvia na segurança do doente e da qualidade da prestação de cuidados.

Assim, face ao exposto, considera-se pertinente, atual e relevante para a prática profissional a realização de uma revisão da literatura sobre a problemática da transição de cuidados na passagem de turno de Enfermagem, mais especificamente em Unidades de Cuidados Intensivos, propondo-se como objetivos identificar as metodologias de transição de cuidados estruturadas usadas na pessoa em situação crítica em Cuidados Intensivos, enumerar as práticas mais comuns de transição de cuidados estruturada/protocolizada e identificar as principais vantagens e desvantagens da transição de cuidados semiestruturada/protocolizada que influenciam a segurança do doente crítico.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

A realização da presente revisão, realizada em consonância com as recomendações da *The Joanna Briggs Institute* (TJBI) (2014), sendo a pergunta de revisão formulada segundo o modelo PICO (Pessoa/População/Problema, Intervenção, Comparação, Resultados - *Outcome*) Quais as metodologias de transição de cuidados/passagem de turno em Enfermagem estruturadas (O) mais usadas (I) na pessoa em situação crítica em Unidades de Cuidados Intensivos (P)?

A pesquisa foi realizada nas bases de dados acessíveis através da plataforma do Conhecimento on-line (*B-on*) em Português/Inglês, com os seguintes termos de pesquisa: Transição de Cuidados/Passagem de turno (*Nursing Handover ou Nursing Handoff*) e Unidade de Cuidados Intensivos (*Intensive Care Unit/ICU/Critical Care*), termos estes presentes nos descritores em saúde, nos termos organizados segundo as formulas booleanas seguintes:

- (Nursing handover **OR** Nursing Handoff) **AND** (Intensive Care Unit **OR** ICU **OR** Critical Care)
- Passagem de Turno **AND** Enfermagem **AND** (Unidade de Cuidados Intensivos **OR** UCI **OR** Cuidados Críticos)

Opta-se por limitar a pesquisa ao período de tempo 2012-2018 para conferir atualidade à revisão e síntese integrativa. Foram apenas considerados estudos/artigos cujo texto completo estivesse disponível ou este fosse acessível.

Face ao tema e objetivos previamente gizados, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Tipo de participante - Doente Crítico

- Fenómeno de Interesse - Transição de Cuidados
- Tipo de *outcome* - Quais as metodologias de transição de cuidados estruturadas utilizadas, quais as mais prevalentes e quais as vantagens da transição de cuidados estruturada na segurança do doente.

Aplicando a metodologia de pesquisa e os critérios de inclusão foram obtidos 8 estudos para análise, extração e síntese integrativa. Numa primeira fase foram eliminados os resultados duplicados obtidos. Em seguida, os artigos foram sujeitos a três etapas de avaliação com crescente grau de profundidade, com o objetivo de rejeitar aqueles que não respondiam aos critérios de inclusão definidos. Assim, foram realizadas leituras do título, do resumo e, em último, do texto completo, tendo sido, em cada uma destas leituras, excluídos artigos não congruentes com o tema e com os critérios de inclusão. Foram também aplicadas, em conjunto com análise do texto completo, as *Critical Appraisal Tools* emanadas pela TJBI (2016) com o propósito de avaliar a qualidade metodológica para a possível inclusão nesta revisão. Todo o processo de triagem encontra-se descrito na figura 1.

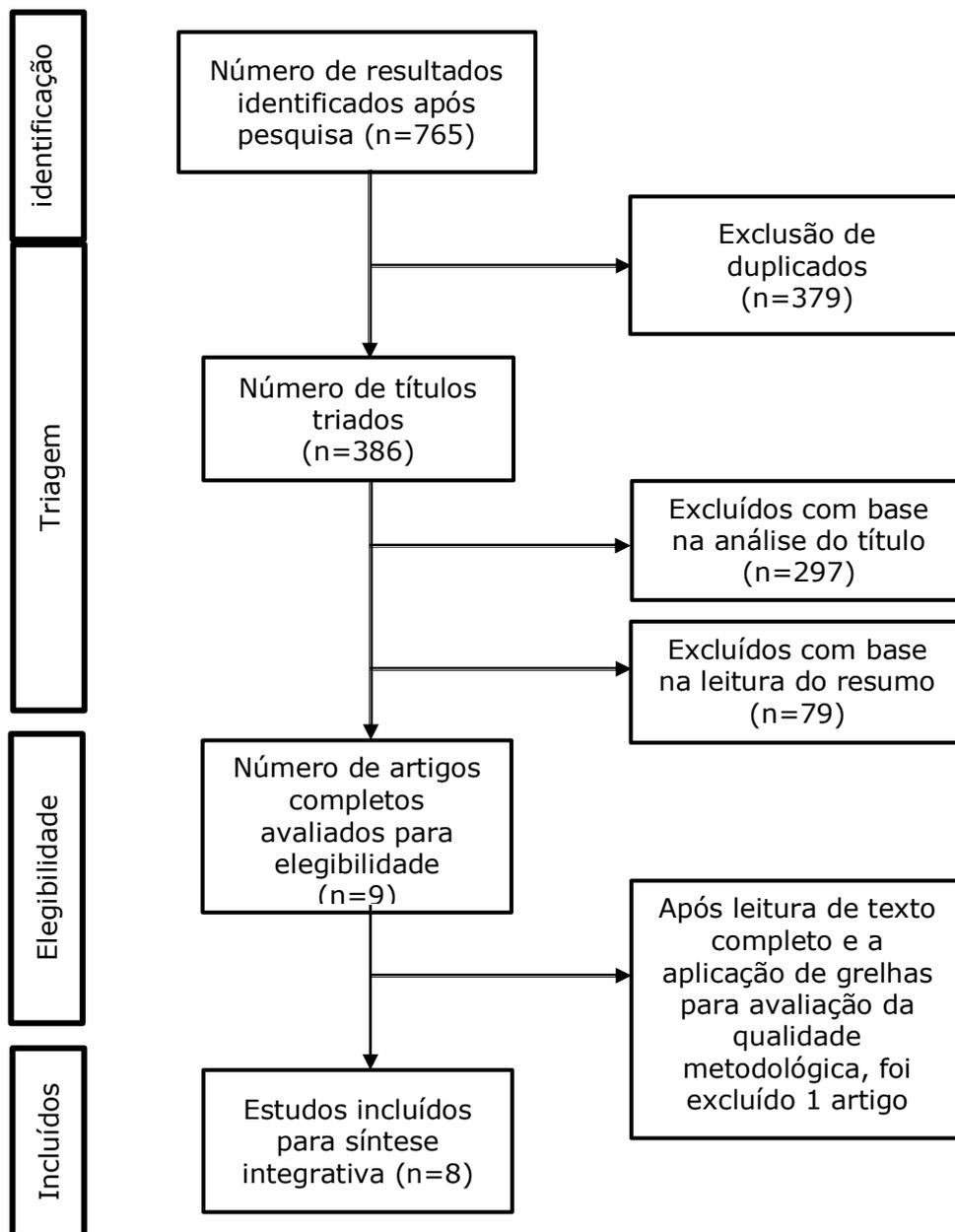


Figura 1. Fluxograma de triagem de artigos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de facilitar a extração e a síntese integrativa de informação foi utilizada uma tabela como suporte de apoio, construída para o efeito (tabela 1), com o intuito de os resumir identificando o título do artigo, autor(es), ano, a metodologia utilizada, os objetivos definidos pelos autores, os principais resultados e conclusões (integrando uma breve resenha da metodologia utilizada quando esta é tida como relevante para o devido enquadramento do resultado) e as limitações/ recomendações quando referidas pelos autores.

