



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Sala de Emergência: transição de cuidados do doente crítico

José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Beja, 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Sala de Emergência: transição de cuidados do doente crítico

José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Beja, 2022



SALA DE EMERGÊNCIA: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO

José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro Diretora do Mestrado, Prof. Adjunta da ESS – IPBeja)

Arguente: Doutora Maria Alice Góis Ruivo (Prof. Coordenadora da ESS – IPSetúbal

Orientador: Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago (Prof. Coordenadora da ESS – IPBeja)

Data: 28 de janeiro de 2022

AGRADECIMENTOS

Porque nem só de nós vivemos e nos realizamos, devo aos meus pais, que fizeram de mim o que sou hoje, à minha esposa, Sílvia, pelo seu infinito apoio, força e ajuda e à valiosa orientação da Professora Doutora Maria do Céu Marques.

Aos que já partiram e não serão esquecidos.

A todos o meu imenso e infinito obrigado pela motivação, força e também paciência.

RESUMO

No âmbito do estágio final de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica procurou-se desenvolver as competências necessárias à obtenção do grau de enfermeiro Especialista nesta área e de Mestre em Enfermagem. Para tal desenvolveu-se o estágio num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

O objetivo deste relatório é descrever de forma clara, objetiva e fundamentada todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que respondem aos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Recorreu-se ao Modelo de Enfermagem de June Larrabee – Prática Baseada na Evidência – para abordar o tema. Implementadas as estratégias de melhoria, reavaliou-se e denotou-se o benefício da intervenção, traduzindo-se num aumento da qualidade nas transições de cuidados e consequentes ganhos na segurança para os doentes.

Analisa-se ainda de forma crítica e refletida o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da Pessoa em Situação crítica e de Mestre em Enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Transferência do Doente; Emergência; qualidade dos cuidados de saúde; cuidados de saúde

ABSTRACT

In the final stage of Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation, we sought to develop the skills necessary to obtain the degree of Specialist nurse in this area and Master of Nursing. To this end, the internship was developed in a Medical-Surgical Emergency Service and in an Emergency Medical Vehicle and Resuscitation.

The main activity was the theme of care transition, aiming to improve the safety of critically ill patients in the emergency room care transition through the implementation of the ISBAR methodology as a Care Transition Instrument.

June Larrabee's Nursing Model - Evidence-Based Practice - was used to address the theme. Implemented improvement strategies, the benefit of the intervention was reevaluated and denoted, resulting in increased quality of care transitions and consequent gains in patient safety.

It is also critically analyzed and reflected the process of acquisition and development of skills of Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, Critical Person and Master in Nursing.

KEYWORDS

Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Patient Transfer; Emergency; Safety;
Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

AO – Assistente Operacional

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEMC:PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

EMC:PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

EUA – Estados Unidos da América

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INEM – Instituto Nacional e Emergência Médica

ITLS – *International Trauma Life Support*

JC – *Joint Commission*

n.º – número

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)

p. – Página

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doentes

PSP – Polícia de Segurança Pública

RE – Relatório de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SO – Serviço de Observação

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 APRECIÇÃO DE CONTEXTO	17
1.1 Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar	18
1.1.1 Recursos físicos e materiais	19
1.1.2 Recursos Humanos	21
1.1.3 Análise da população	22
1.1.4 Análise da produção do SUG/	22
1.2 Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Centro Hospitalar	23
1.2.1 Recursos físicos e materiais	24
1.2.2 Recursos Humanos	24
1.2.3 Análise da População	25
1.2.4 Análise de Produção da Unidade	25
2 MODELO DE SUPORTE CONCEPTUAL AO ESTÁGIO	26
3 ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR	30
3.1 Fundamentação Teórica	30
3.2 Metodologia	37
3.2.1 Diagnóstico	37
3.2.2 População-alvo	39
3.2.3 Objetivos	40
3.2.4 Procedimentos Éticos	41

3.2.5 Implementação da técnica ISBAR seguindo o Diagrama da Prática Baseada na Evidência.....	42
3.3 Resultados	46
3.4 Discussão	48
3.5 Conclusão	49
4 ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	52
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem	53
4.2 Competências Especificas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem	63
4.3 Competências de Mestre em Enfermagem.....	69
5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	75
6 CONCLUSÃO	78
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
APÊNDICES	LXXXVIII
ANEXOS	CLXVIII

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Resultados da Observação da Transição de Cuidados na Sala de Emergência	44
Tabela 2 - Resultados comparativos da Observação da Transição de Cuidados na Sala de Emergência antes e após formação	46
Tabela 3 - Percepção acerca da temática da comunicação na transição de cuidados de Enfermagem do doente crítico na Sala de Emergência	47

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Organograma do	18
Figura 2 - Diagrama da Prática Baseada na Evidência.....	28

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – OBJETIVOS DE ESTÁGIO	LXXXIX
APÊNDICE II – ARTIGO CIENTÍFICO	CX
APÊNDICE III – GRELHA DE OBSERVAÇÃO SEMI-ESTRUTURADA	CXLV
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO ISBAR	CXLIX
APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO	CLIV
APÊNDICE VI – FORMAÇÃO ISBAR	CLVI
APÊNDICE VII – MNEMÓNICA ISBAR	CLXIV
APÊNDICE VIII – POSTER ISBAR	CLXVI

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – PARECER FAVORÁVEL DO CES	CLXIX
ANEXO II – FORMADOR SBV	CLXXII
ANEXO III – ORIENTADOR DE ESTÁGIO.....	CLXXVI
ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO STEMINEM	CLXXVIII
ANEXO V – FORMAÇÃO SBV COM DAE	CLXXX
ANEXO VI – FORMAÇÃO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA	CLXXXII
ANEXO VII – FORMAÇÃO ITLS	CLXXXIV
ANEXO VIII – POSTER JORNADAS	CLXXXVI

INTRODUÇÃO

Terminada a Unidade Curricular (UC) Estágio Final, emerge a necessidade de relatar e refletir sobre o mesmo, otimizando o crescimento pessoal e profissional, discutindo as atividades de produção clínicas e científicas desenvolvidas. Este estágio enquadra-se no 2º Curso de Mestrado em Associação na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica (EMC:PSC) a ser ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Através da elaboração deste Relatório de Estágio propõem-se, descrever de forma clara, objetiva e fundamentada todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que respondem aos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EEEMC:PSC).

Para tal, previamente procedeu-se à criação dos objetivos de Estágio (Apêndice I – Objetivos de Estágio) cujos, permitiram a criação de uma base estruturada para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre em EEEMC:PSC.

Como publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019 (p. 4744), o Regulamento n.º 140/2019 que publica o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define este como aquele “(...) a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.”

O Mestre em enfermagem deve demonstrar competência clínica desde a conceção à prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada. Deve ainda, ter a capacidade de promover e cooperar na investigação com vista à promoção da prática de enfermagem baseada na evidência, demonstrando capacidades para integração de novos conhecimentos, de tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais que acarreta. Procura-se ainda que seja capaz de desenvolver autonomamente os seus conhecimentos e competências ao longo da vida, mantendo-se atualizado e colaborando proactivamente em projetos, quer de enfermagem quer multidisciplinares. Deve ainda demonstrar capacidade de proceder a análises diagnósticas, planear, intervir e avaliar a formação dos pares e demais colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral, e da enfermagem em particular. Cumulativamente procura-se que evidencie competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. (Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal, 2015, p. 27)

Pessoa em situação crítica define-se como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018a, p.19362)

Por cuidados especializados entendem-se aqueles que são “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, 2018a, p.19362)

A unidade curricular Estágio Final foi desenvolvida na do Serviço de Urgência Geral (SUG) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Centro Hospitalar , EPE () no período decorrido entre 24 de setembro de 2018 e 25 de janeiro de 2019.

Ao longo deste período de estágio buscou-se desenvolver as competências necessárias à obtenção do Grau de Mestre e Especialista em EMC:PSC, demonstrando através da prática de enfermagem diária, pesquisas e trabalhos desenvolvidos, melhorando, refletindo, complementado e consolidando conhecimentos prévios e novos conhecimentos obtidos. O tema da intervenção major desenvolvido ao longo do estágio, que dá nome a este relatório, incidiu sobre a temática da segurança na transição dos cuidados na Sala de Emergência (SE),

tendo por objetivo a aplicação de uma técnica uniformizadora de transição de cuidados por forma a dar resposta à norma n.º 001/2017 emanada pela Direção Geral de Saúde (DGS) a 08/02/2017.

O Modelo de Enfermagem seguido na abordagem à temática foi o Modelo da Prática Baseada na Evidência, de June Larrabee. No decorrer da UC foi produzida uma revisão sistemática, à qual sucedeu um artigo científico (Apêndice II – Artigo Científico) cumprindo critérios de publicação de uma revista científica de notabilidade na área (indexada na base de dados bibliográfica *Scopus*). O artigo elaborado intitula-se **“Segurança do Doente: Transição de Cuidados em Enfermagem na ala de Emergência”**, seguindo os critérios para submissão na revista *“Advanced Emergency Nursing Journal”* e que se encontra em processo de discussão da sua viabilidade de publicação com os editores.

Após definição do local de estágio, e com vista a responder aos objetivos curriculares estabelecidos para a UC – Estágio Final, determina-se como objetivo geral deste relatório de estágio descrever de forma clara, objetiva e fundamentada todas as atividades desenvolvidas, que tenham respondido aos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EEEMC:PSC). Como objetivos específicos define-se: elaborar uma avaliação dos contextos de estágio; analisar de forma refletida as atividades desenvolvidas para aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem; descrever analítica e refletidamente a atividade de intervenção major desenvolvida. Estruturalmente apresenta-se primeiramente a apreciação de contexto dos campos de estágio, seguido do ponto dedicado à Atividade Major, com a fundamentação teórica, metodologia, resultados, discussão e conclusão. No ponto seguinte desenvolve-se o processo reflexivo da aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, e de Mestre em Enfermagem. Posteriormente é também realizada uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, analisando os objetivos inicialmente estabelecidos para esta unidade curricular. Por fim figura a conclusão geral do relatório, as referências bibliográficas utilizadas no decorrer da elaboração do mesmo e os apêndices e anexos considerados de relevo e suporte para a sua melhor compreensão.

Ao longo deste relatório uniformizar-se-á a denominação do recetor dos cuidados de saúde como doente, tendo em mente a definição utilizada no Relatório Técnico Final: Estrutura

Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente publicado em 2011 pela DGS, cuja se refere ao doente como aquele que recebe os cuidados de saúde, englobando a pessoa que não está doente, como o adulto submetido a imunização, a grávida, a puérpera, o recém-nascido e a criança/adolescente.

A elaboração do relatório segue as normas da *American Psychological Association (APA 6th)*, as diretrizes do novo acordo ortográfico e os critérios de elaboração do Relatório Final pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

1 APRECIÇÃO DE CONTEXTO

O nosso estágio realizou-se no Hospital do - Hospital , este, juntamente com o Hospital Distrital do formam o , constituído a |através do Decreto-lei n.º

Este identifica como sua missão

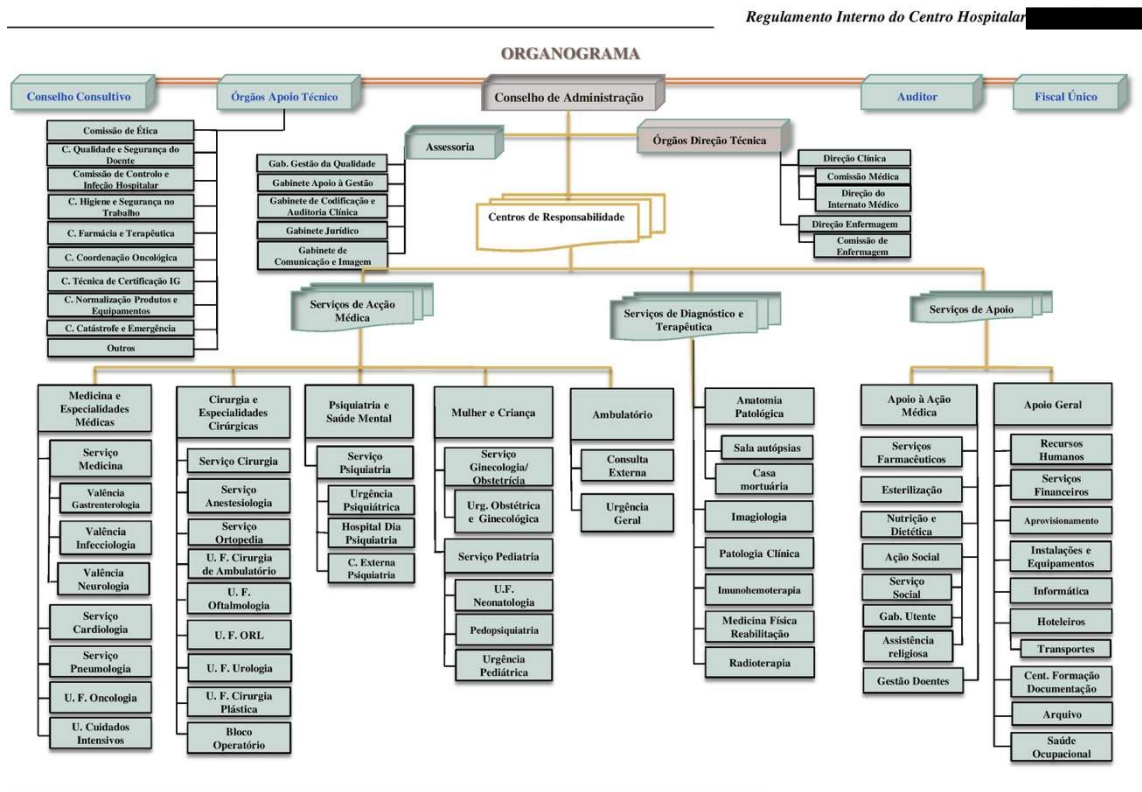
a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, , dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados. ()

Como visão o (2016) pretende “ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional”, assegurando o cumprimento dos valores de Humanização e não discriminação, respeito pela dignidade individual de cada doente, atualização face aos avanços da investigação e da ciência, excelência técnico-profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo Ambiente.

Este Centro Hospitalar é dotado atualmente com mais de 30 valências clínicas, disponibilizando transversalmente assistência nas áreas de Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e mais recentemente dotado de uma VMER para apoio pré-hospitalar na sua área de influência. Este Centro é reconhecido pela estrutura de referência na área materno-infantil, oncológica (dando resposta a toda a península de e de área de influência do) e cirurgia de ambulatório.

A imagem seguinte ilustra o organograma da instituição (Figura 1 – Organograma do).