Tabela 1. Síntese das evidências encontradas

Título/Autor/Ano	Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care/ Robins & Dai/ 2015	Metodologia	Ensaio Clínico Randomizado
Objetivo(s)	Determinar se a utilização de uma <i>checklist</i> com objetivos mensuráveis durante a transição de cuidados diminui a perda de informação, a necessidade de clarificação desta, o tempo dispendido e a adequação da transição.		
Resultados e Conclusões	<p>Randomização aleatória e cega em 2 grupos em que o grupo experimental utilizava a <i>checklist</i> e o segundo grupo utilizava o método habitual de transição de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O uso de uma <i>checklist</i> na transição de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aumentou a informação retida (92% vs 54%) do grupo experimental em relação ao grupo de controlo, utilizando a escala construída pelos autores para esse efeito; ○ Tornou desnecessário os contactos posteriores para clarificação de informação clínica (0% vs 69%, grupo experimental e grupo de controlo respetivamente); ○ Houve uma perceção da melhoria do momento de transição de cuidados com o uso da <i>checklist</i> (100% vs 85%, $p=0,11$), embora não sendo estatisticamente significativa a diferença; ○ Não houve diferença em termos de tempo dispendido no momento da transição de cuidados. <p>Os autores concluem que uso de uma <i>checklist</i> durante a transição de cuidados pode ajudar a uma correta transmissão de informação e a consequente melhoria da perceção de adequação desta por parte dos profissionais de saúde.</p>		
Limitações/ Recomendações	<p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nem todos os intervenientes na transição de cuidados participaram no estudo; • A experiência profissional variava desde recém-graduados até profissionais com mais de 30 anos, sendo esta amostra heterogénea identificada como limitação pelos autores; • Não era objetivo do presente estudo avaliar a influência da transição de cuidados nos <i>outcomes</i> do doente crítico. <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os autores recomendam a necessidade de investigação para avaliar o uso de <i>checklist(s)</i> e a sua influência nos <i>outcomes</i> do doente crítico. 		
Título/Autor/Ano	Effectiveness of Protocol on Situation, Background Assessment, Recommendation (SBAR) Technique of Communication among Nurses During Patient Handoff in a Tertiary Care Hospital/ Shalini Castellini e Latha/ 2015	Metodologia	Ensaio Clínico Randomizado
Objetivo(s)	Avaliar a efetividade do protocolo SBAR em termos de conhecimento do mesmo e prática profissional		
Resultados e Conclusões	<p>Randomização aleatória de 72 Enfermeiros (36 no grupo experimental e 36 no grupo de controlo), sendo que o grupo experimental utilizava o protocolo SBAR;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos participantes no estudo tiveram formação na técnica SBAR previamente à realização do presente estudo; • Maior conhecimento relativo à técnica ISBAR no grupo experimental; • Maior utilização da técnica ISBAR no grupo experimental. <p>Conclui-se que o protocolo de comunicação estruturada na transição de cuidados aumenta o conhecimento e o seu uso na prática profissional;</p>		
Limitações/ Recomendações	Não são descritas pelos autores quaisquer limitações e não são tecidas recomendações		

Título/Autor/Ano	Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary hospital/ Yang & Zhang/ 2016	Metodologia	Estudo Intervencional prospectivo
Objetivos	Melhorar o processo de transição de cuidados pela introdução de uma abordagem estruturada e avaliar o impacto no <i>outcomes</i> relativos ao pós-operatório imediato.		
Resultados e Conclusões	<p>Foram estudadas 168 transições de cuidados (56 pré intervenção, 56 pós intervenção e 56 observações para efeitos de <i>follow-up</i>);</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve aumento da taxa de presença de toda a equipa cirúrgica (77% vs 95% $p=0,007$); Verificou-se um aumento, após a implementação do protocolo de transição de cuidados, de: <ul style="list-style-type: none"> Uma preparação atempada para a admissão na UCI (81% vs 96%); Da taxa de informação transmitida de âmbito anestésico e cirúrgico (75% vs 93% e 42 vs 83% respetivamente); Da informação relativa ao plano e conduta terapêutica (49% vs 94%). Foi patente uma melhoria no trabalho de equipa, de melhorado para alto, em todos os 5 itens que fazem parte do instrumento usado pelos autores para estudar esta variável; O Desmame ventilatório precoce (até 6h) aumentou (70 vs 82%) não tendo, contudo, significado estatístico ($p=0,122$). A duração do tempo de ventilação mecânica diminuiu (5,1h vs 3,3h; $p=0,001$) após implementação do referido protocolo; Os ganhos que advieram da intervenção foram sustentados no tempo (follow-up aos 3 meses). <p>A implementação de um protocolo de transição de cuidados pós-operatório para a UCI melhorou a comunicação clínica e poderá estar associado a uma menor duração da ventilação mecânica, concluem os autores.</p>		
Limitações/ Recomendações	<p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudo conduzido num único centro cujas conclusões podem não ser generalizáveis; A situação clínica dos doentes não foi estudada, apesar de haver análise de <i>outcomes</i> clínicos; A observação direta da transição de cuidados pode ter influenciado a mesmas, via efeito de <i>Hawthorne</i>; Não foram estudadas outras formas de comunicação, nomeadamente não-verbal; Não foi analisada a precisão do conteúdo transmitido. <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> É recomendado a adição de mais variáveis clínicas mensuráveis bem como o registo de incidentes e eventos adversos, em estudos futuros; Para potenciar a influência da transição de cuidados nos <i>outcomes</i> estudados, recomenda-se um seguimento mais alargados dos doentes; Recomendam ainda o estudo da transmissão de informação durante os turnos da noite bem como a avaliação da validade do conteúdo. 		
Título/Autor/Ano	In search of common ground in handoff documentation in an Intensive Care Unit/ Collins e al./ 2012	Metodologia	Estudo Observacional
Objetivo(s)	Analisar a estrutura, funcionalidade e conteúdo das ferramentas utilizadas na transição de cuidados de Médicos e Enfermeiros e assim desenvolver uma ferramenta comum que suporta a comunicação e coordenação em contexto de doente crítico		
Resultados e Conclusões	<p>Foram analisados um total de 22 formulários, de 3 tipos: 2 relativas a Enfermeiros ("<i>Admission note</i>" e "<i>Nurse personal handoff sheet</i>") e 1 relativa a Médicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> As ferramentas analisadas são os principais suportes à transição de cuidados; 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Um total de 827 elementos de conteúdo foram codificados a partir das 22 ferramentas descritas; • 52 códigos foram considerados únicos, estando presente em apenas uma das ferramentas, na sua maioria nas Ferramentas utilizadas por Enfermeiros (62%); • Dos 827 códigos, 727 (92%) são considerados conteúdos interdisciplinares; • A "Admission note" continha 309 elementos (301 interdisciplinares e 8 específicos à Enfermagem); A "nurse personal handoff sheet" continha 261 elementos (204 vs 57); Os formulários Médico continha 257 elementos (252 interdisciplinares vs 5 especificamente médico); • A sobreposição de conteúdos é elevada nos formulários analisados, onde se relevam dados dos parâmetros vitais e intervenções específicas ao contexto clínico e outras informações essenciais relacionada com o cuidado ao doente crítico (Perfusões EV, Dispositivos invasivos e Antibióticos); <p>As ferramentas utilizadas, tanto pelos Enfermeiros como pelos Médicos, na transição de cuidados são ferramentas muito estruturadas e dinâmicas permitindo uma adaptação constante; Denota-se uma alta taxa de sobreposição de conteúdos e informação entre a Passagem de turno Médica e de Enfermagem; O desenvolvimento de uma abordagem multidisciplinar semiestruturada, centrada no doente, com possibilidade de adaptação pode melhorar efetivamente a comunicação e a segurança do doente.</p>		
Limitações/ Recomendações	<p>Limitações: Estudo realizado numa única UCI com uma população homogénea (UCI Cardio-torácica), carecendo de investigação futura para ser generalizável a outros contextos clínicos;</p> <p>Recomendações: Os autores recomendam o futuro desenvolvimento de uma abordagem multidisciplinar semiestruturada, centrada no doente, com possibilidade de adaptação com o objetivo de melhorar efetivamente a comunicação clínica e a segurança do doente.</p>		
Título/Autor/Ano	Nursing handover from ICU to cardiac ward Standardised tools to reduce safety risks/ Graan Botti, Wood and Redley/2015	Metodologia	Estudo Intervencional prospetivo
Objetivo(s)	Estabelecer as atuais práticas de transição de cuidados e adaptar as ferramentas existentes para semiestrutar a transição de cuidados da UCI para a Enfermagem de Cardiologia e avaliar a segurança do doente antes e após a intervenção		
Resultados e Conclusões	<p>Estudo com 3 fases: Estabelecer as atuais práticas de transição de cuidados através de 20 observações (Fase 1); Adaptação ao contexto clínico das ferramentas para a transição de cuidados (fase 2); avaliar o uso, a utilidade das ferramentas (mnemónicas <i>COLD</i> e <i>ISOBAR</i>) e identificar riscos para a segurança do doente através de 20 observações em conjunto com uso de <i>focus group</i> (fase 3);</p> <ul style="list-style-type: none"> • As características dos doentes, bem como dos enfermeiros participantes eram similares; • O tempo prévio à transição de cuidados foi similar em ambas as fases, havendo um aumento da duração da transição da fase 1 para a fase 3 (3,36 min vs 4,59 min); • Transição de cuidados na fase 1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Maioritariamente feita fora cabeceira do doente (75%); ○ Sem avaliação concomitante nem participação do doente na mesma (apenas 15%); ○ Informação desorganizada, incompleta e não suportada em documentação; ○ Uso de uma abordagem por sistemas orgânicos; ○ Apenas em 40% dos casos foi referido o plano ou conduta terapêutica futuro; • Após a implementação (Fase 3): <ul style="list-style-type: none"> ○ Todas as transições foram realizadas à cabeceira do doente, com confirmação visual da informação quando aplicável; 		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Referência ao aumento da organização, melhor sistematização e abrangência do novo método no <i>focus group</i>; ○ Em todas as transições de cuidados foi referida toda a história clínica relevante bem como o plano/condução terapêutica futura; • Foi definido uma matriz de risco associado à transição de cuidados, tendo havido a perceção de diminuição do risco associado da fase 1 para a fase 3; <p>De acordo com os autores, ficou demonstrado, com o presente estudo uma adaptação com sucesso de ferramentas já existentes de transição de cuidados e a mitigação dos riscos observados durante os momentos já referidos.</p>		
Limitações/ Recomendações	<p>Limitações: Estudo não generalizável pela amostra pequena e população heterogénea (Cirurgia Cardio-torácica);</p> <p>Recomendações: Os Autores apenas recomendam a realização de um estudo de <i>follow-up</i> com uma amostra de maiores dimensões e de características mais heterogéneas;</p>		
Título/Autor/Ano	Safe and effective nursing shift handover with NURSEPASS- An interrupted time series/ Smeulers et al/ 2016	Metodologia	Estudo Intervencional prospetivo
Objetivo(s)	Implementação de um instrumento de transição de cuidados suportado pela evidência, desenvolvido localmente associado a uma <i>checklist</i> para determinar a qualidade, segurança e efeito do mesmo;		
Resultados e Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo consiste na aplicação de uma <i>bundle</i> de transição de cuidados com 18 recomendações (mnemónicas NURSEPASS): <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 relacionada com o método (estruturado); ○ 12 relacionadas com o conteúdo (resumo mínimo de dados e confirmação de elementos relacionados com a segurança do doente); ○ 3 relacionadas com o local; ○ 2 relacionadas com as condições prévias. • Foram incluídas 1175 transições de cuidados (561 pré-intervenção e 614 pós-intervenção): • Relativamente à qualidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Houve uma melhoria desta com uma diminuição dos pontos atribuídos à menção baixa (<i>Low</i>: 232 para 75) e aumento dos pontos atribuídos à menção elevada (<i>High</i>: 1389 para 1861), pontos estes atribuídos pelo instrumento de medida utilizado pelos autores; Das categorias deste instrumento salienta-se o aumento significativo dos itens relacionados com a organização e eficiência; • 74,9% das avaliações de segurança do doente decorreram sem alterações e em apenas 10,1% houve discrepâncias. Em 13% esta avaliação não foi realizada; • No que concerne à opinião dos Enfermeiros: <ul style="list-style-type: none"> ○ A introdução de uma estrutura na passagem de turno não foi percebida com uma mudança, antes um refinamento; ○ A atenção dada à estrutura e conteúdo foi um elemento de relevo; ○ A introdução de uma <i>checklist</i> de segurança foi um elemento de especial importância apesar do tempo necessário à mesma ser tido como relevante e significativo; <p>O uso de uma <i>bundle</i> de transição de cuidados demonstrou resultados promissores na eficiência, tendo-se demonstrado ser um instrumento viável e com franca aceitação por parte dos profissionais de saúde;</p>		
Limitações/ Recomendações	<p>Limitações: O conteúdo da <i>bundle</i> construída não é facilmente generalizável, contudo a abordagem e as etapas aplicadas podem ser utilizadas facilmente noutros contextos;</p> <p>Recomendações:</p>		

	Os autores recomendam futura investigação com uma amostra maior, mais heterogénea, com uma avaliação de eficiência e efetividade por períodos temporais maiores;		
Título/Autor/Ano	The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit/ Panesar, Albert, Messina e Parker./ 2016	Metodologia	Estudo observacional retrospectivo
Objetivo(s)	Descrever o impacto da integração de notas clínicas eletrónicas com uma estruturação (SBAR) na comunicação, mais especificamente examinar a frequência com que se fazem notas escritas bem como o grau de completude das mesmas;		
Resultados e Conclusões	<p>Estudo que analisou, em 3 períodos de tempo distintos subsequentes, os registos feitos exclusivamente em papel, os registos exclusivamente eletrónicos em texto livre e a documentação eletrónica usando uma estruturação pré-definida e texto livre (SBAR);</p> <ul style="list-style-type: none"> Foram analisados um total de 542 (173 de registos em papel em texto livre, 197 em texto livre eletrónico e 172 em documentação eletrónica estruturada). Desta análise conclui-se: <ul style="list-style-type: none"> Não houve diferença estatisticamente significativa entre o registo de eventos significativos, para além dos registos comuns, nos 3 períodos, embora com uma frequência superior no 3º grupo; A completude das notas clínicas foi superior no 3º período de tempo (SBAR); A identificação e notificação dos intervenientes subiu de 0 e 18% para 7% e 53% e finalmente para 44% e 79% (Enfermeiro e Médico), para os períodos de tempo descritos; Na análise secundária constatou-se que, utilizando apenas a estruturação pré-definida, atingiu-se os 100% de notificação dos intervenientes; <p>A implementação de notas clínicas com estruturação pré-definida (SBAR) providenciou um meio para uma documentação mais completa. Esta metodologia aumentou a frequência da documentação da comunicação na equipa multidisciplinar.</p>		
Limitações/ Recomendações	<p>Limitações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudo conduzido numa única instituição, podendo não ser generalizável a outras realidades; Amostra pequena homogénea Nem todos as classes profissionais foram estudadas Existe uma grande probabilidade de que nem todos os eventos tenham sido registados Não é possível avaliar a validade da informação vertida nos registos, dado ser um estudo retrospectivo; <p>Recomendações:</p> <p>Os autores recomendam futura investigação prospetiva cruzando a documentação dos vários grupos profissionais, bem como a sinergia das vantagens de uma metodologia estruturada com os outros métodos descritos;</p>		
Título/Autor/Ano	Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundle intervention/ Moon, Gonzales, Woods e Fox/ 2016	Metodologia	Estudo Intervencional prospetivo
Objetivo(s)	Avaliar a eficácia da introdução de uma <i>bundle</i> de intervenções, na qualidade da transição de cuidados entre o Bloco Operatório e a Unidade de Cuidados Intensivos		
Resultados e Conclusões	<p>Introdução de uma bundle na transição de cuidados com 3 componentes que resultaram de um diagnóstico de necessidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contato direto entre o BO e a UCI usando uma mnemónica previamente delineada; Distribuição desta mnemónica (<i>I PUT THE PATIENT FIRST</i>) em locais estratégicos; 		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entrega imediata da documentação pertinente aos prestadores de cuidados da UCI. • Houve um aumento da eficiência percebida profissionais de bloco operatório relativamente ao processo de transição e à documentação clínica (5,4 vs 7,56 $p<0,001$ e 5,2 vs 7,24 $p<0,0016$ respetivamente de acordo com a escala de <i>Likert</i> de 10 pontos), bem como um incremento da satisfação destes profissionais, no questionário de satisfação utilizado; • De igual forma aumento da eficiência percebida profissionais da UCI relativamente ao processo de transição, documentação clínica e ao contato prévio recebido do BO (5,36 vs 7,41 $p<0,001$, 4,61 vs 5,63 $p<0,0513$ e 3,71 vs 7,04 $p<0,001$ respetivamente), bem como um incremento da satisfação destes profissionais, no questionário de satisfação referido; <p>A implementação de uma <i>bundle</i> de intervenções na transição de cuidados foi associada ao aumento satisfação das partes interessadas, bem como uma perceção de maior eficácia e qualidade da no processo e documentação.</p>
<p>Limitações/ Recomendações</p>	<p>Limitações: O uso de questionário para avaliar perceções dos profissionais de saúde está sujeito a diversos vieses; Não foi estudado o efeito de cada intervenção especifica da <i>bundle</i> nos resultados obtidos Não foi estudado a sustentação a médio e longo prazo da <i>bundle</i>;</p> <p>Recomendações: Os autores recomendam que os futuros estudos a serem realizados englobem os <i>outcomes</i> dos doentes e sua análise.</p>