Figura 1 - Organograma do



(Fonte: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/>)

1.1 Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar

O SUG do encontra-se integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é definido com um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. Este destina-se ao atendimento de doentes urgentes e emergentes que tenham idade superior ou igual a 18 anos (excetuando grávidas), funcionando em horário permanente 24h/dia, todos os dias do ano. Conta em permanência com as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, apoio de Anestesiologia e Cardiologia (24h por dia), Psiquiatria (das 8h00 às 20h00), e Médico Radiologista (entre as 14h00 e 24h00). As especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia disponibilizam apoio ao SUG em regime de Consulta Aberta conforme a disponibilidade dos especialistas (usualmente em dias úteis no período da manhã). Os serviços de apoio de Radiologia e Patologia Clínica funcionam também em regime permanente, já o apoio por parte da Cardiopneumologia decorre no período das 8h00 às 16h00 em dias úteis e da Assistente Social entre as 9h00 e as 17h30. Mais recentemente () conta ainda com o apoio da VMER cujas funções se encontram descritas

mais adiante no ponto 1.2. As restantes especialidades médicas das quais os doentes careçam e não estejam disponíveis no , é providenciada a sua transferência para outros hospitais ao abrigo das normas de referenciação do Sistema Nacional de Saúde vigentes. No processo de admissão, os doentes são triados pelo enfermeiro segundo o sistema de Triagem de Manchester e encaminhados de acordo com a prioridade atribuída e área de especialidade clínica tendo em conta o protocolo de encaminhamento de doentes associado à triagem. O SUG dá assim cumprimento à norma n.º 002/2018 da DGS que indica que os serviços de urgência de adulto devem implementar a versão mais recente do sistema da triagem de Manchester. Este sistema de triagem foi implementado inicialmente em Manchester em 1997 e progressivamente por todo o Reino Unido, chegando a diversos países europeus, nomeadamente a Portugal em 2000, e tem como principal função o encaminhamento do doente para a especialidade mais adequada à situação, gerindo o risco clínico (DGS, 2018).

O encaminhamento é efetuado através da atribuição de um nível de prioridade que, concede uma pulseira com a cor correspondente a um tempo alvo de atendimento (emergente – vermelho: 0 minutos; muito urgente – laranja: 10 minutos; urgente – amarelo: 60 minutos; menos urgente – verde: 120 minutos; não urgente – azul: 240 minutos) após identificação da queixa e dos critérios de gravidade de cada doente, seguindo um fluxograma de triagem (de entre 52 possíveis) (DGS, 2018). O SUG conta atualmente com a total informatização do processo clínico dos doentes na área de ambulatório e com um progressivo investimento com vista à total informatização do processo clínico na área de internamento. Atualmente, e de forma a humanizar os cuidados prestados, é fornecido por parte da equipa de Enfermagem, um período de informação acerca dos doentes internados diariamente às 10h00, e um momento complementar de visita durante o período da tarde (pelas 17h00) para que os familiares possam acompanhar os doentes e reunir com a assistente social.

1.1.1 Recursos físicos e materiais

O SUG encontra-se dividido em duas áreas assistenciais: o ambulatório e o internamento. (, [s.d.]). A área de ambulatório do SUG sofreu uma reformulação do seu espaço físico ao longo do período de estágio, com vista a acompanhar as necessidades da crescente solicitação deste serviço devido ao aumento populacional da sua área de influência, melhorando assim o conforto para os doentes e seus acompanhantes e as condições de trabalho para os profissionais que aí desempenham funções. Estruturalmente, e findas as obras de melhoramento, conta em termos assistenciais atualmente com:

- Uma sala de triagem, com 2 postos de triagem de Manchester;

- Uma área para observação dos doentes triados para área de Medicina (com prioridade “Verde” ou inferior) e para doentes triados para a especialidade de Psiquiatria (independentemente da prioridade atribuída e apenas entre as 8h00 e as 20h00). Esta área conta ainda com 1 gabinete de enfermagem (E1), sala de espera, 2 balcões para médicos de clínica geral, 1 gabinete para a psiquiatria e 1 casa de banho adaptada para doentes dependentes;

- Um Gabinete multiusos, normalmente utilizado para entrevistas pela Assistente Social, para o período de Informação de Enfermagem aos familiares de doentes internados na e para a transmissão de más notícias;

- Uma sala de reanimação com 2 postos de trabalho que permitem assistência a 2 doentes simultaneamente;

- Uma área de observação de utentes com prioridade “Amarela” ou superior (independentemente da especialidade a que foram atribuídos) que conta com sala de espera (sentados), zona de espera para macas (com suporte para O₂ suplementar, ar comprimido e de aspiração em cada *box*), 1 gabinete técnico para cardiopneumologia, 2 gabinetes de clinica geral, 2 gabinetes para Cirurgia, 1 gabinete para Medicina Interna, 1 gabinete para Pneumologia, 2 gabinetes para Ortopedia, 1 gabinete de Enfermagem (E3) de apoio a Clinica Geral, Ortopedia e Medicina Interna e 1 Gabinete de Enfermagem (E2) de apoio a Cirurgia Geral, Pequena Cirurgia e Pneumologia. A área de internamento também sofreu uma remodelação profunda nos último 10 anos com vista a aumentar a lotação e poder responder às necessidades crescentes de vagas e gradual complexidade dos doentes assistidos, contando atualmente com uma lotação de 28 vagas (11 das quais camas e as restantes macas). As primeiras 8 camas correspondem às vagas de unidade de cuidados intermédios, identificada como , com 2 boxes com capacidade de ventilação invasiva (camas 4 e 5), havendo sempre a hipótese de receber outros doentes com necessidade de ventilação invasiva recorrendo a empréstimos de ventiladores de reserva da Unidade de Cuidados Intensivos. As boxes numeradas de 9 a 28 (comumente identificadas como Serviço de Observação (SO)) têm capacidade de monitorização de parâmetros vitais, dispendo de rampas de oxigénio, de ar comprimido e de vácuo para montagem de aspiradores. As boxes 27 e 28 encontram-se localizadas num quarto individual por forma a dar resposta às necessidades de isolamento de doentes.

As duas áreas têm estruturas de suporte físico adequado à assistência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência.

1.1.2 Recursos Humanos

A equipa de enfermagem do SUG é composta por um total de 77 enfermeiros à data de realização deste relatório. Uma enfermeira assume a coordenação do serviço, acompanhada por um segundo elemento de apoio à gestão e outro responsável apenas pela gestão da . Os restantes elementos dividem-se em equipas que asseguram a prestação de cuidados, nomeadamente 5 equipas (entre 11 a 12 elementos cada) que garantem a prestação de cuidados na área de ambulatório e internamento excetuando na , sendo esta assegurada por uma equipa de 3 enfermeiros afetos apenas a esta unidade. As equipas de enfermagem da encontram-se igualmente sob dependência da chefia de equipa de enfermagem de turno para os restantes setores de trabalho. Quanto aos Assistentes Operacionais (AO), num total de 47 elementos, divididos também em 5 equipas (acompanhando o horário dos enfermeiros) compostas por 9 elementos cada, e 2 fora de escala.

O método de trabalho estabelecido para a equipa de enfermagem é misto, seguindo a metodologia do enfermeiro responsável, aliado ao método de chefia de equipa de enfermagem. A prestação de cuidados direta ao doente é prestada por um enfermeiro responsável, atribuído a um setor de trabalho, contudo, algumas dos processos de cuidados encontram-se dependentes do enfermeiro chefe de equipa, nomeadamente os pedidos de material, medicação, efetivação dos pedidos de dietas dos doentes e gestão da distribuição da equipa de enfermagem pelos diversos setores de trabalho. A transferência do doente de setor implica a transição de responsabilidade para um segundo enfermeiro que assumirá a direta prestação dos cuidados.

Atualmente a área de internamento do SUG encontra-se num processo de informatização dos registos de enfermagem, seguindo a linguagem CIPE, na plataforma informática SClínico®. Assim, todo o processo de enfermagem, desde o planeamento dos cuidados aos registos e validação da terapêutica instituída, irá ser gerido dentro do mesmo programa, evitando o extravio e perdas suscetíveis enquanto em suporte de papel.

Na área de ambulatório todos os registos já se encontram informatizados, utilizando a plataforma informática ® para esse efeito, seguindo também a linguagem CIPE.

O SUG segue a visão do Hospital estabelecida superiormente, procurando prestar cuidados de excelência à comunidade e ser uma referência nacional. Como valores definem-se a Humanização e não discriminação, o respeito pela dignidade individual de cada doente, procurar manter a sua atualização face aos avanços da investigação e da ciência, a excelência técnico-profissional e ética profissional, assim como a promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo Ambiente. (, 2016)

1.1.3 Análise da população

O Centro Hospitalar presta assistência a uma população superior a 213 000 habitantes (censo de 2011), englobando os Concelhos de , , e . Esta área geográfica tem sofrido um aumento populacional significativo nos últimos anos, tal como de instituições de saúde, apoio e alojamento geriátrico, algumas das quais inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e casas de acolhimento de idosos com cuidadores informais, todas estas estruturas recorrem ao serviço de urgência sempre que necessário.

Como agravante, e segundo o (2016), o Concelho do é o segundo mais idoso na área da Administração Regional de Saúde de , o que se têm demonstrado um desafio nos últimos anos com o crescente aumento de internamentos (e reinternamentos), tempo de internamento e encaminhamento de doentes crónicos para este Centro Hospitalar.

1.1.4 Análise da produção do SUG/

Em muito influenciado pela situação referida no ponto anterior, o SUG tem sofrido um acréscimo gradual de produção nos últimos anos que se confirmam pelos dados estatísticos de produção do em 2018 fornecidos pela Enfermeira Coordenadora do SUG e como se demonstra nos seguintes parágrafos.

O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (Urgência Geral, Obstétrica e Pediátrica) aumentou 3.8% o número de atendimentos no ano de 2018 (contabilizando 120 687 atendimentos), contribuindo para isso o Serviço de Urgência Geral do com um aumento de 3.7%, totalizando 74 871 atendimentos (média diária de 205 utentes) (, 2018). Na globalidade da Urgência Médico-Cirúrgica, 64% das triagens foram atendidas dentro do intervalo de tempo previsto para o seu atendimento (56% dentro do tempo estipulado para o serviço de urgência do), sendo que no total das triagens, 273 foram priorizadas com pulseira vermelha, 8 904 com

Laranja, 40 099 Amarelo, 21 368 Verde, 772 Azul e 3 200 de Branco (, 2018). Somando estas triagens obtemos um valor de 74 616 triagens, valor muito próximo dos 74 871 atendimentos anteriormente referidos no Serviço de Urgência Geral, representando os restantes 255 atendimentos em triagens sem prioridade atribuída ou erros administrativos e abandonos por parte dos utentes antes de ser efetuada a triagem. (, 2018). Quanto à área de internamento, e seguindo as tendências de anos anteriores, também esta sofreu um aumento da sua taxa de ocupação em 2018 que ascende a 7,8% relativamente ao ano de 2017 (para 139,6%), totalizando assim 14 267 dias de internamento em 2018 (acréscimo de 1 019 dias – 7.7% relativamente ao ano anterior) e com uma média de 2,3 dias de internamento no serviço (, 2018). Dos 6 271 doentes admitidos na área de internamento, 6 101 representam admissões do foro urgente e as restantes transferências inter ou intrahospitalares. Analisando o processo de saída dos doentes do serviço, 1 935 tiveram alta para o exterior, 3 834 foram transferidos para os serviços de internamento do hospital ou de outros hospitais e 497 representam óbitos (o que perfaz uma taxa de letalidade de 7,9%). (, 2018)

1.2 Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Centro Hospitalar

As VMER, constituídas por uma tripulação de um médico e Enfermeiro com formação específica em Emergência Médica, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma. Estes são meios de intervenção de carácter pré-hospitalar que têm por principal objetivo “(...) a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência” (DGS, 2012, p.62). Estas viaturas são elemento integrante de um sistema organizado com vista a socorrer vítimas de acidente ou doença súbita, o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), composto por entidades como a Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana, Bombeiros, Cruz Vermelha, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Hospitais e Centros de Saúde (INEM, 2017a). O atendimento do número europeu de emergência – 112 é efetuado pela PSP e caso seja relacionado com a área médica é encaminhado para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) (INEM, 2017a). Este meio de socorro (a par com as motas, helicópteros e ambulâncias de socorro) atua na dependência do INEM que através do CODU, ao receber as chamadas encaminhadas do centro de atendimento 112, selecionam o meio mais adequado a enviar para a ocorrência. (INEM, 2017b). Existem a nível nacional 4 CODU (Porto, Coimbra, Lisboa e Faro), triando

chamadas a nível nacional, e procurando atender as chamadas da forma mais rápida para o envio dos meios adequados a cada situação. (INEM, 2017b). A VMER do foi a a iniciar funções a nível nacional, inaugurada às 00h00 do dia de de . Este meio em particular tem a especificidade de ter na sua área de influência a base aérea nº da Força Aérea Portuguesa, localizada no , com a esquadra responsável pela busca e salvamento e que por vezes colabora com a VMER em serviços de CODU MAR.

1.2.1 Recursos físicos e materiais

A VMER conta com uma base enquadrada na estrutura física do SUG do , contando com um espaço físico para descanso dos profissionais e para armazenamento dos materiais e equipamentos. Conta também com uma viatura preparada para marcha assinalada de emergência, fisicamente alterada para poder transportar até 3 ocupantes e respetivo material de apoio para uma intervenção diferenciada. Dispõe de capacidade para carregamento dos equipamentos elétricos (como aspirador, seringa infusora, focos de luz e ventilador), de uma estufa de quente e frigorífico (para acondicionamento de medicação e soros), equipamentos de proteção individual (capacetes), de espaço na bagageira para acondicionamento das malas (mala de primeira abordagem, pediátrica, trauma e de reserva) e restante material de apoio (cilindro de oxigénio, kit de partos). De forma a assegurar a sua completa operacionalidade e que se encontra dotada de todos os recursos necessários para o seu correto funcionamento existem *checklists* para verificação periódica (semanal ou em dias alternados, conforme o equipamento) de todo o material e viatura, procedendo-se posteriormente à selagem dos sacos de material, assegurando assim a sua prontidão. Os *stocks* de material e medicação são geridos seguindo o método Ekanban®, permitindo gerir os consumos e manutenção de níveis de *stock*.