Os resultados obtidos da síntese realizada sugerem uma elevada heterogeneidade das metodologias de transição de cuidados em Cuidados Intensivos, variando desde a utilização de: uma *checklist* (Robins & Dai, 2015; Yang & Zang; 2016) um conjunto de (*bundle*) de intervenções sobre a transição de cuidados (Moon et al., 2016; Smeulers et al. 2016) e a utilização isolada de uma mnemónica para transição de cuidados (Panesar et al., 2016; Shalini et al., 2015). Esta variabilidade é, como refere Colvin et al. (2016), esperada dado não haver uma *checklist*, mnemónica ou protocolo que possa melhorar todos as vertentes da transição de cuidados sendo utilizado o processo que melhor se adapta aos contextos clínicos específicos.

O método estruturado mais usado na transição de cuidados de saúde remete para o uso de uma mnemónica como suporte de informação a transmitir (Moon et al., 2016; Panesar et al., 2016; Smeulers et al., 2016; Graan et al., 2015; Shalini et al., 2015), sendo a mais comum a *SBAR*, ou a sua variação *ISOBAR* (*Identify–Situation–Observations–Background–Agreed plan–Read back*), usadas isoladamente ou concomitantemente com outras ferramentas não se inferindo contudo resultados que concluam a superioridade de um método em particular. Releva-se a existência de um manancial extenso de mnemónicas usadas para o fim descrito (Nasarwanji, Badir & Gurses, 2016) que, segundo este autor, carecem de uma adaptação ao contexto clínico específico sendo reconhecido que nenhuma abrange todos os conteúdos. Este facto

revela, na nossa visão, a complexidade dos momentos de transição de cuidados de saúde.

Houve um aumento da satisfação dos profissionais de saúde com transição de cuidados semiestruturada/protocolizada (Graan et al., 2015; Smeulers et al., 2016) sendo percebido pelos mesmos uma melhor organização, sistematização, eficiência e abrangência (Graan et al., 2015; Smeulers et al., 2016; Moon et al., 2016) e principalmente um aumento da qualidade deste momento (Smeulers et al., 2016), não havendo contudo diferenças significativas da duração da transição de cuidados (Robins et al., 2015; Graan et al., 2015). Neste contexto, ganha importância o estudo de Yang e Zang (2016), em que são mensurados alguns *outcomes* clínicos de processo, no qual a duração da ventilação mecânica e do desmame ventilatório diminui, embora o último dado não tenha significado estatístico, provavelmente pela dimensão da amostra, sendo sustentados no tempo os ganhos sensíveis à intervenção.

Importa salientar também a percepção de uma melhoria do trabalho de equipa (Yang & Zang, 2016) e a constatação de uma sobreposição de informação e conteúdo entre os diferentes profissionais implicados nos cuidados ao doente crítico havendo espaço para, segundo Collins et al. (2012), o desenvolvimento de uma abordagem multidisciplinar semiestruturada comum, centrada no doente, com possibilidade de adaptação.

É reconhecido de forma transversal, nos estudos objeto de síntese, a necessidade de mais investigação, mais rigorosa, com outras metodologias (Shalini et al., 2015; Yang & Zang, 2016; Smeulers et al., 2016), que contemple amostras de maiores dimensões e mais heterogénea (Yang & Zang, 2016; Smeulers et al., 2016; Collins et al., 2012) e, principalmente, a necessidade de integração de variáveis relacionadas com os *outcomes* dos doentes, a sua significância relativamente à transição de cuidados e necessidade de uma janela temporal alargada e um *follow-up* adequado (Moon et al., 2016; Smeulers et al., 2016; Graan et al., 2015; Collins et al., 2012; Yang & Zang, 2016). Esta carência de evidência científica é enaltecida por Smeulers, Lucas e Vermeulen (2014) que, numa revisão sistemática recente, constatou a ausência de estudos de qualidade face à metodologia proposta. Esta lacuna é também evidenciada por Colvin et al. (2016) que refere a escassez de estudos em ambiente de Cuidados Intensivos sobre a temática em análise, dando relevância ao uso de estratégias ancoradas e validadas na evidência científica, embora adaptadas aos contextos específicos. Assim face aos resultados apresentados, infere-se a necessidade, considerada premente e inevitável, da prossecução da investigação nesta área, pela importância demonstrada.

CONCLUSÃO

A presente revisão da literatura teve como objetivo identificar e elencar as metodologias de transição de cuidados estruturadas usadas na pessoa em situação crítica em Cuidados Intensivos e identificar as principais vantagens e desvantagens da transição de cuidados semiestruturada/protocolizada na segurança do doente crítico.

Os resultados obtidos sugerem uma elevada variabilidade nos métodos e processos no momento de transição de cuidados de saúde na Pessoa em situação crítica na prática clínica, utilizando ferramentas como checklist, mnemónicas como suporte de informação a transmitir bem como conjuntos de intervenções construídas sobre a transição de cuidados.

O método estruturado mais usado na transição de cuidados de saúde remete para o uso do mais comum a *SBAR*, não se concluindo a superioridade de um método em particular.

A revisão elaborada aponta para um aumento de satisfação por parte dos profissionais de saúde sobre a transição de cuidados após a introdução de uma abordagem mais padronizada e estruturada e a perceção de uma melhor organização, sistematização, eficiência, abrangência potenciando um aumento da qualidade.

Por fim, é consensual a necessidade de mais investigação em diferentes contextos e a integração de variáveis relacionadas com os *outcomes* dos doentes, a sua relação com a transição de cuidados e a necessidade de um seguimento adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (2014). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*. Acedido em 18 de Dezembro de 2017 em <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>

Collins, S., Mamykina, L., Jordan, D., Stein, D., Shine, A., Reyfman, P. & Kaufman, D. (2012). In search of common ground in handoff documentation in an Intensive Care Unit. *Journal of Biomedical Informatics*, 45(2): 307-315 doi: 10.1016/j.jbi.2011.11.007.

Colvin, M., Eisen, L. & Gong, M. (2016). Improving the patient Handoff process in the Intensive Care Unit: Keys to Reduzing Errors and Improving Outcomes. *Seminars of Critical Care Medicine*, 37, 96-106 doi 10.1055/s-0035-1570351.

Comissão Europeia (2005). Luxembourg Declaration on Patient Safety. Acedido em 12 de Dezembro de 2017. Retirado de https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf

Comissão Europeia (2009). Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infection. Official Journal of the European Union, 151 (1). Acedido em 12 de Dezembro de 2017. Retirado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf

Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados*. Acedido em 19 de Dezembro de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Emler, L., Al-Khafaji, A., Kim, Y., Venkataraman, R., Rogers, P. & Angus, D. (2012) Trial of shift scheduling with standardized sign-out to improve continuity of care in intensive care units. *Critical Care Medicine*; 40(12), 3129-3134 doi: 10.1097/CCM.0b013e3182657b5d

Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes- Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.

Graan, S., Botti, M., Wood, B., Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac Ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, 29(3): 165-171 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2015.09.002>

Lane-Fall M.; Beidas R.; Pascual J.; Collard M.; Peifer H., Chavez, T.,...Barg, F. (2014). Handoffs and transitions in critical care: protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. *BMC Surgery*. 14(96). doi:10.1186/1471-2482-14-96

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Moon, T., Gonzales, M., Woods, A. & Fox, P. (2016). Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundled intervention. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21, 5-12.

- Nasarwanji, M., Badir, A. & Gurses, A. (2016). Standardizing Handoff Communication: Content Analysis of 27 Handoff Mnemonics. *Journal of Nursing Care Quality*; 31(3), 238-244. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000174.
- Organização Mundial da Saúde (2004). World Alliance for Patient Safety. Acedido em 13 de Dezembro de 2017. Retirado de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- Panesar, R., Albert, B., Messina, C. & Parker, M. (2016). The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal of Medical Quality*, 31(1), 64-68.
- Patterson, E. & Wears, R (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(2), 52-61.
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. & Engstrom, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 21(4). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268
- Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série. n.º 35 (18-02-2011), 8656-8657.
- Robins, Holly-May & Dai, Feng (2015). Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*. 83(4), 264-268.
- Shalini, Castelino, F. & Latha, T. (2015). Effectiveness of Protocol on Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Technique of Communication among Nurses During Patients' Handoff in a Tertiary Care Hospital. *International Journal of Nursing Education*, 7(1), 123-127. doi 10.5958/0974-9357.2015.00025.2
- Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD009979.
- Smeulers, M., Dolman, C., Atema, D., Dieren, S., Maskant, J. & Vermeulen, H. (2016). Safe and effective nursing shift handover with NURSEPASS- An interrupted time series. *Applied Nursing Research*, 32, 199-205. doi:10.1016/j.apnr.2016.07.010

Starmer, A.; Spector, N.; Srivastava, R.; West, D.; Rosenbluth, G., Allen, A., Noble, E.,...Landrigan, C. (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*. 371(19), 1803-1812. doi: 10.1056/NEJMsa1405556

The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition*. Acedido em 19 de Dezembro de 2017. Retirado em <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

The Joanna Briggs institute (2016). *Critical Appraisal tools*. Acedido em 19 de Dezembro de 2017. Retirado em <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

The Joint Comission (2014). *Sentinel event data: root causes by event type*. Chicago: The Joint Comission. Acedido em 21 de Dezembro de 2017. Retirado de http://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics

Yang, Jian-Gua & Zhang, Jun (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1062-1072. doi: 10.1111/jocn.13115.

**APÊNDICE V – BASE DE DADOS REFERENTE À
CASUÍSTICA DA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS ESPECIALIZADA**

Motivo de Admissão	SEMANA									TOTAL	
	18-24/09	25/09-01/10	2/10 - 08/10	9/10-15/10	16/10-22/10	23/10 - 29/10	30/10-5/11	06/11-12/11	13/11 - 19/11		20/11 - 26/11
Doente Médico				3	1		1	1	1		7
Doente Cirúrgico											0
Cirurgia Eletiva		1	1					2		1	5
Cirurgia de Urgência/Emergência	2	2			2	2	3	1	3	2	17
Cirurgia de controlo de dano								1			1
Doente Neurocrítico não trauma		2							1	1	4
Doente de Trauma											0
Trauma craneoencefálico Isolado	2										2
Trauma torácico Isolado											0
Trauma abdominal Isolado											0
Trauma pélvico Isolado											0
Trauma músculo/esquelético e das extremidades Isolado											0
Trauma vertebro-medular Isolado											0
Polltrauma (2 ou mais segmentos corporais)		2	2		3	3		2	1		13
Potencial Dador de Órgãos/Manutenção de Dador de Órgão										1	1

Caracterização por risco/presença de disfunção de órgão	SEMANA									TOTAL
	18-24/09	25/09-01/10	2/10 - 08/10	9/10-15/10	16/10-22/10	23/10 - 29/10	30/10-5/11	06/11-12/11	13/11 - 19/11	
Presença de via aérea artificial										
Tubo Orotraqueal	2	3	1	3	1	2	3	3	5	5
Tubo Nasotraqueal										
Traqueostomia		2								
Disfunção respiratória										
Sem suporte ventilatório/respiratório										
Oxigenoterapia		2			1		1			2
Oxigenoterapia de alto fluxo								1		
Ventilação mecânica não invasiva							1			
Ventilação mecânica invasiva	2	3	1	2	1	2	3	3	5	3
Decúbito Ventral				1						1
Extracorporeal CO2 removal (ECCO2R)										
Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)		1		1	1	1	2	1		1
Disfunção Cardiovascular										
Sem suporte Inotrópico/vasopressor farmacológico e/ou mecânico		2			1					2
Com suporte Inotrópico/vasopressor farmacológico	1	2	1	2		2		2	4	3
Com suporte Inotrópico/vasopressor mecânico					1					
Monitorização Hemodinâmica (PICCO® ou Cateter de Swan-Ganz)				1		1				
Disfunção Neurológica										
Sem disfunção neurológica evidente		3	1	2	1		1		2	2
Com monitorização da pressão Intracraniana	2	1						1	1	
Com monitorização por Índice BI-Espetral	1	1		2	1	2		2	4	1
Com monitorização do bloqueio Neuromuscular (TOF)				2					1	1
Com monitorização com eletroencefalograma										
Disfunção Renal										
Sem disfunção renal	1	4	1	3	2	2		1	2	1
Sob terapia de substituição renal intermitente										2
Sob terapia de substituição renal contínua							3	1	3	2
Disfunção Hepática										
Sem disfunção hepática	1	4	1	3	2	2	3	2	5	5
Com disfunção hepática										

Carga de trabalho de Enfermagem (Média Semanal)	SEMANA										TOTAL (MÉDIA)
<i>Therapeutic Intervention Scoring System 28 (Pontos/minutos)</i>	45/477	45,5/482,25	42/466	39/413	38/402,8	44,5/471,7	37/392,1	38,33/420,3	35,4/375	36,33/385,23	40,11/428,54
<i>Nursing Activity Score (Pontos)</i>	75	77	89	87	83	95,5	82	83,3	77,6	92,8	84,22

Procedimentos, atividades e ocorrências de especial relevo	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	TOTAL
	18-24/09	25/09 - 01/10	2/10 - 08/10	9/10-15/10	16/10-22/10	23/10 - 29/10	30/10-5/11	6/11-12/11	13/11 - 19/11	20/11-26/11	
Relacionados com a via aérea											0
Colocação de tubo orofaríngeo											0
Colocação de tubo nasofaríngeo										1	1
Entubação endotraqueal		1						1			2
Traqueostomia percutânea											0
Traqueostomia cirúrgica											0
Aspiração de secreções via aérea superior	2	3	1	3		2	1	2	5	3	22
Aspiração de secreções da via aérea inferior	1	2	1				1				5
Aspiração de secreções através de via aérea artificial	2	3	1	3	1	2	2	2	5	4	25
Relacionado com a função ventilatória/respiratória											0
Iniciação/Otimização de oxigenoterapia/oxigenoterapia de alto fluxo		1			1						2
Iniciação/Otimização de ventilação mecânica não invasiva										1	1
Iniciação/Otimização de ventilação mecânica invasiva	2	3	1	3		2	3	2	5	3	24
Colocação em Decúbito Ventral				1						1	2
Prestação de cuidados ao doente sob ECMO e ECCO2R		1		1	1	1					4
Colocação/manutenção de Dreno torácico						1			2		3
Colheita de gasimetria de sangue arterial				1						3	4
Avaliação de Saturação Venosa Central de O2		1								1	2
Relacionados com a função cardiovascular											0
Ressuscitação volêmica		1				1					2
Administração e titulação de aminas vasoativas	1	2	1	3	1	2	1	3	5	5	24
Administração e titulação de fármacos cronotrópicos									1		1
Cardioversão química										1	2
Cardioversão elétrica						1					1
Suporte de Vida em contexto de Paragem cardiorespiratória											0
Relacionados com a função neurológica, sedação, analgesia e delirium											0
Administração de analgesia opióide e/ou não opióide	2	3	1	3	2	2	3	3	5	5	29
Administração de sedação	1	3	1	3	1	2	2	3	4		20
Monitorização de estado de consciência	2	2	1	2		2				4	13
Monitorização da dor	1	3	1	2	1	2	1	2		4	17
Colocação de Índice Bis-espectral (BIS®)		1		1		2		2	1	3	10
Monitorização do delirium											0
Monitorização do bloqueio Neuromuscular		1		2					1	1	5
Colocação de Sensor de pressão intracraniana (PIC)	2					1			1	2	6
Manutenção de Sensor de PIC											0
Outros											0
Colocação/troca de cateter vesical								1			1
Entubação Nasogástrica										1	1
Transporte intra-hospitalar do doente crítico		1		1		1		1	1	1	6
Colaboração na admissão de doente		1							1		2
Transição de cuidados				1						1	2
Colaboração na realização de provas de morte cerebral											0
Colaboração na troca do oxigenador de doente em ECMO					1						1
Passagem de turno		2		1		1			2	4	10