1.2.2 Recursos Humanos

Sob coordenação geral da Enfermeira Coordenadora e Diretora clínica do SUG, tem como responsáveis pelo serviço um médico e um enfermeiro operacionais da VMER. À data da realização do relatório conta com uma equipa composta por 24 médicos e 20 enfermeiros que asseguram a sua permanente operacionalidade seguindo um regime de turnos. O processo de abordagem a uma vítima em ambiente pré-Hospitalar inicia-se aquando da ativação da equipa pelo CODU, deslocando-se para a ocorrência. O seguinte passo, e de extrema importância, centra-se na garantia das condições de segurança para a equipa e doente(s). (INEM, 2012). De seguida, inicia-se a abordagem ao(s) doente(s) pela metodologia ABCDE, cuja procura realizar

numa primeira fase uma avaliação célere (levando no máximo 90 segundos) para perceber se a vítima é crítica ou não crítica, adequando a abordagem da equipa médica. Numa segunda fase desenvolve-se a avaliação secundária, procurando a revisão, sistematização e hierarquização dos achados clínicos que comprometam a vida do doente. (INEM, 2012). Por fim, o INEM (2012) reitera que caso haja necessidade de transportar a vítima, este deve ser realizado o mais precocemente possível, assegurando todas as condições de segurança necessárias. Os registos são efetuados em verbete composto por uma única página (com duplicado químico), que permite a sumarização das intervenções e achados, desde a ativação da equipa ao processo de transição dos cuidados, morte do doente, ou recusa de transporte pelo mesmo. O duplicado do verbete fica em posse da equipa médica de destino para futura referência e o original em posse da equipa da VMER.

1.2.3 Análise da População

Transversalmente à assistência prestada à população pelo , a VMER (sob coordenação do CODU) responde não só pela mesma área de influência, mas também poderá acorrer a situações emergentes nas áreas de influência de outros Hospitais em colaboração com outros meios de socorro, ou por indisponibilidade dos seus meios mais diferenciados. Também sob a coordenação do CODU é decidido o destino dos doentes, procurando-se a unidade hospitalar que dará a melhor resposta às necessidades (Ex.: Doentes com necessidade de cateterismo cardíaco urgente (via verde coronária) são habitualmente drenados para o serviço de hemodinâmica do Hospital do Centro Hospitalar de).

1.2.4 Análise de Produção da Unidade

Segundo os dados disponíveis à altura da realização deste relatório (, 2017a), este meio conta com uma operacionalidade de 100%, registando 3 488 ocorrências até ao dia 31 de outubro de 2017, contemplando intervenções de apoio a CODU-Mar, situações de encaminhamento para Via Verde AVC (Acidente Vascular Cerebral); Via Verde Coronária; Via Verde Trauma, e tendo ainda participado em simulacros. Em termos percentuais, no ano da sua existência contou com um total de 2 357 ocorrências, das quais 70% para situações de doença súbita, seguido de situações de paragem cardiorrespiratória, pedido de apoio diferenciado, quedas, acidentes de viação e 3 partos realizados. (, 2017b)

2 MODELO DE SUPORTE CONCEPTUAL AO ESTÁGIO

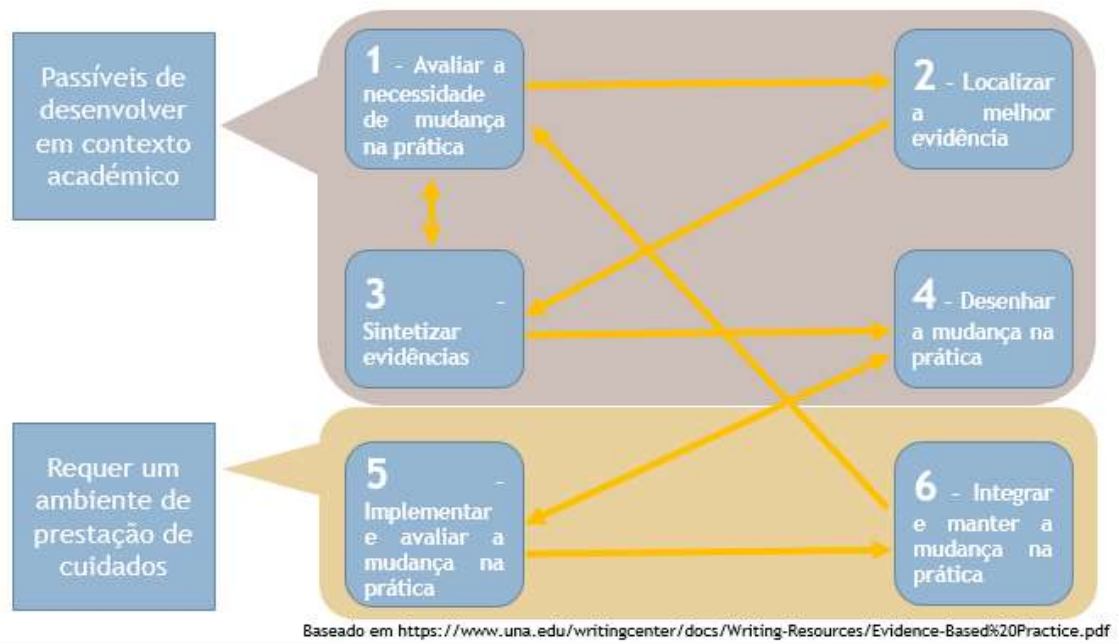
O estágio realizado foi sustentado na teoria de June Hansen Larrabee, Professora Doutora que se licenciou na *Medical College of Georgia*, tornou-se Mestre pela *Boston University School Of Nursing* e Doutorada pela *University of Tennessee*, em colaboração com Mary Ann Rosswurn desenvolveram em 1999 após várias revisões teóricas um modelo para a mudança através da prática baseada na evidência – o **Modelo da Prática Baseada na Evidência**. Este compõe-se da experiência clínica individual e da melhor evidência científica disponível através de uma pesquisa sistemática na prática de cuidados. O surgimento deste modelo deve-se em parte há dificuldade que os profissionais de saúde demonstram em resumir dados empíricos e contextuais e em integrar as mudanças baseadas em evidências na prática de cuidados. Pretendem com este modelo servir de base para a alteração do paradigma da prática de cuidados baseada na intuição e tradição para outro que segue uma prática baseada na evidência, procurando integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência científica disponível através de uma pesquisa sistemática na prática de cuidados.

A combinação entre a pesquisa clínica relevante, a experiência clínica e as necessidades e dados dos doentes produz a melhor prática baseada em evidência para garantir um cuidado individualizado (Rosswurn & Larrabee, 1999). Através dessas mudanças nas práticas de cuidados procura-se criar e melhorar os processos de tomada de decisão dos profissionais, modificar os padrões de cuidados de enfermagem, melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, os resultados para o doente garantindo uma prestação de cuidados individualizada assegurando as suas necessidades (Larrabee, 2011). Foi testado em 1998, através de uma pesquisa sistemática enquanto orientavam enfermeiros na definição e integração de protocolos de prática baseada em evidências em ambiente de cuidados a doentes desorientados e confusos durante o internamento hospitalar. Os resultados do estudo piloto apoiaram a integração de novas práticas no cuidado tendo sido iniciadas estratégias de mudança e permitiram aumentar a confiança das partes interessadas na eficácia da mudança e a sua viabilidade naquele ambiente específico.

O modelo baseado em evidências deriva da literatura teórica e de pesquisa relacionada à prática baseada em evidências, utilização de pesquisa e teoria da mudança. Este pretende orientar os profissionais desde a fase de apreciação da necessidade de alteração de práticas até à fase de incorporação de um protocolo baseado em evidências (Rosswurn & Larrabee, 1999). Assim, Huett & MacMillan (2011) e Rosswurn & Larrabee (1999) descrevem o modelo contemplando **6 fases**, que se inicia pela (1) **avaliação da necessidade de mudança** – formulando a questão de pesquisa baseada nas incoerências da prática diária comparativamente ao preconizado, após isso deve-se (2) **localizar a melhor evidência** – obtendo fontes e avaliando a sua credibilidade e relevância para a questão de pesquisa anteriormente formulado. Reunida a informação necessária deve-se (3) **sintetizar a evidência** – procurando comparar e contrastar as fontes disponíveis para encontrar semelhanças e diferenças nas várias abordagens tomadas, avaliando a sua viabilidade, benefícios e riscos associados, servindo de base para (4) **desenhar a mudança da prática** – definindo a(s) alteração(ões) proposta(s), recursos e processo de implementação necessários e resultados espectáveis. Concluída a fase precedente, estão reunidas as condições para (5) **Implementar e avaliar a mudança na prática**, sendo adequado uma implementação inicial num projeto-piloto ou num pequeno grupo, avaliando o processo e os resultados para definir a sua adaptação, adoção ou rejeição da alteração à prática atual. Por fim, e decidida a (6) **integração e manutenção da mudança na prática**, deve-se comunicar as alterações recomendadas às entidades responsáveis, proceder à formação dos elementos para a mudança implementada e monitorizar as alterações efetuadas e seus resultados. Os líderes organizacionais devem envolver os enfermeiros e outros profissionais nas alterações às práticas e tomadas de decisões, tanto quanto possível, uma vez que os indivíduos são menos resistentes às mudanças quando incluídos nos projetos (Larrabee, 2004, p. 11-12).

No trabalho desenvolvido por Larrabee e como representado na figura seguinte (Figura 2 - Diagrama da Prática Baseada na Evidência), os quatro primeiros passos deste modelo podem ser executados academicamente, com recurso a pesquisa bibliográfica. Os seguintes passos (cinco e seis) exigem um ambiente clínico, preferencialmente o local no qual se iram aplicar a alterações. (Huett & MacMillan, 2011)

Figura 2 - Diagrama da Prática Baseada na Evidência



Como constatado no diagrama, e apesar de as etapas serem progressivas, o Modelo não é linear, ou seja, atividades de uma etapa podem interagir com uma outra etapa. (Larrabee, 2011)

Todas estas fases se encontram interligadas, carecendo de uma constante avaliação e juízo crítico para aferir a necessidade de alterar o caminho que se optou por seguir, orientando os profissionais através de todo o processo de mudança para a prática baseada em evidências, começando com a avaliação da necessidade da mudança e terminando com a integração de um protocolo baseado em evidências.

A implementação do Modelo da Prática Baseada em Evidências em Enfermagem, surge associado a uma metodologia de investigação definida como Revisão Sistemática, que exige a revisão de pesquisas na prática clínica com a intenção de segmentar os cuidados de saúde e melhorar as práticas inadequadas (Huett & MacMillan, 2011).

Na sua tomada de posição sobre a Investigação em Enfermagem, a OE (2006a) enfatiza que "(...) como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação."

A sistematização da revisão de práticas e processos na área do doente crítico torna-se ainda mais premente uma vez que vários estudos internacionais sobre segurança do doente,

demonstram também, que um número considerável de doentes sujeitos a cuidados de saúde são lesados durante os mesmos, resultando em dano permanente, aumento do tempo estimado de internamento e, em última linha, em morte. (OMS, 2017); (JC, 2017)

A gestão eficaz das transições dos cuidados primários para a assistência hospitalar e do hospital para os cuidados primários é essencial. Esta especificidade, faz das transições entre hospitais e ambientes de cuidados primários, cenários de alto risco para a segurança do doente. (OMS, 2016).

3 ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR

Cumprindo as atividades propostas na Unidade Curricular Estágio Final por forma a dar resposta à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas da área médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem, foi elaborado e implementado um projeto de Intervenção. O tema a desenvolver é: **“Sala de Emergência: transição de cuidados do doente crítico”**.

3.1 Fundamentação Teórica

Um recurso valioso para o desenvolvimento de um projeto, e de uma intervenção em particular, será o recurso à **Prática Baseada na Evidência** sobre a temática específica a desenvolver, já que esta incorpora a “melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006a, p.1). Considera-se a Prática Baseada na Evidência essencial para o desenvolvimento da qualidade da prática dos cuidados e um ganho para a segurança dos cuidados, assim como para uma melhoria dos resultados de enfermagem (OE, 2006a, p.2). Já em 1988 a *President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry* (1988) apelava à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, cuja necessita de uma prestação de cuidados com bases científicas sólidas e que procure contínua evolução, práticas de saúde efetivas e intervenções preventivas (Rosswurn & Larrabee, 1999). Para dar sustentação à temática desenvolvida, transição de cuidados do doente crítico na sala de emergência, procuramos a última evidência sobre o assunto.

A cultura de Segurança tem ganho uma preponderância crescente dentro das organizações de saúde, em muito incentivada a nível nacional por Instituições como a DGS e globalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Uma área crítica dessa nova cultura está na transição de cuidados uma vez que a “transição de cuidados entre unidades e entre equipas pode não incluir todas as informações essenciais, ou a informação pode ser mal-

entendida. Essas lacunas na comunicação podem causar sérios colapsos na continuidade dos cuidados, tratamento inadequado e possíveis danos ao doente.” (OMS, 2007)

A transição de cuidados define-se 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. São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/interinstituições. São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição. (DGS, 2017, p.4)

A *Joint Commission* (JC) (2017, p1), refere-se à transição de cuidados como a “(...) aceitação da responsabilidade pelo atendimento ao doente, obtida através de uma comunicação eficaz”. Acrescenta ainda que este “é um processo em tempo real de passar informações específicas do doente de um cuidador para outro ou de uma equipe de cuidadores para outra com a finalidade de garantir a continuidade e a segurança dos cuidados do doente”. Segundo a OMS (2016), a transição de cuidados representa um cenário de elevado risco para a segurança dos doentes, em que identifica como principais problemas:

- aumento da mortalidade;
- aumento da morbilidade (lesão temporária ou permanente ou incapacidade);
- aumento de eventos adversos;
- atrasos no recebimento do tratamento adequado e apoio da comunidade;
- atendimentos adicionais de atenção primária ou departamento de emergência;
- testes ou testes adicionais ou duplicados perdidos durante o acompanhamento;
- readmissões evitáveis ao hospital;
- dor e sofrimento emocional e físico para os usuários do serviço, cuidadores e familiares;
- insatisfação do paciente e provedor com a coordenação do cuidado;

Um dos conceitos gerais implícitos neste tema é a **Segurança** cuja se define como “(...) a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável.” (DGS, 2011, p 14). A DGS

(2011, p14) define esse mínimo aceitável como “(...) noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento”. Este conceito já é associado à prestação de cuidados ao doente desde os primórdios dos cuidados de saúde quando Hipócrates tornou celebre a frase “*primum non nocere*” (primeiro, não prejudicar), o que se traduziu como o princípio da não-maleficência.