ANEXOS

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE
ORIENTAÇÃO**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 117.º do Despacho nº 11704/2016, DR. Nº 189, 2ª Série de 30 de setembro, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do relatório do estudante **Luís Carlos Amaral Santos Leite** (nº 36799), conducente ao Relatório de **Mestrado em Enfermagem**, criado na Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal, sob o registo n.º R/A – CR-286/2015, na Direcção-Geral do Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março na redação que lhe foi dada pelo Decreto -Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em **Enfermagem Médico-Cirurgia: A Pessoa em Situação Crítica**, que versa sobre a problemática da **“Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem”**.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 18 outubro de 2017

O Orientador

Maria do Céu Mendes Pinto Marques (PhD)

**ANEXO B – ADESÃO AO FEIXE DE
INTERVENÇÕES: PNEUMONIA
ASSOCIADA À VENTILAÇÃO**

Adesão ao Feixe de Intervenções: Pneumonia Associada à Intubação

Mês: _____ / 2016

UCIPG

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
1. Sedação	Existe evidência de que no doente é efetuada revisão, redução e, se possível, a paragem diária da sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentado no processo clínico	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
2. Desmame Ventilatório/Extubação	Existe evidência de que no doente é efetuada discussão e avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
3. Cabeceira da Cama	Existe evidência de que no doente é mantida a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitando momentos de posição supina, sendo realizada auditoria diária ao cumprimento desta medida, registado no processo clínico	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
4. Higiene oral	Existe evidência de que no doente com idade superior a dois meses é realizada higiene oral com gluconato de clorexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes que previsivelmente permaneçam na unidade de cuidados intensivos (UCI) mais de 48 horas e documentar no processo clínico	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
5. Circuito Ventilatório	Existe evidência de que no doente são mantidos os circuitos ventilatórios, sendo substituídos apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
6. Pressão do cuff	Existe evidência de que no doente a pressão do balão do tubo endotraqueal é mantida entre 20 e 30 cmH ₂ O (1x/turno)	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
	Sub-Total	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6
	Índice de Conformidade (%)												

S- Sim | N- Não

Ponto 1. e 2. – a retirar da checklist diária | Ponto 3. – A avaliar no dia da observação | Ponto 4., 5. E 6. – a avaliar registos do B-Simple

**ANEXO C – ADESÃO AO FEIXE DE
INTERVENÇÕES: MOMENTO DE
COLOCAÇÃO DO CATETER
VENOSO CENTRAL**

Adesão ao Feixe de Intervenções Momento de Colocação do CVC

Data: ___/___/2016

UCIPU / UCIPG

Intervenção	Descrição	
Necessidade do CVC e nº de vias	Existe evidência de que no doente é avaliada a necessidade de colocar CVC, registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionado CVC com número mínimo de lumens adequado à situação do doente	S N
Assepsia na colocação do CVC	Existe evidência de que é realizada por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de CVC, num raio de 2 metros, preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéril, touca e máscara); higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele; preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes; técnica asséptica durante introdução, com luvas e bata "total" estéril, touca e máscara	S N
Cloro-hexidina 2% em álcool	Existe evidência de que no doente é realizada antissepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do CVC: fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos; usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente	S N
Campo cirúrgico	Existe evidência de que no doente é usado campo cirúrgico que cubra totalidade da sua superfície corporal	S N
Acesso femoral (se usado» registar motivo)	Existe evidência de que no doente não é usado acesso femoral, sempre que possível, e registadas razões de utilização de acesso femoral	S N
Subclávio vs Jugular Interno	Existe evidência de que no doente é usado acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia) e preferem-se acesso jugular interno apenas em caso de: anatomia anómala na região subclávia; lesão cutânea na região subclávia; hiperinsuflação pulmonar significativa; in experiência do operador para acesso subclávio	S N
Realização do penso	Existe evidência de que no doente é utilizada técnica asséptica na realização do penso: garantia do local de introdução limpo e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "bit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool; data do penso	S N
Sub-Total		<i>n</i>
Índice de Conformidade (%)		

S- Sim | N- Não

**ANEXO D – ADESÃO AO FEIXE DE
INTERVENÇÕES: MOMENTO DE
MANUTENÇÃO DO CATETER
VENOSO CENTRAL**

Adesão ao Feixe de Intervenções: Momento de manutenção do CVC

Mês: _____ / 2016

UCIPU / UCIPG

Data	Explicação						
Necessidade de manter CVC	Existe evidência de que é avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central no doente	S	N	NA	S	N	NA
Higienização das mãos prévia	Existe evidência de que é realizada higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o CVC no doente	S	N	NA	S	N	NA
Descontaminação das conexões	Existe evidência de que a nível do CVC no doente, são descontaminadas as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70% antes de qualquer manuseamento local: descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril	S	N	NA	S	N	NA
Realização do penso	Existe evidência de que na realização de penso no doente é: garantido orifício de inserção e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele; data do penso	S	N	NA	S	N	NA
Mudança adequada do penso	Existe evidência de que é mudado penso no doente sempre que se verifique uma destas condições: penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48 horas após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente	S	N	NA	S	N	NA
	Sub-Total	/5	/5	/5	/5	/5	/5
	Índice de Conformidade (%)						

S- Sim | N- Não | NA- Não aplicável

**ANEXO E – FOLHA PARA COLHEITA DE
INDICADORES DE QUALIDADE
DO SMI**



VINHETA

Folha para colheita de indicadores do SMI

Dias Internamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cabeceira ≥ 30°																				
Ventilação invasiva																				
Ventilação não invasiva																				
Intubação endotraqueal ou cânula traqueostomia																				
Nº cateteres venosos centrais																				
Derivação ventricular externa																				
Algália																				
Antibiótico																				
Prevenção Hemorragia GI (ranitidina ou pantoprazol)																				
Prevenção Tromboembolismo (mecânica ou heparina)																				
Nºhipoglicemia grave/Nºaval. (≤40)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nºhipoglicemia moderada/Nºaval. (40-70)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Extubação não programada																				
Extubação programada																				
Re-entubação após Extubação não programada																				
Re-entubação após Extubação programada																				
Imobilização cervical (S/N)																				
Úlcera Cervicocéfálica associada a imobilização cervical																				
Úlcera da face associada a VNI																				
Diagnóstico VAP(Dia 1)																				
Diagnóstico HAP(Dia 1)																				
Diagnóstico Bacteriemia primária associada a CVC (dia 1)																				
Diagnóstico de ITU (dia 1)																				
Diagn. Meningite associado a DVE (dia 1)																				
Enfermeiro																				
Médico																				
NECESSIDADE DE FOLLOW UP ALTA SMI																				

**ANEXO F – BRIEFING DE SEGURANÇA DA
UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS POLIVALENTE
GERAL**

"Briefing" de Segurança UCIP Geral

Mês _____ /2017 Dia _____ Turno _____

Assin _____

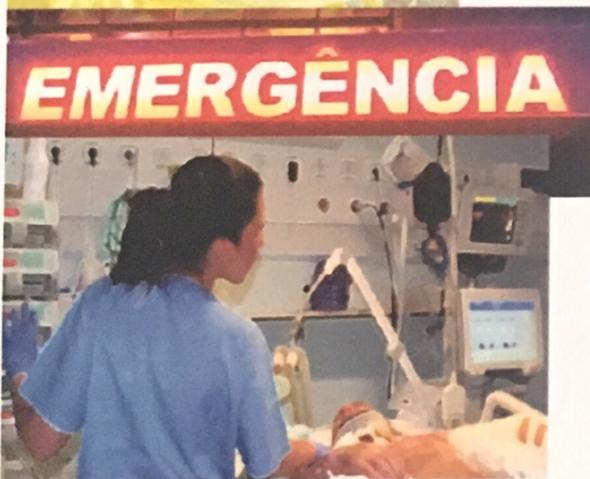
	Cama 9	Cama 10	Cama 11	Cama 12	Cama 13	Cama 14	Cama 15	Cama 16
Medicação Prescrições inadequadas								
Ministração inadequada/ "near missing"								
Fármacos não habituais necessidade de informação								
Equipamento								
Falhas funcionamento								
Dúvidas funcionamento								
ALERTAS								
Doentes com nome similar								
Família								
Adequadamente informada								
Inadequadamente informada								
Outras necessidades								
Outras questões								
Sugestões								