Como refere a Agência de Pesquisa em saúde e qualidade (*Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*) (AHRQ, 2019a), apesar de esta problemática ser conhecida de há longa data, apenas na década de 90 se que se voltou a prestar real atenção ao tema com publicações como “Erro em Medicina” (“*Error in Medicine*”) pelo Dr. Lucian Leape em 1994, e “Errar é Humano” (“*To Err is Human*”) do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA) em 1999, alavancando o interesse, preocupação e procura de meios e métodos para diminuir o erro “evitável”. Não obstante da complexidade que envolve medir o erro, múltiplos estudos definem que em 10 a 12% dos doentes hospitalizados experienciam eventos adversos, e que metade desses eventos são considerados evitáveis (AHRQ, 2019a). A OMS (2018, p. 4) refere que “a evidência disponível sugere que 15% das despesas e atividades hospitalares podem ser atribuídas ao tratamento de falhas de segurança nos países da OCDE¹”. “Os sistemas de prestação de cuidados de saúde são complexos por conceção e propensos a erros. Fatores humanos são um elemento central na maioria dos casos de danos, operando em sistemas onde procedimentos e práticas são mal projetados.” (OMS, 2018, p. 4)

Neste contexto, a AHRQ (AHRQ, 2019b) refere ainda que os Enfermeiros assumem um papel central e crucial, já que ao contrário de outros profissionais de saúde, estes são uma presença constante junto do doente e interagem regularmente com todos os elementos da equipa multidisciplinar de saúde. Os Enfermeiros são assim um elemento fundamental nas Organizações de Saúde, desempenhando um papel primordial na garantia de segurança, deteção de erros (ou predisposição para o seu acontecimento) e deteção de alterações do estado clínico do doente, assegurando cuidados de saúde em segurança e de qualidade. Reforçando, o *International Council of Nurses* (ICN) (2012, p.8) sublinha que cabe aos enfermeiros a condução, divulgação e utilização de pesquisas para avançar na profissão de enfermagem. Apesar de se reconhecer que a formação contínua das equipas está diretamente relacionada com a diminuição da mortalidade e morbilidade dos doentes, a AHRQ (2019b) refere que

¹ OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – Organização Internacional constituída por 36 países, um dos quais Portugal.

desenvolver atividade em ambientes de alta intensidade de trabalho como os enfermeiros, significa que os próprios correm o risco de cometer erros ao fornecer cuidados de rotina

A OMS (2018) reconhece que a prestação de cuidados sofre uma evolução constante, tornando os cuidados de saúde cada vez mais complexos e que, com os benefícios inerentes, também novos riscos e ameaças surgem a si associadas. Esta organização alerta também para a necessidade de aumentar a consciência global na temática da segurança do doente com um desafio crescente de saúde pública, adequando e partilhando políticas e estratégias nesta área para um crescimento global com ganhos para os doentes. Uma das formas de combater o erro na transição dos cuidados e melhorar a segurança do doente é formalizada pela OMS juntamente com a JC em 2007 quando, com a publicação do documento “*Communication During Patient Hand-Overs*”, sugerem como ações dos estados membros da OMS a normalização da comunicação nas transições de cuidados recorrendo há utilização da ferramenta SBAR² e atribuição de tempo suficiente para um processo comunicacional eficaz entre as equipas e seus elementos, e que o mesmo seja seguro tendo por base a informação essencial à prestação de cuidados ao doente em segurança. A **Sala de Emergência** tem um papel central no seio do Serviço e Urgência, é um espaço para “(...) avaliação e tratamento inicial de um doente em estado crítico, e onde uma equipa de reanimação tem acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correcção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções” (Ordem dos Médicos, 2009, p.43)

Por **Doente** entende-se como sendo

a pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde. São referidos como doentes ao invés de clientes, utentes ou consumidores, apesar de ser reconhecido que beneficiários como uma grávida saudável ou uma criança submetida a imunização não podem ser considerados, ou considerarem-se, como doentes. (DGS 2011, p. 14)

² SBAR – *Situation* (situação), *Background* (antecedentes), *Assessment* (avaliação), *Recommendation* (recomendações)

A **técnica ISBAR** é atualmente preconizada como uma das técnicas preferenciais para a comunicação em transição de cuidados a nível global desde que a OMS juntamente com a JC em 2007 publicaram “*Communication During Patient Hand-Overs*”, como descrito anteriormente.

No documento emitido pelo Hunter New England Health (2009) esta técnica teve a sua génese enquanto instrumento de comunicação nos submarinos nucleares norte americanos, e dada a sua praticidade na transmissão de informação essencial num curto espaço de tempo foi sendo adotada em outras áreas, como na indústria aeronáutica e mais recentemente na área comunicacional da transição de cuidados em saúde. A sua simplicidade de utilização e adequação às diferentes realidades existentes na prestação de cuidados por todo o mundo, levaram a que em 2007 a OMS e a JC sugerissem aos seus estados-membros a implementação nas instituições de saúde de uma abordagem estandardizada, em que surge a técnica ISBAR como sugestão. A nível nacional, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017) determina através da norma n.º 001/2017 emitida a 8 de fevereiro de 2017 que a transição de cuidados deve ser normalizada segundo a técnica ISBAR, cumprindo os termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro.

Como explana também a DGS nessa mesma norma, a **mnemónica ISBAR** corresponde às siglas em que **I** – Identificação, **S** – Situação atual, **B** – Antecedentes (*Background*), **A** – Avaliação, **R** – Recomendações. Mais especificamente, a **Identificação** pretende que se identifique não só o doente, mas também os intervenientes, o transmissor e o recetor e suas respetivas funções. Quanto ao descrever a **Situação atual** procura-se que sejam enumerados os motivos que levam à atual necessidade de cuidados de saúde. Aquando da referência aos **Antecedentes** propõe-se a descrição do historial clínico e de enfermagem relevante, como diretivas antecipadas de vontade. Já na **Avaliação** espera-se que seja referenciado o estado clínico do(a) doente e suas alterações, intervenções medicamentosas, médicas e atitudes terapêuticas. Por último, nas **Recomendações** visa-se descrever as todas futuras intervenções para a manutenção do tratamento do doente. A **comunicação em saúde** torna-se eficaz quando a “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.” (DGS, 2017, p. 4). Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 (p. 3882-(3)), a comunicação é entendida como o “ pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes”.

Identifica-se com fundamental na comunicação em equipa a partilha de um mesmo modelo mental, acrescentando ainda que de forma a reduzir o erro, é essencial associar a este processo de comunicação uma cultura de segurança. (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010). Um dos problemas atuais da comunicação em saúde prende-se com a interdisciplinaridade das equipas. Havendo dependência hierárquica, Santos *et al* (2010) identificaram que por vezes pode haver algum tipo de inibição em expressar abertamente as suas ideias, o que poderá levar ao erro. Um outro tipo de problema identificado por Santos *et al* (2010) na comunicação dentro das equipas de saúde está diretamente relacionado com a “política” de cortesia profissional de não comunicação do erro aos pares, levando ao aparecimento de erros ou à não correção dos mesmos atempadamente. As autoras sugerem como forma de poder contornar essa problemática procurar centrar o processo comunicacional no doente ao invés de nos profissionais, e promover desde a formação inicial dos profissionais de saúde as competências na área da comunicação.

A **Segurança do Doente**, citando Nunes (OE, 2006b, p.9) na tomada de posição da OE sobre a Segurança do Doente, esta refere que “A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde”. Acrescenta ainda que “Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados”. (OE, 2006b, p.10). A segurança do doente compreende-se como sendo a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2017, p.4), sendo esse mínimo entendível como a intervenção à luz do conhecimento atual, recursos disponíveis e contexto da prestação de cuidados contrapondo ao risco inerente ao não tratamento ou outro tipo de tratamento.

Este tema nos últimos anos fez parte da prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, seguindo os passos de outros países europeus. Entre 2014 e 2016, num projeto conjunto entre o Departamento da Qualidade da Saúde da DGS e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, iniciou-se o estudo piloto “Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses” (no seguimento do projeto europeu *European Network for Patient Safety*), com vista a avaliar 12 dimensões da cultura de segurança do doente. Em 2015 é publicado em Diário da República (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015) o PNSD 2015-2020 (p. 3882-(2)) que visa “(...) apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde (...)”,

emergindo como um dos pontos estratégicos o ponto n.º 2 – Aumentar a segurança da comunicação.

Como descreve a OE (2006b, p.6-7) para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, é necessário tomar uma série de medidas com uma abrangência que se inicie logo na fase de recrutamento, e se estenda à integração e a fixação dos profissionais. O enfoque na melhoria do desempenho e nas medidas de segurança ambiental, são uma possibilidade. Um foco também facilmente descurado é a abrangente área da gestão de risco, sendo necessário um contínuo investimento tanto no controle de infeção, como na criação de condições para uma prática clínica segura mantendo um ambiente de cuidados seguro. Para que tal seja possível, e com responsabilidades repartidas entre gestão e profissionais, é necessário garantir um investimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir. A **transição de cuidados de saúde** é definida como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.” (DGS, 2017, p. 4). Esta acontece quando existe “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.” (DGS, 2017, p. 4). Transição de cuidados pode ainda ser definida como “uma interação importante que implica um processo de comunicação entre profissionais — assim como a transferência de responsabilidade do cuidado — e que acontece num sistema organizacional e cultural complexo”. (Santos *et al*, 2010)

Existem diversas situações em que ocorre transmissão de informação em saúde, das quais: entre turnos, entre serviços e entre instituições. Santos *et al* (2010) consideram que, ainda que cada um dos diferentes processos de transição tenha as suas especificidades a considerar, os problemas que envolvem a comunicação, escrita e oral, são transversais, como a omissão de dados importantes, falta de precisão ou consistência da informação que é transmitida, permanente interrupção e os ruídos frequentes que inviabilizam a clareza da informação a ser transmitida, e a competência individual e falta de preparação dos profissionais de saúde (escassez de formação na área durante formação académica e profissional).

Ainda na opinião dos autores referidos no anterior parágrafo, parte destes problemas persistem dada a cultura instituída que estas são competências que se aprendem e maturam durante o exercício da profissão, apesar da experiência e de as constatações no terreno

demonstrarem o oposto, ficando a qualidade do que é transmitido sujeito apenas às capacidades e à subjetividade da interpretação de cada profissional.

A transição dos cuidados em segurança depende da comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, sendo seu dever comunicar de forma precisa e atempada, promovendo a minimização dos erros e evitando a quebra de transmissão de informação em segurança que poderá levar ao comprometimento de uma prestação de cuidados em segurança. (OE, 2017)

3.2 Metodologia

No editorial de “Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas”, Ferrito descreve a metodologia de Projeto como a busca da resolução de um problema através da investigação e implementação de estratégias recorrendo a procedimentos eficazes. É através deste método que se desenvolve a pesquisa, se promove a análise e posterior resolução de problemas inicialmente identificado, fundamentando assim a melhoria das práticas através de um suporte baseado na evidência. (Ruivo *et al*, 2010, p.2)

Pretende-se neste subcapítulo expor o percurso de implementação da Atividade Major, demonstrando inicialmente a fase de diagnóstico de situação, com os objetivos (gerais e específicos) estabelecidos, percorrendo ainda a caracterização da amostra. Constará também nesta fase as considerações éticas na sua realização como também a apresentação dos resultados, sua discussão e conclusões.

Optou-se por esta temática após um processo inicial de observação semiestruturado e reunião com a enfermeira coordenadora do serviço e enfermeiro supervisor de estágio, constatando-se que a sistematização da transição de cuidados não estava a ser executada de acordo com a norma da transição de cuidados da DGS.

3.2.1 Diagnóstico

Após definição do tema a tratar, surge como necessidade premente realizar um diagnóstico de situação, que, como refere Ruivo *et al* (2010, p. 10), pretende caracterizar a

realidade sobre a problemática a tratar e modificar, devendo considerar a globalidade dos contextos social, económico e cultural e particularidades quanto aos recursos para implementação as mudanças. O diagnóstico de situação assume ainda o papel de justificar as atividades realizadas durante a elaboração e implementação do projeto, desempenhando um papel comparativo das alterações efetuadas e do sucesso das medidas implementadas (Ruivo *et al* 2010, p. 10). Para identificação dos problemas que se procura dar resposta, é necessário recorrer a alguns instrumentos que possam ajudar na identificação e validação dos problemas, sendo que a estes está implícita a observação (Ruivo *et al* 2010, p. 10). “A observação directa é aquela em que o próprio investigador procede directamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados. Apela directamente ao seu sentido de observação.” (Quivy & Campenhoudt, 2003, p. 164) Acrescentam que “Proceder-se-á por observação direta quando a informação procurada estiver directamente disponível” (Quivy & Campenhoudt, 2003, p. 164). Na realização do diagnóstico de situação inicialmente procedeu-se à aplicação de duas ferramentas de diagnóstico: a observação semiestruturada (Apêndice III – Grelha de Observação Semi-estruturada) e a aplicação de um questionário (Apêndice IV – Questionário ISBAR). Aliado à aplicação dessas ferramentas procedeu-se ainda à reflexão sobre a experiência pessoal relativa ao local de estágio.

Conjugando as fontes descritas no parágrafo anterior há discussão conjunta de temas críticos a necessitar de desenvolver no serviço (com a chefia de serviço e com o enfermeiro supervisor de estágio) e pelo o interesse e reconhecimento da importância da temática no panorama atual da atividade das Instituições de saúde, surgiu então o tema na área **Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde** (de forma a concretizar o PNSD 2015-2020 - Despacho nº 1400-A/2015 e aplicar a norma da DGS n.º 001/2017). Ruivo *et al* (2010, p.34) descrevem como as principais fontes de identificação e definição de um problema habitualmente os especialistas na área, bases de dados, sugestões ou questões deixadas em aberto por investigações anteriores. Como instrumento de recolha de dados, e após obtidas as devidas autorizações do Comissão de Ética para a Saúde (CES) do (Anexo I – Parecer favorável do CES), foi realizado um processo de observação semiestruturada às transições de cuidados na sala de emergência e aplicado um questionário, dividido em duas partes, uma primeira com vista à caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda onde os participantes evidenciam a sua perceção acerca da temática da comunicação na transição de cuidados de Enfermagem do doente crítico na Sala de Emergência.

3.2.2 População-alvo

Como população-alvo são considerados todos os enfermeiros que exercem funções no SUG e VMER e que são intervenientes na transição de cuidados na Sala de Emergência. No universo destes 2 serviços contabilizam-se um total de 92 Enfermeiros, sendo que 77 pertencem ao SUG e 20 aos quadros da VMER (em que 5 enfermeiros pertencem a ambos os serviços). Considerando critério de elegibilidade para responder ao questionário o facto de ter um papel interveniente na transição de cuidados na Sala de Emergência são excluídos os 3 elementos em funções de gestão, 3 outros elementos que permaneciam em ausência prolongada do serviço aquando da aplicação do questionário e um enfermeiro por ser o investigador, perfazendo assim um total de 85 enfermeiros elegíveis para responder ao questionário, diga-se, a amostra.

Tendo recebido o parecer favorável por parte do CES do a 11 de janeiro de 2019, definiu-se o período de 12 a 20 de janeiro para distribuição, recolhendo os questionários findo esse tempo. Optou-se como método de entrega dos questionários o suporte de papel para os enfermeiros do SUG, delegando a cada elemento de chefia de equipa de enfermagem a distribuição e recolha dos mesmos no período acima referido (método este adotado no serviço para distribuição de questionários). Quanto aos enfermeiros da VMER, optou-se por distribuir os questionários via on-line, nomeadamente através do fornecimento de link para o *Googleforms*[®], uma vez que a maioria dos enfermeiros são externos à instituição (em regime de prestação de serviços) e esporadicamente se deslocam ao serviço (apenas 3 a 4 vezes por mês), possibilitando as respostas em tempo útil e na janela de tempo estipulada. Relativamente aos enfermeiros que desempenham funções em ambos os serviços, foi-lhes solicitado que apenas respondessem ao questionário numa das formas disponibilizadas.

A taxa de resposta total ao questionário aplicado foi de 63,5% (n=54), 9 dos quais obtidos via on-line e os restantes 45 em suporte de papel. Caracterizando a amostra numa perspetiva sociodemográfica, constata-se que globalmente é maioritariamente representada pelo género feminino. Quanto à sua faixa etária é flagrante que predominantemente (>50%) se encontra abaixo dos 35 anos, sendo que apenas 19 dos enfermeiros têm uma idade superior. Relativamente aos anos de exercício de enfermagem conta-se com uma marcada experiência dos enfermeiros até aos 15 anos de enfermagem, representando 70.4% do total da amostra.

Quanto ao local em que os enfermeiros respondentes exercem funções, apenas 5 colaboram em ambos os serviços, a maioria no SUG, e apenas 7 na VMER. Caracterizando os

anos de exercício profissional no Serviço de Urgência é de destacar que 53.7% (n=29) dos enfermeiros têm 5 ou menos anos de funções, havendo apenas 12 enfermeiros com mais de 15 anos de serviço.

Abordando o tipo de vínculo profissional à instituição, é de referir que 68,5% dos enfermeiros (n=37) têm Contrato Individual de Trabalho, 20,4% (n=11) com contrato de Funções Pública e apenas 1 enfermeiro com contrato de substituição. É também expressivo o número de enfermeiros que possuem licenciatura (n=41), havendo ainda 2 enfermeiros apenas com bacharelato, 11 com mestrado e não há enfermeiros com doutoramento. Descrevendo ainda a diferenciação académica, pode-se aprofundar que 14 enfermeiros têm especialização em enfermagem, 11 dos quais em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 em Reabilitação e 1 em Saúde Infantil e Pediátrica.

Descrevendo a formação em Técnica ISBAR, denota-se que uma grande maioria dos respondentes (n=47) não têm formação na área. Dos enfermeiros que obtiveram formação, 2 tiveram há cerca de 24 meses, 2 há 12 meses, 1 há 6 meses e 1 há 4 meses, sendo que um dos que respondeu não indicou há quanto tempo obteve essa informação.

3.2.3 Objetivos

Os objetivos de projetos devem ser claros, precisos, concisos, em número reduzido realizáveis e mensuráveis na sua qualidade, quantidade e duração. Na sua formulação devem definir o comportamento esperado, enunciando os critérios de realização e de êxitos, devendo apontar os resultados que se pretende alcançar e focando as ações a realizar. O objetivo geral define-se como premissa dos resultados que se esperam atingir. (Ruivo *et al*, 2010, p.19)

Define-se então para este projeto como **Objetivo Geral** melhorar a segurança do doente crítico na transição de cuidados na Sala de Emergência através da implementação da metodologia ISBAR como Instrumento de transição de cuidados.

Já para os objetivos específicos, Ruivo *et al* (2010, p.18) referem-se a estes como critérios que se esperam que os formandos atinjam ao longo do projeto.

Como **Objetivos Específicos** define-se então:

1) Caracterizar a percepção dos enfermeiros do SUG e VMER do acerca da utilização da técnica ISBAR enquanto metodologia de transição de cuidados;

2) Promover a uniformização da técnica ISBAR na transição de cuidados do doente crítico na Sala de Emergência do SUG;

3) Aumentar a eficácia na transição de cuidados dos doentes críticos pelos Enfermeiros na Sala de Emergência do SUG, através da aplicação da metodologia ISBAR.

3.2.4 Procedimentos Éticos

A Enfermagem enquanto profissão autónoma, rege-se tanto pelo Código Deontológico do Enfermeiro como pelo REPE no que concerne aos princípios éticos e deontológicos. Nunes (2013, p.3) no documento elaborado sobre as *“Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação em enfermagem”* defende que seja qual for o trajeto definido para a investigação deve ser governado por regras que assegurem a proteção das pessoas acima dos interesses sociais e científicos, com especial foco salvaguarda nos sujeitos considerados vulneráveis. Como o ICN faz referência na sua publicação *“The ICN Code of Ethics for Nurses”* (2012, p.1) está associado à prática de enfermagem o respeito pelos direitos humanos, nos quais se englobam os direitos culturais, à vida, à escolha, à dignidade e ao tratamento com respeito. Acrescentando ainda que o enfermeiro deve demonstrar valores profissionais como respeito, responsabilidade, compaixão, confiabilidade e integridade. “Em termos éticos, entre os princípios fundamentais que devem informar a ética do experimentador, qualquer que seja o objeto ou *sujeito* da experimentação, figuram o de não lhes causar mal e o de se actuar em seu benefício” (Reys, 1992, p.210). “A Ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p.114). “A pedra angular de uma investigação eticamente sólida é o consentimento fundamentado, que designaríamos de livre e esclarecido, sendo que o profissional tem um dever de proteção das pessoas, ao caso sujeitos do estudo.” (OE, 2015a, p.232)

Nunes (2013, p.6) releva que existem **seis princípios éticos que devem reger a investigação**, entre eles a **Beneficência**, praticando o bem para com a sociedade em geral e o participante em particular, a **Avaliação da maleficência**, tendo por base a máxima de «não causar dano», a **Fidelidade**, sendo fiável aos seus princípios, os da profissão e para com os do

participante, a **Justiça**, mantendo a igualdade e retidão para com os participantes, a **Veracidade**, sendo reto, sincero e transparente, alertando para os riscos e benefícios, o que se traduz no consentimento livre e esclarecido, e por fim a **Confidencialidade**, intentando a preservação de toda a informação de carácter pessoal que seja colhida ou processada. Associados aos princípios acima referidos, Nunes (2013, p.7) salvaguarda ainda os princípios dos participantes no estudo, referindo os direitos a não receber dano, de conhecimento pleno, ou de informação completa sobre o estudo, de autodeterminação, à intimidade e direito ao anonimato e à confidencialidade. O REPE (OE, 2015b, p.101-102) reforça ainda que para o exercício e intervenção dos Enfermeiros, estes "(...) deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.". Neste documento acima referido salvaguarda-se ainda o dever ao sigilo, em que obriga o enfermeiro a assegurar o "(...) segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: (...) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados;" (OE, 2015b, p.84). Tendo em conta os princípios atrás referidos, e de forma a cumprir essas premissas, foi solicitado parecer à CES e autorização do Conselho de Administração do que foi comunicado via email pelo Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem como favorável. (Anexo I – Parecer favorável do CES).

O questionário aplicado procurou obter uma caracterização sociodemográfica, profissional, académica e de avaliação dos conhecimentos da equipa acerca da temática ISBAR e cultura de segurança do doente na transição de cuidados. Está garantido no documento de consentimento informado anexo aos questionários distribuídos (Apêndice V – Consentimento Informado) a participação livre e voluntária dos participantes, justificando também a metodologia de acesso aos participantes, tal como a confidencialidade dos dados colhidos por este meio. Na entrega dos mesmos foi dada disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e questões com estas relacionadas.

3.2.5 Implementação da técnica ISBAR seguindo o Diagrama da Prática Baseada na Evidência

Seguindo a metodologia da prática baseada na evidência enquanto recurso para otimizar a transição e cuidados do doente crítico na Sala de Emergência, seguiram-se os passos complementados na figura 2 – Diagrama da Prática baseada na evidência. Avaliada a necessidade de mudança de práticas, nomeadamente do aumento da segurança da

comunicação no processo comunicacional na sala de emergência, identificou-se como a melhor evidência e como *standard* sugerido a nível nacional e internacional para ferramenta comunicacional para a transição de cuidados a Metodologia ISBAR. Esta ferramenta pode ser considerada um ganho trivalente, trazendo ganhos tanto para o doente (com o ganho em segurança nos cuidados), para os profissionais (com a estruturação da passagem de informação, diminuindo a perda de informação, o que permite a manutenção de cuidados mais seguros e com maior qualidade), como para a instituição (evitando o aumento de dias de internamento desnecessários e aumento com gastos financeiros que sejam condicionados pelo erro ou perda de informação).

Para definir estratégias para a sua implementação recorreu-se a 2 instrumentos: um para caracterizar a amostra e aferir a perceção da equipa quanto à temática da comunicação na transição de cuidados de enfermagem do doente crítico na SE (Apêndice IV – Questionário ISBAR); e um outro instrumento de observação semiestruturado para perceber durante a fase de transição de cuidados a utilização (ou não) de um instrumento de transição de cuidados, quais os pontos de transição de cuidados que são ou não transmitidos e aferir a existência de fatores perturbadores na transição de cuidados (Apêndice III – Grelha de Observação Semiestruturada). Ambos os instrumentos foram baseados na norma DGS n.º 001/2017 que foca a comunicação durante a transição de cuidados recorrendo à técnica ISBAR.

A grelha de Observação Participante Semiestruturada é aquela que tem algumas categorias de observação elaboradas, mas com espaço para formar novas categorias, tendo por parte do observador uma participação *minor*, em que o observador integra a equipa, mas apenas assiste à situação que decorre (Barão, Temporão & David, 2006).

Descritos estes aspetos, podem-se considerar como essencial a alteração da não-sistematização da transição de cuidados, fatores que a essa sistematização da transição de cuidados perturbem e a duplicação de passagem de informação entre o enfermeiro transmissor, o recetor e o da triagem. Alinhando o objetivo da implementação de um método eficaz de comunicação na sala de emergência durante a transição de cuidados do doente crítico, com a estratégia da instituição (e da DGS) de implementar a técnica ISBAR enquanto método de transição de cuidados, compete criar fluidez no processo, reduzindo obstáculos e torná-lo mais fluído. Para tal, é necessário assim perceber onde se encontram esses obstáculos e interpretar a informação, analisando os dados obtidos através da observação das transições de cuidados como se explanam na tabela abaixo.

Tabela 1 – Resultados da Observação da Transição de Cuidados na Sala de Emergência

Parâmetros avaliados	Pré-sensibilização	
	Verificado	Não Verificado
I – Identificação	65,6 %	34,4 %
S – Situação atual	87,5 %	12,5 %
B – Antecedentes	30,6 %	69,4 %
A – Avaliação	87,5 %	12,5 %
R – Recomendações	43,8 %	56,3 %
Fatores de Distratores	50,0 %	50,0 %

- Elevado número de profissionais a responder à SE;
 - Duplicação da transmissão da informação entre enfermeiro;
 - Presença de ruído ambiente.

(Fonte: elaborado pelo próprio através de dados colhidos com a aplicação da Grelha de Observação Semi-estruturada da transição de cuidados na sala de emergência)

Colhidos os dados, importa analisá-los para que se possa obter informação e aplicá-la nos restantes passos deste processo. Pode-se constatar que nas observações iniciais que o parâmetro mais focado foi o “S – Situação atual” e igualmente o “A – Avaliação” havendo menor incidência sob a informação do “B – Antecedentes” e “R – Recomendações”. Objetivaram-se alguns fatores que limitam a fluidez de todo o processo, mais especificamente, evidencia-se a atribuição de maior importância a diferentes fases da transmissão de informação por parte dos intervenientes e a presença de fatores motivadores de entropia. Tendo estes factos em mente, interessa então reverter esta problemática. Contando com a disponibilidade e vontade por parte dos elementos da gestão do serviço em implementar a norma ISBAR mas com as condicionantes associadas às alterações estruturais que o SUG sofreu no decorrer do estágio (motivando a divisão estrutural do SUG entre a área de internamento e ambulatório), houve necessidade de reajustar a ideia inicial de realizar um momento de formação para a equipa de enfermagem (Apêndice VI – Formação ISBAR), pois iria haver grande absentismo como verificado em outras formações recentes, dado o facto do serviço ainda se manter em 2 polos estruturalmente afastados (área de internamento e área de ambulatório). Assim, ao invés de optar por um momento formativo optou-se, em consonância com a coordenação de enfermagem do SUG pela realização de pequenas sessões informais de esclarecimento durante as passagens de turno e a disponibilização de “cábulas” da mnemónica ISBAR pelas equipas (Apêndice VII – Mnemónica ISBAR), com a fixação de um poster (Apêndice VIII – Poster ISBAR) no interior da sala de

emergência junto da entrada, adiando para depois do término das obras de beneficiação do SUG a realização dessa formação.

Antes dos passos referidos na última frase, interessa de igual forma apurar os conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da técnica ISBAR e qual a perceção dos enfermeiros acerca da temática da comunicação na transição de cuidados de enfermagem do doente crítico na SE para que se possa adequar o processo formativo às reais necessidades dos formandos. Para tal, foi entregue um questionário aos enfermeiros do SUG e VMER (após aprovação por parte do CES) (Apêndice IV – Questionário ISBAR) para avaliar esses critérios, de modo a poder direccionar mais eficazmente a formação e abordagem da equipa. Já no seguimento dessas sessões de sensibilização, e após o planeamento e reajustes necessários, foram aplicadas as medidas retificativas que se focaram nos problemas detetados na observação das transições de cuidados e as necessidades identificadas nos questionários.

Sendo a implementação da Norma DGS um objetivo estratégico da instituição e, consequentemente do SUG, alinou-se um dos objetivos do PNSD 2015-2020, com os objetivos institucionais, trazendo assim benefício para o doente. Foi também efetuada uma reunião com a gestão do SUG para expor os resultados das observações efetuadas, sugerindo esta o reforço junto dos enfermeiros a necessidade de manter disciplina na resposta à sala de emergência (enfermeiro escalado de Sala de Emergência, enfermeiro de e enfermeiro Chefe de Equipa), apelar a uma resposta mais ordenada também por parte da equipa médica (dado o frequente número excessivo de médicos e internos nos turnos da manhã a responder à sala de emergência) e à possível efetuação da triagem do doente admitido do exterior na Sala de emergência pelo enfermeiro da sala de reanimação, evitando assim a necessidade de repetir a informação transmitida e consequente possibilidade de perda de informação crítica.

Focou-se também junto da coordenação do serviço o facto de o verbete da VMER por vezes não acompanhar o utente, chegando-se ao consenso de na triagem deixar explícito que o doente foi acompanhado pela VMER, para caso o doente seja internado seja possível levantar essa mesma ficha do dossier da triagem e manter essa informação no processo clínico.

3.3 Resultados

Cumpridas as anteriores fases do processo, é chegada a fase de divulgar os resultados obtidos de forma a extrair a evidência do processo e das medidas tomadas até então e de dar “(...) a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema” (Ruivo *et al*, 2010, p.31). Começa-se por apresentar na seguinte tabela os resultados comparativos do processo de observação da Transição de Cuidados na Sala de Emergência, antes e após as ações de sensibilização.

Tabela 2 - Resultados comparativos da Observação da Transição de Cuidados na Sala de Emergência antes e após formação

Parâmetros avaliados	Pré-sensibilização		Pós-sensibilização	
	Verificado	Não Verificado	Verificado	Não Verificado
I – Identificação	65,6 %	34,4 %	78,1 %	21,9 %
S – Situação atual	87,5 %	12,5 %	91,7 %	8,3 %
B – Antecedentes	30,6 %	69,4 %	50,0 %	50,0 %
A – Avaliação	87,5 %	12,5 %	93,8 %	6,3 %
R – Recomendações	43,8 %	56,3 %	68,8 %	31,3 %
Fatores de Distratores anotados	50,0 %	50,0 %	50,0 %	50,0 %
	<ul style="list-style-type: none"> - Elevado número de profissionais a responder à SE; - Ausência de documento físico entregue pela enfermagem (apenas verbete VMER); - Duplicação da transmissão da informação entre enfermeiro; - Presença de ruído ambiente. 		<ul style="list-style-type: none"> - Elevado número de profissionais a responder à SE; - Ausência de documento físico entregue pela enfermagem (apenas verbete VMER); - Duplicação da transmissão da informação entre enfermeiro; - Presença de ruído ambiente. 	

(Fonte: elaborado pelo próprio através de dados colhidos com a aplicação da Grelha de Observação Semi-estruturada da transição de cuidados na sala de emergência)

Relativamente ao questionário sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem na sala de emergência do Serviço de Urgência Geral, e além da caracterização da amostra descrita no ponto 3.2.2, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 3 - Perceção acerca da temática da comunicação na transição de cuidados de Enfermagem do doente crítico na Sala de Emergência

Questão	Discordo total/ %	Discordo parcial/ %	Concordo parcial/ %	Concordo total/ %
1 - Tenho conhecimento da técnica ISBAR e sua finalidade	11 20,4%	4 7,4%	26 48,1%	13 24,1%
2 - A transição de cuidados é uma fase crítica na prestação de cuidados ao doente	1 1,9%	5 9,3%	18 33,3%	30 55,6%
3 - A incorreta transição de cuidados pode comprometer a segurança do doente	1 1,9%	1 1,9%	7 13,0%	45 83,3%
4 - Durante a transição de cuidados a informação é transmitida de forma estruturada seguindo uma linha de raciocínio	1 1,9%	10 18,5%	30 55,6%	13 24,1%
5 - A informação transmitida é subjetiva e pouco clara	7 13,0%	21 38,9%	26 48,1%	0 0,0%
6 - É utilizada a técnica ISBAR na transmissão de cuidados	16 29,6%	19 35,2%	18 33,3%	1 1,9%
7 - O Enfermeiro transmissor da informação é identificado	2 3,7%	6 11,1%	28 51,9%	18 33,3%
8 - O Enfermeiro recetor da Informação é Identificado	4 7,4%	9 16,7%	25 46,3%	16 29,6%
9 - O Doente alvo da transição de cuidados é identificado claramente	2 3,7%	9 16,7%	21 38,9%	22 40,7%
10 - É descrito o motivo causador da necessidade da prestação de cuidados de Saúde	0 0,0%	1 1,9%	23 43,4%	29 54,7%
11 - São descritos factos clínicos, como antecedentes pessoais, alergias, intervenções de enfermagem e outras relevantes	1 1,9%	2 3,7%	25 46,3%	26 48,1%
12 - É transmitida a informação acerca das medidas farmacológicas e não farmacológicas instituídas	1 1,9%	6 11,1%	18 33,3%	29 53,7%
13 - É transmitida a evolução do estado do doente (melhorado, agravado, estacionário)	0 0,0%	3 5,6%	25 46,3%	26 48,1%
14 - A informação transmitida é clara e concisa	0 0,0%	5 9,3%	37 68,5%	12 22,2%
15 - A transmissão sofre interrupções frequentes por parte de terceiros levando perdas de informação	1 1,9%	9 16,7%	28 51,9%	16 29,6%
16 - Considero que há falhas no processo de transferência de informação colocam em risco a segurança do Doente	1 1,9%	17 31,5%	22 40,7%	14 25,9%
17 - Há necessidade de voltar a contactar o colega que transmitiu a informação para esclarecer dúvidas	8 14,8%	29 53,7%	17 31,5%	0 0,0%
18 - Sinto que a informação recebida é suficiente para assumir os cuidados ao doente em segurança	0 0,0%	8 14,8%	36 66,7%	10 18,5%
19 - A transmissão da informação é acompanhada do fornecimento de suporte de papel com a informação	7 13,0%	13 24,1%	24 44,4%	10 18,5%
20 - Recebo estímulos distractores frequentemente durante o processo de transição de cuidados	0 0,0%	7 13,0%	32 59,3%	15 27,8%

21 - Há necessidade de interromper a transição de cuidados devido a fatores distractores (ruído, interrupções)	2	3,7%	9	16,7%	30	55,6%	13	24,1%
22 - Sinto que fica informação por transmitir/em falta	3	5,6%	16	29,6%	28	51,9%	7	13,0%
23 - É referida a informação de acompanhamento de um familiar/pessoa significativa	5	9,3%	20	37,0%	26	48,1%	3	5,6%
24 - A transmissão da informação é realizada junto do doente	3	5,6%	0	0,0%	18	33,3%	33	61,1%
25 - A criação de um documento uniformizador da transição de cuidados é benéfica	2	3,7%	2	3,7%	17	31,5%	33	61,1%

(Fonte: elaborado pelo próprio através de dados colhidos com a aplicação Questionário sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem na sala de emergência do Serviço de Urgência Geral)

3.4 Discussão

Como descrito por Ruivo *et al* (2010), esta fase compreende o anúncio dos resultados pertinentes como os aspetos negativos ou as hipóteses não confirmadas, demonstrando as limitações do estudo e a possibilidade de extrapolação dos seus resultados para a generalidade da temática tratada.

Na sala de Emergência encontram-se duas diferentes equipas de prestação de cuidados de saúde, pré e intra-hospitalar. Surge como ferramenta primordial a comunicação, que, segundo Ferreira, Brás e Barbieri (2016), assume especial relevância nas relações de trabalho, com especial enfoque nos processos comunicacionais diretamente relacionados com o doente e sua família.

A equipa de saúde em questão manifesta-se pela sua diversidade tanto em anos de experiência profissional como académica. É também denotado que apesar da importância que a equipa na sua generalidade dá à fase da transição de cuidados na SE, é manifesta a ausência de conhecimento do instrumento de transição de cuidados ISBAR como praticamente ausente a formação na área. Sendo a questão major tratada ao longo deste relatório a segurança do doente, e a temática direcionada para a área da transição de cuidados, assume-se que o risco real para os doentes durante a transição e cuidados resulta da falta de padronização de um procedimento. (Delupis *et al*, 2014; Delupis, Mancini, Nota, & Pisanelli, 2015).

Tendo por base de partida esta ideia, foi efetuado o levantamento junto da equipa a perceção da importância da criação/utilização de um instrumento padronizado para a transição de cuidados sendo que este necessita de adaptação à realidade de cada Serviço de Urgência e sua equipa multidisciplinar, por forma a ser implementado de uma forma efetiva (Klim, Kelly, Kerr, Wood & McCann, 2013; Redley, Botti, Woodc & Bucknalla, 2017).

Sendo preconizado o recurso a um instrumento padronizado quer a nível de diversas instituições internacionais, como a OMS e a JC, que a nível nacional a DGS, adotou-se então enquanto instrumento a implementar a metodologia de transição de cuidados ISBAR seguindo e recorrendo à Metodologia da Prática Baseada na Evidência conforme June Larrabee preconiza.

Foram assim criados momentos formativos e desenvolvidas estratégias de implementação por forma a conseguir de forma eficaz a sua implementação, pois como referido anteriormente por Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, (2010), é importante na comunicação em equipa a partilha de um mesmo modelo mental, acrescentando ainda que de forma a reduzir o erro, é essencial associar a este processo de comunicação uma cultura de segurança.

Iniciada o período de implementação observam-se assim nos dois momentos distintos de transição de cuidados na SE (pré e pós formação) uma melhoria no seguimento da mnemónica ISBAR, potenciando a segurança do doente, apesar de ainda manter um hiato do que se pretende atingir e manter como referência para a segurança na transição de cuidados.

3.5 Conclusão

Ao longo desta Intervenção Major - **Sala de Emergência: transição de cuidados do doente crítico** - desenvolveu-se trabalho com vista à melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes críticos na SE. Para tal, e após detetada a problemática da ausência de um procedimento dirigido à transição de cuidados, foi levantada essa problemática e à luz do modelo preconizado por June Larrabee, foi efetuada pesquisa da melhor evidência científica existente cruzando-a com a experiência de peritos e profissionais na prática de cuidados (OE, 2006a).

Ao longo dos passos desta intervenção e tendo em mente o que Klim, Kelly, Kerr, Wood & McCann (2013) e Redley, Botti, Woodc & Bucknalla (2017) salientam, existiu a necessidade de levantamento das perceções relacionadas com a temática da equipa junto da qual se vai intervir.

Levantadas as necessidades a ser melhoradas, delineou-se a forma de intervir junto da população-alvo, recorrendo-se a formações e fixação de painéis informativos nos locais em que se procede à transição de cuidados.

Realizada a intervenção possível junto dos profissionais em causa e reavaliada a sua prática na transição de cuidados, foi possível concluir que as medidas implementadas levaram a uma melhoria nos resultados, não deixando de parte a necessidade de manter essas mesmas medidas de forma a abranger todos os profissionais, e salvaguardando a necessidade de reciclar esses conhecimentos periodicamente.

Como salientado por Larrabee (2011) deve-se ter em mente a tentação de dar por terminado todo este processo, e não desvalorizar a importância da manutenção periódica de processos formativos de forma a reforçar a necessidade de utilização desta metodologia, como de adoção enquanto método sistematizado e transversal de transição de cuidados a nível institucional, como a necessidade de recorrer a metodologias de auditoria.

Conclui-se assim que esta intervenção se mostrou benéfica para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados e inerente segurança do doente, com ganhos tanto a nível Institucional como das práticas profissionais. Permitiu ainda não só a aquisição de novas competências, alargamento de horizontes para a utilização de outros recursos para a melhoria da prática de cuidados a título individual e da equipa multidisciplinar, como a possibilidade de colaborar na implementação de novas medidas de melhoria sugeridas por entidades como a DGS e OMS.

Como refere June Larrabee ao longo do seu Livro *“Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidência em Enfermagem”* (2011), os fatores que influenciam a capacidade de prestar cuidados de excelência compreendem diferentes níveis, compreendendo desde as altas esferas organizacionais (nacionais e internacionais), entidades gestoras de saúde e os prestadores de cuidados e da sua interligação. Assim sendo, exige-se um comprometimento de todas as partes em promover os melhores cuidados de saúde possíveis recorrendo às melhores evidências e práticas disponíveis, mantendo essa busca de forma constante.

Procura-se assim que este tenha sido mais um impulso na melhoria da prestação de cuidados no Serviço intervencionado, e que induza nos restantes profissionais de saúde a vontade de desenvolver novos projetos de desenvolvimento que alimentem a contínua melhoria da prestação de cuidados.

4 ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Este ponto do Relatório de Estágio (RE) explana a descrição do processo de aquisição de competências ao longo da UC – Estágio Final tendo por referencial os critérios de atribuição do grau de Mestre e do título de EEEMC:PSC. Para a OE (2012b, p.11) “A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada.”

Descrevem-se ainda as **Competências comuns do enfermeiro especialista** como sendo as características conciliatórias dos “(...) enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (OE, 2019, p.4745)

Já as **competências específicas do enfermeiro especialista** “(...) decorrem das respostas humanas aos processos devida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. (OE, 2019, p.4745)

Como competências de Mestre, encontra-se definido no artigo 15.º, Capítulo III, do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro de 2016 (p.3174), referindo que para obter este grau se deve ser detentor de conhecimentos e capacidades, nomeadamente a nível da compreensão, que permitam desenvolver e fortalecer os conhecimentos obtidos no primeiro ciclo de estudos e que constituíam o suporte para o desenvolvimento e criação de conhecimento.

Enquanto mestre espera-se ainda que se demonstre capacidade de adequar o conhecimento com a destreza de resolução de problemas de elevada complexidade, com os quais ainda não se tenha deparado anteriormente ou sobre os quais não tenha toda a informação, fazendo uso da agilidade cognitiva para integrar conhecimentos de diferentes géneses na sua solução.

Procura-se igualmente que expresse uma cultura reflexiva sobre as questões éticas e sociais na resolução de problemáticas complexas, comunicando de forma competente as conclusões e linha de raciocínio associada, sendo capacitado de competências que permitam uma aprendizagem contínua e autossuficiente.

O artigo 15.º, Capítulo III, do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2016, p.3174), salvaguarda que “O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização”

Com a realização deste período de estágio cresceu novamente a noção da necessidade de manter um processo de formação contínua e de investigação para o crescimento da Enfermagem como disciplina científica.

A curiosidade pela aquisição de novo conhecimento deve estar presente em cada enfermeiro e deve ser um processo dinâmico e mantido pois a evolução científica e tecnológica aumenta de dia para dia, potenciando a melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

A Unidade Curricular Estágio Final fez o período de 24 de setembro a 25 de janeiro num total de 360 horas, das quais 336 horas de estágio e 24 horas de trabalho autónomo dedicado a pesquisas e trabalhos. Esta decorreu no SUG do , mais especificamente na e VMER do . A escolha incidu sobre este local de estágio dado ambos serem campos de estágio ricos em situações nas quais se prestam cuidados ao doente crítico, podendo enriquecer e adquirir novos conhecimentos.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Conforme exposto no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), estas compreendem 4 domínios, a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade e de gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nos próximos parágrafos analisa-se os respetivos domínios e competências atrás referidos, comuns do enfermeiro especialista.

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019, p.4745)

Como refere Nunes (2016) o enfermeiro busca na sua prática diária a melhor prática possível, reconhecendo as dimensões éticas, deontológicas, das melhores práticas disponíveis e a vontade do doente que é cuidado.

Constituiu componente essencial para o atingimento desta competência a passagem pela revisão do REPE, da deontologia profissional, descrita no capítulo IV da Lei 156/2015 de 16 de setembro, e pela revisão do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica

Procurou-se manter os conhecimentos atualizados à luz das melhores evidências disponíveis, discutindo os mesmos no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar, tal como com o Enfermeiro Supervisor. Foi aplicado e seguido o modelo da prática baseada na evidência, mostrando-se uma forma eficaz e sistemática de rever e avaliar a pesquisa bibliográfica por forma a dar resposta aos problemas detetados. Revelou-se um modelo de aplicação na resolução de problemas por parte da equipa de enfermagem apenas de forma empírica, mas mesmo assim eficaz na resolução de problemas em situações pontuais, carecendo dos posteriores passos de elaboração de um instrumento sustentado e passível de normalizar intervenções de enfermagem. A combinação entre a pesquisa clínica relevante, a experiência clínica e as necessidades e dados dos doentes produz a melhor prática baseada em evidência para garantir um cuidado individualizado (Rosswurn & Larrabee, 1999)

Um instrumento também bastante importante foi o percurso letivo que esta especialização trouxe, dando bases para desenvolver as competências de enfermeiro especialista, trabalhando-se o processo de tomada de decisões, priorizando tarefas tendo consciência global do ambiente, de forma a tornar a prestação de cuidados eficaz, humanizada e justa, baseada no código deontológico e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

OE, 2015c). Este processo, aliado a uma sustentada pesquisa bibliográfica, permitiu a criação de alicerces para uma melhor prática de enfermagem e um crescimento da qualidade da prestação de cuidados enquanto futuro EEEMC:PSC.

O local de estágio pelo qual optei permitiu desenvolver competências na área da prestação de cuidados ao doente com patologia aguda, crónica e crónica agudizada, tanto em situações de cuidados em ambulatório como em internamento, permitindo consolidar as bases éticas e deontológicas.

A atividade diária foi desenvolvida com base no estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, englobando a sua família/pessoa significativa no processo de tomada de decisão e tratamento a seguir, orientando-os para a obtenção dos melhores ganhos em saúde e procurando promover a autonomia do doente e, quando não possível, tornar o familiar um cuidador informal mais informado e consciente da sua prática.

De forma a consolidar e fundamentar estes conhecimentos foram consultados vários documentos, de entre os mais importantes referentes aos direitos e deveres do utente (Lei n.º 15/2014, de 21 de março), a lei de bases da saúde (Lei n.º48/90, Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24), o tratado internacional da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (Resolução da Assembleia da República n.º1/2001, publicada em Diário da República I-A, n.º2, de 03/01/2001) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ratificada a 10/12/1948 pela Organização das Nações Unidas).

A multiculturalidade acima referida tornou-se em mais um fator desafiante no percurso de futuro enfermeiro especialista, levando à procura da resolução, juntamente com o Enfermeiro Supervisor e restante equipa multidisciplinar, a articular e flexibilizar os procedimentos e rotinas habituais, dando resposta às necessidades individuais de cada doente.

Mostrou-se também bastante profícua a realização de sessões de *debriefing* com o enfermeiro supervisor e com restantes enfermeiros, criando espaço para o diálogo, criação e maturação de ideias construtivas, evoluindo e melhorando o raciocínio crítico e cuidados de enfermagem através de um processo de evolução constante e de maturação de raciocínios complexos.

A frequência do curso VMER no decorrer do 2º semestre de 2016 e ser operacional ativo desde então neste meio de emergência, elevou-se como mais um fator de elevada importância para o crescimento enquanto enfermeiro e como contributo para a aquisição de competências de EEEMC:PSC, desde a prática de enfermagem ao processo de tomada de decisões e consciência da responsabilidade ética para com os doentes.

No cumprimento do ponto A2 relativo à promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, pode-se integrar a elaboração do projeto de Intervenção Major, cuja aplicação contribuiu para uma melhoria efetiva na prevenção do risco, intervindo na promoção da segurança dos doentes através da utilização de um instrumento que promove a comunicação e transição de cuidados seguros.

A Segurança do doente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde (OMS, 2017). Esta ideia serviu de base e parte integrante dos pilares de todas as intervenções na prática de enfermagem para uma prestação de cuidados segura e responsável.

Foram também aplicados questionários sobre violência doméstica e referenciação dessas situações no âmbito dos protocolos de serviço, explicando a rede de suporte atualmente disponível e os procedimentos de atuação por forma a salvaguardar a sua integridade, dignidade e dos seus dependentes caso seja esse o caso.

No decorrer da UC estivemos também alerta para as situações de maior complexidade dos doentes, tendo em conta e ficando despidos para a sua evolução, agravamento, e riscos provenientes do próprio tratamento aplicado no utente. (Ex.: calibração dos alarmes e correta montagem de equipamentos para uma segura utilização dos mesmos).

À luz do que acima está relatado, considero que as competências acima referidas foram atingidas.

B – Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

B 1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B 2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

B 3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p.4745)

Analisando estas competências, ressalva-se novamente a elaboração do projeto de Intervenção Major, mas também a elaboração do artigo científico (Apêndice II – Artigo Científico) no decorrer do estágio e as pesquisas diárias que a profissão e estágio requerem.

Sobressai assim a importância de uma prática baseada na evidência, uma vez que, como frisam Domenico & Ide (2003), se mostra um processo de maior relevo na minimização do hiato que existe entre os avanços científicos e a prática assistencial. Esta prática baseada na evidência foi ganhando crescente importância e sentido na prática diária da enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros tem também gradualmente fomentado a melhoria da qualidade dos cuidados através da implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade (OE 2012a) como a publicação do Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. (OE 2010). Outro documento fulcral e base para manter uma contínua melhoria na prestação de cuidados ao doente é o Despacho 1400-A/2015 de 10 de fevereiro que reflete o Plano nacional para a segurança dos doentes.

Também essencial na elaboração deste projeto e com reflexo gradualmente cada vez mais importante na prática de cuidados diária é o Modelo de June Larrabee, baseando a prática na busca da melhor evidência, conjugando a experiência prática dos profissionais com a melhor e mais recente evidência científica, com base num raciocínio integrativo e crítico. Segundo Rossworn e Larrabee (1999), e que se mantém atual até aos dias de hoje nas contínuas publicações de como por exemplo por Larrabee (2011) - *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidencia em Enfermagem* – preconizam um modelo baseado em literatura teórica e de pesquisa relacionada à prática baseada em evidências, com recurso a pesquisas, linguagens padronizadas buscando a mudança. Este modelo serviu de orientador no processo de desenvolvimento e integração de uma mudança de prática baseada em evidência como foi o caso do projeto de intervenção major que levou à implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados na SE.

A passagem por todas as fases de elaboração de um artigo de cariz científico e a pesquisa a que obriga, mune um discente de instrumentos para desenvolver o seu próprio trabalho, mas também como método para desenvolver futuras produções de índole científica.

O desenvolvimento da prática diária enquanto formador de Suporte Básico de Vida do (Anexo II – Formador SBV) nos últimos 5 anos concorre de forma ativa para o desenvolvimento de responsabilidade, trabalho de pesquisa, comunicação com os pares, assumindo o papel um elemento incrementador de melhoria contínua da qualidade dos cuidados no seio da equipa hospitalar.

Em simultâneo foram realizadas integrações de enfermeiros no SUG, assim como o processo de orientação tutorial de alunos de 3º e 4º ano da licenciatura de enfermagem e também enquanto elemento dinamizador no grupo de melhoria na resposta à reanimação do serviço de urgência (o que engloba processos de verificação dos equipamentos da sala de reanimação e carros de emergência disponíveis no SUG, assim como o respetivo processo de auditoria periódica dos mesmos) o que enriqueceu o desenvolvimento de pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas assim como a necessidade de manter conhecimentos atualizados. (Anexo III – Orientador de estágio)

A colaboração enquanto elemento responsável do grupo de melhoria na resposta à reanimação do serviço de urgência (cujo engloba formação dos enfermeiros do serviço e processos de verificação dos equipamentos da sala e carros de emergência disponíveis no SUG e respetivo processo de auditoria periódica dos mesmos) contribuí continuamente também para o crescimento e procura constante de uma melhoria contínua enquanto profissional de saúde, tal como para a partilha e promoção do crescimento da restante equipa.

Ao longo dos últimos 3 anos a presença enquanto elemento do grupo do processo de escolha de aquisição de material para o serviço surge também como mais um fator complementar na aquisição de competências na área da gestão, dotando de um conhecimento acrescido não só do material existente, como da sua aplicabilidade colaborando na melhoria contínua da prestação de cuidados de Enfermagem, tendo em conta a globalidade e necessidades de adaptação.

A frequente e produtiva discussão com o enfermeiro supervisor e demais colegas das temáticas relativas à segurança e processos de intervenção de enfermagem produziram um

inestimável ganho em toda a equipa, não só no momento, mas também aliciando para a constante procura de melhoria da prestação da equipa multidisciplinar.

Ao longo do estágio, e no âmbito da elaboração da Atividade de intervenção major, foi possível contribuir para o processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, abordando o tema da segurança e eficácia na transição de cuidados – ISBAR – segundo o modelo da Prática Baseada na Evidência colocando em prática a norma DGS 005/2018 em que se demonstra que, entre outras áreas, se deve intervir nos hospitais nas áreas da Segurança do Doente e das Transições.

Referindo todos estes critérios que constata a aquisição das competências acima referidas, crê-se ter atingido os mesmos, vincando ainda o preconizado pela OE (2012b, p.24) no perfil competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, em que o enfermeiro deve atuar como mentor/tutor eficaz e contribuir para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.

Como deixa bem presente Larrabee (2011) o desenvolvimento do pensamento crítico e de métodos fundamentados em evidências são de vital importância para a melhoria da qualidade, requerendo um compromisso baseado em evidências científicas sólidas, e que sejam pesquisadas contínua e ativamente.

C - Competências do domínio da gestão dos cuidados

C 1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C 2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. (OE, 2019, p.4745)

Como enfatiza Guerra (2018), todos os enfermeiros com papel na área de gestão desenvolvem um papel fundamental na melhoria e manutenção da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Também a OE (2018b) atribui a importância do enfermeiro na

área da gestão como responsável de primeira linha enquanto defensor da segurança e cuidados de enfermagem de qualidade e potenciador do crescimento profissional dos enfermeiros.

Tendo por base a importância do que acima é referido, e além do contributo óbvio das UC's ao longo deste curso de Mestrado, várias são as situações ao longo desta UC que podem ser reconhecidas como essenciais para o contínuo crescimento enquanto EEEMC:PSC. Para tal, e tendo por modelo enfermeiros especialistas de referência na área do serviço no qual se realizou o estágio final, as seguintes situações identificadas contribuíram como alicerce para atingir as competências que este domínio compreende.

O acompanhamento da Enfermeira que desenvolve funções enquanto segundo elemento de gestão do serviço, tornou-se de grande relevância na aquisição de competências possibilitando assimilar os processos que se desenvolvem nos “bastidores” da efetiva prestação de cuidados diários, como a gestão de stocks, elaboração de horários mensais, gestão de pedidos de materiais e medicamentos.

Mostrou-se também bastante relevante poder acompanhar a mesma enfermeira no processo de informação aos familiares dos doentes internados na (que decorre diariamente durante o período da manhã) e nas suas funções de gestão das situações de cariz social e de situações de violência no Adulto (conjuntamente com os serviços sociais do) com que o SUG se depara numa base diária. Também na área da gestão foi possível acompanhar o enfermeiro supervisor nas suas funções enquanto coordenador da VMER, discutindo os processos de gestão de um serviço inteiramente direcionado para a assistência ao doente crítico, o que se mostrou uma valiosa aprendizagem na área do pré-hospitalar e doente crítico.

Ainda relativamente ao serviço da VMER, foi possível colaborar em conjunto e sob supervisão do enfermeiro supervisor no desenvolvimento e adequação dos equipamentos e recursos disponíveis para uma utilização mais racional e intuitiva, como a adequação das malas de intervenção e de colaboração na gestão de *stocks* de material e medicamentos para manter os recursos disponíveis para os operacionais ao mesmo tempo que se otimiza a sua utilização evitando o seu degradingamento e prescrição do prazo de validade.

O desenvolver funções enquanto operacional da VMER também se mostrou um fator de grande aprendizagem nos últimos 2 anos, a experiência adquirida no desempenho de funções de enfermagem no tratamento do doente crítico, com o acréscimo de desenvolver essas funções

em ambiente pré-hospitalar, com cenários multivítimas e com recursos finitos, exige rapidez e capacidade de tomada de decisão, dotando-nos de competências específicas no cuidado ao doente crítico.

Durante o último semestre da especialização foi também assumida a responsabilidade e função de 2º elemento de chefia de uma das equipas de enfermagem, o que contribuiu para o desenvolvimento de funções de coordenação e de melhoria do processo de tomada de decisão numa área de novas responsabilidades, procurando a manutenção de um ambiente terapêutico seguro e funcional.

As competências que foram adquiridas ao longo dos anos de profissão enquanto enfermeiro de cuidados gerais foram também trabalhadas durante esta unidade curricular, levando a todo um processo de reflexão, partilha e de consolidação de conhecimentos. Mais uma vez a prática baseada na evidência tem um contributo essencial na otimização desses conhecimentos e consequentemente na melhoria dos cuidados prestados ao doente.

Foi também trabalhada e discutida em campo de estágio com o enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar a otimização da prestação de cuidados, focando a temática da segurança e otimização de intervenções no contexto da complexidade dos cuidados que se prestam aos doentes recebidos na SE e internados na .

Reconhecendo a necessidade de gestão dos diversos recursos, quer humanos, materiais e de infraestruturas, foi também vivenciado o processo de agilização de transferência de doentes para outras unidades hospitalares, permitindo gerir e participar nesse processo complexo e interdisciplinar.

Os processos de liderança foram também trabalhados e alvo de reflexão ao longo do estágio, nomeadamente com a elaboração e apresentações durante a implementação da Atividade Major, tal como na prática de cuidados diários, com os pares e restantes classes profissionais envolvidos.

Constatando as atividades acima desenvolvidas, considero atingidas as competências propostas neste domínio.

D - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D 1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D 2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. (OE, 2019, p.4745)

A produção e disseminação de conhecimento produzida pela investigação é fundamental na disciplina de Enfermagem, dado que este "(...) é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde" (OE, 2006a, p.1).

Todo o processo de aprendizagem aliado à prática profissional diária e de pesquisa em bases científicas, concomitantemente com a experiência adquirida em contexto da UC contribuiu para um *continuum* em ganhos de experiências enriquecedoras de aprendizagem, mostrando em si um proveito exponencial de conhecimento através de um também processo reflexivo e de autoanálise.

Mais especificamente, a nível do processo de produção científica, o desenvolvimento do artigo científico e do desenvolvimento da formação ISBAR (Apêndice VI – Formação ISBAR) em contexto da atividade major, mostrou-se um desafio no cumprimento das fases de processo, mas também um ganho não só na tomada de consciência da necessidade de manter uma constante procura da melhoria dos cuidados e assistência ao doente, como também nos ganhos que nos traz no dia-a-dia e vida pessoal.

É de ressaltar a suma importância que a prática baseada na evidência traz para o campo da aprendizagem diária e na sua partilha para o desenvolvimento não só pessoal, mas também de toda a equipa. A evolução da enfermagem depende grandemente da constante pesquisa de melhoria dos cuidados aliada à evidência que é obtida diariamente e à sua adequação à realidade de cada serviço.

Como referido anteriormente a formação do curso VMER foi um grande impulsionador em ganhos na qualidade da prestação de cuidados ao doente crítico, como mais recentemente os cursos fornecidos pelo INEM, o curso STEMINEM (Anexo IV – Certificado de participação STEMINEM) que visa melhorar a prática de cuidados ao doente vítima de Enfarte agudo do

miocárdio e o curso de utilização do LUCAS® no âmbito da formação do compressor cardíaco externo para utilização em dador de órgãos em coração parado.

Aliando a tudo isto um processo de reflexão contínuo, discutindo ao longo do estágio as mais diversas situações que surgiam com do enfermeiro supervisor, foram bastante benéficas no crescimento enquanto enfermeiro e futuro EEEMC:PSC, cumprindo assim os critérios acima enunciados.

4.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

Seguindo o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2018a), proceder-se-á à análise do processo de aquisição das três competências por este regulamento estabelecidas, analisando cada uma individualmente.

K1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018a, p.19363)

Todo o estágio na se centrou na prática de cuidados ao doente crítico complementando este com assistência na SE, sempre que esta era utilizada.

A prestação de cuidados ao doente crítico exige grande mobilidade de conhecimentos, uma interpretação de diversa informação e de uma correta adequação dos cuidados relativamente dados obtidos.

Como enfatiza a OE (2011), na constante busca da melhoria da sua prática, cabe ao enfermeiro especialista antecipar problemas eminentes, minimizando riscos e intervindo por forma a antecipar a evolução dos mesmos. Esta refere ainda que para minimizar esse impacto no doente deve-se ter em conta uma abordagem holística e dirigida ao problema detetado.

Assim, este período de estágio, aliado à formação obtida ao longo das várias unidades curriculares desta especialização, mostrou-se importante para a aquisição de novos recursos para poder prestar cuidados de crescente qualidade e excelência.

Mais uma vez o modelo da prática baseada na evidência assume um papel preponderante na constante busca de uma prestação de cuidados de excelência, sendo um instrumento essencial na pesquisa e implementação desses mesmos cuidados. O conhecimento obtido deve ser partilhado e adotado como standard da prática diária para que os doentes tirem o melhor partido dos cuidados que recebem.

Foi possível, com o acompanhamento do enfermeiro supervisor de estágio, prestar cuidados de qualidade aos doentes, desenvolvendo competências na área da ventilação invasiva, discutindo as melhores práticas com os restantes enfermeiros do serviço. Houve também possibilidade de colaborar no processo de entubação orotraqueal em doentes com agravamento do estado clínico, de prestar cuidados de continuidade aos doentes com ventilação invasiva e de auxiliar no processo de remoção de tubos orotraqueais de doentes.

Este processo dinâmico que é o cuidado do doente crítico torna-se desafiante e carece dos melhores cuidados, prestados em tempo útil. Como procedimentos técnicos houve ainda a possibilidade de colaborar na execução de diversas técnicas, adequando os cuidados à unicidade de cada doente e discutindo os cuidados com o enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar, permitindo o enquadramento da prestação de cuidados no processo dinâmico e multidisciplinar.

Houve ainda a possibilidade de colaborar em manobras de Suporte Avançado de Vida com reversão da paragem cardiorrespiratória, aplicando as noções aprendidas e praticadas durante a UC em que foi lecionada o curso de Suporte Avançado de Vida, percebendo na realidade a dinâmica da equipa multidisciplinar e acompanhamento do doente na fase pós Paragem Cardiorrespiratória.

Para este facto foi vantajosa os cursos ministrados ao longo das unidades curriculares que permitiram reciclar conhecimentos na área do Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (Anexo V – Formação SBV com DAE), em Suporte Avançado de Vida (Anexo VI – Formação Suporte Avançado de Vida) e em suporte ao doente vítima de trauma através do *International Trauma Life Support* (Anexo VII – Formação ITLS).

Contactou-se ainda com a implementação de protocolos terapêuticos com necessidade de ajuste frequente segundo avaliação de parâmetros vitais e de avaliação de pressupostos prévios como o caso de esquemas de cetoacidose diabética, de doentes com hemorragia digestiva alta ativa e protocolos de transferência inter-hospitalar para Sala de Hemodinâmica de doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST.

De entre técnicas praticadas ou em que colaborei, pode-se destacar também a colaboração na colocação e manutenção de drenos torácicos, punções lombares, paracenteses diagnósticas e evacuadoras, gestão de dispositivos de ventilação invasiva e não-invasiva, sistemas de tração cutânea em fraturas peri-trocantéricas e manutenção com vigilância de drenos cirúrgicos.

Outro dispositivo também frequentemente colocado e manuseado na são os cateteres venosos centrais. Este são colocados com múltiplos objetivos, conforme a necessidade do doente, desde a complementaridade na vigilância hemodinâmica à sua versatilidade para administração de soroterapia, alimentações parentéricas e outros protocolos terapêuticos. Este recurso também requer vigilância e manuseamento diferenciado dado o seu potencial enquanto foco de infeção. Na utilização de perfusões requer vigilância por parte da equipa multidisciplinar, avaliando a necessidade de ajustes dos diferentes protocolos terapêuticos, quer por incompatibilidades, quer por labilidade hemodinâmica dos doentes.

Outra competência que profissionalmente se encontra em desenvolvimento e que durante o estágio houve oportunidade de discutir e melhorar com os restantes enfermeiros da equipa foi a transmissão de más notícias, preparando os familiares para lidar com as situações agudas de doença e conseqüente desequilíbrio na estrutura familiar, uma vez que o SUG é muita das vezes o local de contacto com essa nova realidade.

Todas as intervenções anteriormente referidas pressupõem uma constante atualização de conhecimentos e um fluente trabalho de equipa, trabalho esse que envolve estudo, dedicação e treino por parte da equipa multidisciplinar para se obter o melhor resultado possível, indo ao encontro da filosofia do Modelo da Prática Baseada na Evidência, a melhoria da qualidade do atendimento ao doente e aprimoramento do julgamento clínico (Rosswurn & Larrabee, 1999).

Tendo demonstrado as competências acima referidas, e discutidas com o enfermeiro supervisor para uma superior consolidação de conhecimentos, considero ter demonstrado as competências acima indicadas.

K2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação (OE, 2018a, p.19363)

No decorrer do estágio final houve também possibilidade de prestar cuidados em cenários multivítima, já que enquanto o enfermeiro da é um dos que presta assistência na SE quando esta é ativada, havendo por vezes mais do que um doente crítico em simultâneo nessa mesma sala, acompanhando o enfermeiro supervisor e desenvolvendo competências nesta área específica.

Como referido anteriormente, através da Intervenção Major foi possível preparar e otimizar as intervenções dos profissionais da instituição que dão resposta a situações de urgência e emergência. Da análise desencadeada ao logo da elaboração da mesma percebeu-se a necessidade de criação e adequação de um método de transição de cuidados padronizado, assegurando a estruturação de toda a informação que é transmitida, partilhada e percebida de forma adequada e sistematizada. A implementação de registos para futuras referências e consulta, poderá minimizar assim os riscos para os doentes. (Delupis *et al*, 2014; Delupis, Mancini, Nota, & Pisanelli, 2015)

No meu percurso profissional também já desenvolvi funções em diversos cenários multivítima, quer em ambiente hospitalar quer pré-hospitalar, levando a um desenvolver gradual dessas mesmas competências e mantendo a necessidade de aprofundar essas mesmas competências atualizadas para uma prestação competente e cada vez mais diferenciada.

Houve ainda a possibilidade de colaboração no simulacro de ativação do Plano de Catástrofe Externa de nível II no SUG que decorreu no dia 16 de novembro de 2017, testando-se a triagem e utilização dos kits de catástrofe, os circuitos internos e os recursos materiais e humanos disponíveis. A colaboração nesta ação conjunta de várias entidades (GNR, Proteção Civil, INEM e SUG) permitiu contactar em primeira mão com a complexidade que é gerir um

cenário com múltiplas entidades e doente, promovendo a deteção, correção e melhoramento de intervenções, circuitos e recursos.

Constatando estes factos considero ter atingido as competências acima identificadas.

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018a, p.19364)

A temática do controlo de infeção e das infeções associadas aos cuidados de saúde tem adquirido um papel progressivamente de maior destaque associado ao crescente número de casos de infeções multirresistentes a antimicrobianos em ambiente hospitalar e social.

Sendo o enfermeiro um dos principais intervenientes no planeamento, implementação e prevenção das infeções, o trabalho ao longo do estágio foi desenvolvido tendo por base o controlo de infeção, procurando melhorar a prática, buscar novo conhecimento e desenvolver competências já existentes.

A prevenção e controlo das IACS tem por princípio a interrupção dos elos da cadeia de transmissão, com a identificação do doente com infeção ou colonização, o seu diagnóstico e tratamento precoce, bem como o controlo e eliminação de reservatórios com medidas de isolamento e limpeza, desinfeção e esterilização do material usado e/ou contaminado (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Tive a possibilidade de aprofundar conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção na prática diária ao longo do estágio segundo os protocolos vigentes no serviço, discutindo e refletindo com o enfermeiro supervisor ao longo dos turnos e também com restantes enfermeiros da equipa durante as passagens de turno.

Estes protocolos dirigem-se há prevenção e ao controlo de infeções, havendo também vigentes grupos de trabalho no serviço para formação, implementação e auditorias de controlo de infeção nos procedimentos de algaliação, lavagem das mãos e colheita de hemoculturas.

Foi também importante a leitura das normas e protocolos DGS de controlo de infeção e de boas práticas, otimizando a prestação de cuidados e segurança do doente, procurando melhorar cumprir as normas de utilização das luvas e os 5 momentos da lavagem das mãos

A equipa de enfermagem desenvolve um trabalho diário na procura dos melhores cuidados, supervisionando e auxiliando os assistentes operacionais nas suas funções, detetando eventuais problemas, esclarecendo atempadamente e servindo-se desses exemplos concretos (com o devido anonimato dos envolvidos) para formações dos profissionais.

Na prestação de cuidados ao longo do estágio foram tidas em conta as normas de controlo de infeção, adequando-as a cada situação específica da prestação de cuidados ao doente, tal como aproveitando os momentos da visita dos familiares para os elucidar acerca das precauções a tomar, justificando-as de forma perceptível e validando a informação.

Procurou-se realizar uma planificação diária e personalizada dos cuidados a prestar ao doente crítico. Foram tidos em conta alguns procedimentos como por exemplo, evitar circulação desnecessária dentro da unidade do doente, evitar contaminações cruzadas, otimizar equipamentos e dispositivos tendo em conta as regras de assepsia e de manipulação.

No decorrer da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5, foi também possível desenvolver um plano de prevenção e controlo da transmissão cruzada da infeção por *Clostridium difficile*, cujo foi entregue no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos – GCL-PPCIRA – e coordenação de serviço para apreciação e eventual implementação no serviço, aguardando decisão há data da realização do relatório.

Mais uma vez, e apesar de muitas vezes esta procura de melhoria constante ser levada a cabo de forma “inconsciente”, é tido em conta a importância do Modelo da Prática Baseada na Evidência, seguindo os passos preconizados pelo modelo.

Evidenciando as competências atrás identificadas, considero que a competência se encontra adquirida.

4.3 Competências de Mestre em Enfermagem

Segundo Domenico *et al* (2003) “Trilhar a trajetória de uma Prática Baseada em Evidências compreende redimensionar prioridades, reinvestir na avaliação clínica da clientela e disponibilizar tempo para empreendimentos relacionados à busca de resultados de pesquisa, ou mesmo à sua execução”.

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem expecta-se que seja demonstrado pelo formando, como descreve o Decreto-Lei nº 63/2016, de 13 de setembro, Capítulo III, Artigo 15.º, as seguintes competências:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro (2016). Diploma de técnico superior profissional. *Diário da República I Série*, n.º 176, 3159 – 3191.)

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro)

No decorrer das UC's ao longo da formação em EMCPSC foi possível desenvolver e aprofundar diversas competências na área da pesquisa, interpretação e produção de trabalhos académicos. Deste processo é possível evidenciar os ganhos e maturação de áreas como a

prestação, gestão e supervisão dos cuidados de Enfermagem diferenciados. Estes recursos adquiridos mostraram-se assim um importante acréscimo no desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro especialista, o que em última análise se mostra um ganho evidente na personalização e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico.

No decorrer do ensino clínico, foi possível também colaborar na realização/apresentação de um poster nas jornadas o que enriqueceu o conhecimento em termos de produção científica (Anexo VIII – Poster Jornadas). Ainda no contexto do desenvolvimento e produção científica, aquando da UC de Investigação em Enfermagem, colaborei também na elaboração da Revisão Integrativa no contexto do Estudo sobre a prevalência de fatores de risco cardiovascular na população idosa, cujo está proposto para publicação.

Ainda na área da produção científica, englobado no projeto de estágio foi também desenvolvido um artigo, como referido anteriormente intitulado “Segurança do doente: transição de cuidados em enfermagem na sala de emergência”, abordando a temática da necessidade de fortalecer a segurança do doente durante a fase transição dos cuidados através da adoção de um instrumento padronizado.

Tendo por base estes argumentos foram demonstrados os critérios necessários para obtenção desta competência.

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro)

O período de estágio desenvolvido na mostrou-se um campo de excelência na mobilização de conhecimentos essenciais ao desenvolvimento desta competência.

Este é um serviço em que dada a elevada rotatividade de doentes, com as mais diversas patologias médico-cirúrgicas, requer por parte dos enfermeiros que nela prestam cuidados uma elevada capacidade de mobilização de conhecimentos, adaptabilidade e otimização de prioridades em contexto dinâmico e multidisciplinar.

O período de estágio permitiu comprovar isso mesmo, exigindo de mim constante adaptação às alterações, pesquisa e discussão de forma construtiva os processos de planeamento e implementação dos cuidados, gerindo a exequibilidade, complexidade e interdisciplinaridade inerente aos mesmos.

Contribuiu também para o sucesso no alcance desta competência a possibilidade de prestação de cuidados em ambiente de SE, por vezes com multivítimas, permitindo o desenvolvimento de várias áreas de essenciais a uma prestação de cuidados eficaz e eficiente a doentes críticos, num ambiente que submete os profissionais a pressão e stress constante.

Contribuiu também para esse crescimento a participação no simulacro que promoveu a ativação do Plano de Catástrofe Externa nível II no SUG que decorreu no dia 16 de novembro de 2017, permitindo o contato com novos métodos de abordagem ao doente crítico em situações de exceção, com recurso a métodos e técnicas direcionadas a este efeito (como o caso da triagem START e a reestruturação do espaço físico do SU para acolher os diferentes doentes segundo os critérios de gravidade definidos).

Do contacto com situações como esta surge também o ganho obtido através da interação com os restantes enfermeiros e outros profissionais, permitindo incorporar estas experiências únicas na prática de