ANEXO F – CONGRESSO “DOENTE CRÍTICO ‘17”

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Luis Carlos Amaral Santos Leite

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enfº João Fernandes)

WORKSHOPS

Ventilação Invasiva: 19/10 - das 14h às 18h

Ventilação Não Invasiva: 19/10 - das 14h às 18h

Técnicas Dialíticas: 20/10 das 16h às 18h

Trauma: 20 e 21/10 das 11h às 13h



Auditório de Mestrados ESEL e em espaço aberto
(depende das condições meteorológicas)
ELIMINATÓRIAS: 20/10 - anúncio dos horários no dia no auditório principal
FINAL 21/10 - das 15H30 às 16h00

SEJA SÓCIO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS
www.apenfermeiros.pt

COMISSÃO ORGANIZADORA & CIENTÍFICA

ANA SOFIA CASAL | ANDRÉ CALVÁRIO | CASIMIRO CORREIA
CATARINA BRANCO | CLÁUDIA ALFARROBINHA | DULCE GONÇALVES
ILDA LOURENÇO | ISABEL PÃO ALVO | JOÃO RAIMUNDO
MARCO JOB BATISTA | NELSON SANTOS | PAULO MONTEIRO
PEDRO VASCONCELOS | RUI FÉLIX | SÓNIA SOUSA | TIAGO AMARAL

Patrocínios



Estrada do Paço do Lumiar, 57 - B
Bairro da Horta Nova
1600 - 543 Lisboa

DOENTE CRÍTICO '17



4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



20 e 21
Outubro
Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa
Pólo Artur Ravara



WORKSHOPS
VENTILAÇÃO
INVASIVA
NÃO INVASIVA
TRAUMA
TÉCNICAS DIALÍTICAS

CURSOS PRÉ-EVENTO
OCEAN MEDICAL
SAV - SAVQ - PALS - ITLS

Submissão de Posters e Trabalhos até 1 de Outubro
€ 300,00 em prémios

Inscrições em www.doentecritico2017.pt



20 OUTUBRO

8:30 | ABERTURA DO SECRETARIADO

9:00 | MESA DE ABERTURA

Associação Portuguesa de Enfermeiros: Enf.º João Fernandes - Presidente
Representante da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Comissão Científica: Enf.º Pedro Vasconcelos

9:30 | ENFERMAGEM NA CATÁSTROFE: INTERVENÇÃO DIFERENCIADA

MODERADOR: Enf.º Tiago Amaral - CHL Central - H.S. José - SU e VMER
Preparação SUMMA 112 - Enf.º Antonio Alonso
Preparação SEM Barcelona - Enf.º Manuel Munõz Mancisidor - SEM Barcelona
Preparação Hospitalar Nacional - Enf.º Inês Elvas - CHL Central - H.S. José - SU

10:45 | COFFEE-BREAK

11:15 | NOVAS REALIDADES NOS CUIDADOS À PESSOA EM UCI

MODERADOR: Enf.º Dina Ferreira - CHL Central - H. Sta. Marta - U. Cir. Cardiotorácica
ECMO no Dador de Coração Parado - Enf.º Mário Branco - CH S. João - VMER
ECMO em UCI: Actuação do Enfermeiro - Enf.º Ana Cristina José - CHL Central - H.S. José - U. de Urg. Médica
ECMO em UCI: Actuação do Médico - Dr. João Gouveia - CHL Norte - H. Sta. Maria - SMI
ECMO em Pediatria - Enf.º Rafael Marques - CHL Norte - H. Sta. Maria - UCI Pediátricos

12:40 | ALMOÇO

14:00 | ESPECIALIDADES EM ENFERMAGEM: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

MODERADOR: Enf.º João Fernandes - Presidente da APE
Visão da Ordem dos Enfermeiros - Enf.º Sílvia Alminhas - Ordem dos Enfermeiros - Colégio da Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica
Visão da universidade do papel do Enfermeiro Especialista e Mestre em Pessoa em Situação Crítica na UCI - Prof. Rui Novais - ESE U.Minho
Papel do Enfermeiro Especialista Pessoa Situação Crítica na Urgência e na UCI
Enf.º Pedro Vasconcelos - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica, Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

15:30 COFFEE-BREAK

16:00 | O PAPEL DIFERENCIADOR DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

MODERADOR: Enf.º Sónia Sousa - CH Setúbal - H. S. Bernardo - SU e VMER
Bombeiro Enfermeiro - Enf.º Nelson Filipe Nascimento - GNBE (Grupo Nacional de Bombeiros Enfermeiros)
Viatura Médica de Emergência e Reanimação e Helicóptero de Emergência Médica - Enf.º José Alexandre - Coordenador da VMER do Hospital de Sta. Maria e Operacional do Heli I
Ambulância de Suporte Imediato de Vida - Enf.º João Lourenço - INEM

21 OUTUBRO

8:30 | COMUNICAÇÕES LIVRES

9:00 | ATUALIZAÇÃO EM UCI

MODERADOR: Enf.º Paulo Monteiro - CHL Ocidental - H. S. Francisco Xavier - UCIP
Resistência a Antimicrobianos - Dra. Carolina Paulino - CHL Ocidental - H. S. Francisco Xavier - UCIP
Nutrição do Doente Crítico - Dr. Nuno Carvalho - Assoc. Port. de Nutrição Entérica e Parentérica
Circuito do Doente Crítico - Dr. Tiago Carvalho - Hospital de Vila Franca de Xira - UCI e Coordenador da VMER

10:30 | COFFEE-BREAK

10:30 | Conferência Satélite
Auditório de Mestrados ESEL (Edifício Anexo) - Pré inscrição obrigatória
The Organization and Work of London Air Ambulance - Dr. Gareth Grier - Consultor em Medicina de Emergência e Pré-Hospitalar na London's Air Ambulance e The Royal London Hospital

11:00 | OS ENFERMEIROS E O SEU PAPEL NA TRIAGEM EM URGÊNCIA

MODERADOR: Enf.º Catarina Branco - H. Prof. Dr Fernando Fonseca - SU e VMER
Pré-Hospitalar: O Enfermeiro e a Triagem de Manchester - Dr. Luís Mendes Cabral - Médico Anestesiologista com competência em emergência médica
Urgência de Adultos: O Enfermeiro e a Triagem de Manchester - Enf.º Katherine Santos - H. CUF Cascais
Urgência Pediátrica: Triagem de Sinais de Negligência e Maus Tratos na Criança - Enf.º Inês Seródio - CH Setúbal - H. S. Bernardo - SU

12:30 | ALMOÇO

14:00 | TRAUMA: MAIS E MELHOR INTERVENÇÃO

MODERADOR: Enf.º Sónia Sousa - CH Setúbal - H. S. Bernardo - SU e VMER
Trauma Toraco-Abdominal - Dr. Gareth Grier - Consultor em Medicina de Emergência e Pré-Hospitalar na London's Air Ambulance e no The Royal London Hospital
Hemorragia: Estratégias no Pré-Hospitalar - Dr. Ricardo Gomes - Major Médico da GNR e Hospital de Vila Franca de Xira - SU e VMER

15:30 | COFFEE-BREAK

16:00 | O ENFERMEIRO EM EMERGÊNCIA - CENÁRIOS ÍMPARES

MODERADOR: Enf.º Pedro Vasconcelos - INEM
Institute of Cruise Ship Medicine - Enf.º Paula Cruz
Remote Site Medic (Mauritânia) - Enf.º Bruno Pascoal
International Committee of the Red Cross - Enf.º Joana Sá

17:00 | ENCERRAMENTO: QUE FUTURO PARA A ENFERMAGEM DO DOENTE CRÍTICO

Associação Portuguesa de Enfermeiros: Enf.º João Fernandes - Presidente
Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos: Enf.º António Almeida - Vice-Presidente
Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência: Enf.º Mário Branco
Comissão Organizadora: Enf.º Paulo Monteiro

**ANEXO G – “1.º CONGRESSO INTERNACIONAL –
IACS 2017: INOVAÇÃO E
MULTIDISCIPLINARIEDADE EM
CONTROLO DE INFEÇÃO”**

CERTIFICADO

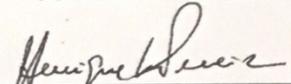
Certifica-se a presença de

Un3 Carlos Amador Santos Leite

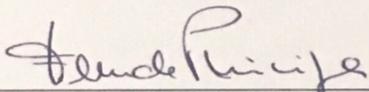
no **1º CONGRESSO INTERNACIONAL - IACS 2017: "Inovação e Multidisciplinaridade em Controlo de Infecção"**, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2017, no Auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, com um total de 15 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2017

Presidente Conselho Direção
da ESEnfCVPOA


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Especialista Fernanda Príncipe

CONTROLO DE INFEÇÃO EM VERSO



As Infecções hospitalares
São um grave problema
E pra sua prevenção
Tens de dominar o tema"



Neste congresso em questão
Vamos abordar a temática
De uma forma bem dinâmica
E para aplicar na prática"

Enf. Salete Mota

Comissão Científica:

Américo Agostinho (HUG)
Ana Cristina Silva (CHEDV, EPE)
Bernardo Marqué (Prologica)
Elaine Pina
Elena Noriega (CHUA, EPE)
Fernanda Príncipe (EEnfCVPOA)
Isabel Veloso (ANCI)
Liliana Mota (EEnfCVPOA)
Luis Pedro Tavares (CHEDV, EPE)
Michael A. Borg (Mater Dei Hospital)
Salete Mota (CHEDV, EPE)
Sara Pereira (CHEDV, EPE)
Sérgio Soares (EEnfCVPOA)
Sónia Novais (EEnfCVPOA)
Susana Pereira (EEnfCVPOA)

Comissão Organizadora

Fernanda Príncipe (EEnfCVPOA)
Isabel Veloso (ANCI)
Liliana Mota (EEnfCVPOA)
Luzia Ferreira (CHEDV, EPE)
Márcio Lavrador (Prologica)
Salete Mota (CHEDV, EPE)

CONTACTOS

Qualquer questão ou dúvida, não hesite em contactar-nos:

Tlf: +351 256 661 430
Telm: +351 919 612 565
www.iacs.pt



INOVAÇÃO E MULTIDISCIPLINARIDADE EM CONTROLO DE INFEÇÃO

#IACS_2017

26 E 27
OUTUBRO

AUDITÓRIO EUROPARQUE,
STA. MARIA DA FEIRA, PORTUGAL

Para mais informações:
WWW.IACS.PT

Parceiros:



Patrocinadores:



SOBRE O EVENTO

O IACS 2017 é o 1º congresso internacional sobre "Inovação e Multidisciplinaridade em Controlo de Infecção" para profissionais de saúde de âmbito hospitalar (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores de Saúde, Administradores Hospitalares, entre outros) que irá decorrer de 26 a 27 de outubro, no Auditório Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

OBJETIVO

Promover a partilha multiprofissional de conhecimentos e experiências na prevenção e controlo das IACS e resistência aos antibióticos, aliada à inovação tecnológica e analítica.

#IACS_2017

PROGRAMA

26 de outubro

- 08h30 Abertura do secretariado
- 09h00 *Sessão de abertura*: Boas vindas
Henrique Pereira – Presidente do Conselho de Direção da ESEnCVPOA; *Miguel Paiva* – Presidente do Conselho de Administração do CHEDV, EPE; *Alexandre Diniz* – Direção Geral da Saúde; *Emídio Sousa* – Presidente da Câmara Municipal de Stª Maria da Feira; *Isabel Veloso* – Presidente da ANCI
- 09h30 *Conferência*: O papel das unidades de saúde na prevenção e controlo de epidemias | *Sérgio Gomes* – Direção Geral da Saúde, Portugal
- 10h00 *Conferência*: Metodologia do Inquérito de prevalência Europeu - Point Prevalence Studies "PPS" | *Margarida Valente* – Direção Nacional do PPCIRA, Portugal
- 10h30 *Coffee Break*
- 11h00 *Conferência*: Relação custo-eficácia na prevenção e controlo de infeção | *Américo Agostinho* – Hôpitaux Universitaires Genève, Suíça
- 11h30 *Conferência*: Data-driven decisions in hospital-acquired infections | *Bernardo Marques* - Prologica Healthcare, Portugal
- 12h30 *Almoço livre*
- 14h00 *InovTalk*: Behaviour change in IPC | *Michael A. Berg* – Mater Dei Hospital, Malta
- 14h30 *Workshop (opcional)*
Saúde respiratória e equipamentos de proteção individual | *Halyard* – Ezio Blanc, Itália & Factor Plus – Rui Nelson Santos, Portugal
Inovação na promoção da higienização das mãos | *Hartmann* – Ricardo Maia, Portugal
Sistema de barreira estéril no reprocessamento de dispositivos médicos | *ANES - Ass. Nac. de Esterilização* – Amália Espada, Portugal
Antissépticos e desinfetantes | *Anios* – Vanessa Pouget, França
- 15h30 *Workshop (opcional)*
What are you bringing home? How to protect your family from diseases from hospitals? | *Imporquímica* – Michael Gately, Irlanda
Desafios na descontaminação de dispositivos médicos invasivos – sondas de ecógrafo e endoscópicos – experiência no Reino Unido | *Glynis Banner* – Queen Elizabeth Hospital Kings Lynn NHS Foundation Trust, Reino Unido
Preparação pré cirúrgica das mãos e SABA: mitos e realidades | *CHP* – Manuel Valente, Portugal & *Américo Agostinho* - Hôpitaux Universitaires Genève, Suíça
Descontaminação ambiental em meio hospitalar | *Diversey* – Cláudia Rega, Portugal
- 16h30 *Coffee Break*
- 17h00 *Mesa Redonda*: A importância da multidisciplinaridade nas IACS. Obstáculos atuais e previsões para o futuro | *Arnaldo Jorge Dias* – Ordem dos Enfermeiros; *Representante da Ordem dos Farmacêuticos*; *Moderador: Alexandre Lourenço*, Presidente da APAH, Portugal
- 18h00 Comunicações orais e pósteres
- 18h30 Fim dos trabalhos
- 18h30 *Reunido de Peritos (apenas por convite)*
Novas estratégias para a formação dos observadores da adesão à higiene das mãos
Américo Agostinho - Hôpitaux Universitaires Genève, Suíça &
Elena Noriega – GCR PPCIRA - ARS Algarve, Portugal
- 20h00

Jantar (sujeito a inscrição): Restaurante Lago

27 de outubro

- 08h30 Abertura do secretariado
- 09h00 *Painel*: Partilha de experiências no controlo das IACS
Luís Pedro Tavares – CHEDV, EPE, Portugal
Sónia Albano – CHLN, EPE, Portugal
Nuno Pereira – CHSJ, EPE, Portugal
Moderador: Liliana Mota – ESEnCVPOA, Portugal
- 10h00 *Conferência*: Prevenção da pneumonia associada à intubação | *Ezio Blanc*, Itália
- 10h30 *Coffee Break*
- 11h00 *Conferência*: Importância da prevenção e controlo das infeções na Neonatologia | *Maria Teresa Neto* – Sociedade Portuguesa de Neonatologia, Portugal
- 11h30 *Conferência*: Biofilme em superfícies secas | *Michael Gately*, Irlanda
- 12h00 *Conferência*: Infecção Hospitalar: Mais vale prevenir do que remediar | *Manuela Oliveira* – PathoWatch.med IPATMUP, Portugal
- 12h30 *Almoço livre*
- 14h00 *InovTalk*: How to eradicate hospital acquired infections through User Centric Design? | *Hàn Pham* – Yellowone-Handsafe, Dinamarca
- 14h30 *Conferência*: Serão as bactérias nossas amigas? | *Ana Cristina Silva* – CHEDV, EPE, Portugal
- 15h15 *Painel*: Prevenção e Controlo de Infecção para além dos Hospitais
"Os trilhos do Controlo de Infecção" | *David Franco* – UCCI Santa Casa da Misericórdia de Portimão, Portugal
"Lares – uma experiência do GCR PPCIRA Algarve" | *Elena Noriega* – ARS Algarve, Portugal
Moderador: Sérgio Soares – ESEnCVPOA, Portugal
- 16h00 *Conferência*: Inovação e Segurança dos Doentes nos Hospitais: Desafio da Implementação de Programas de "Antibiotic Stewardship" e o Papel dos Sistemas de Informação | *Luís Velez Lapão* - Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Portugal
- 16h30 Entrega de prémios
Fim dos trabalhos

Organização:

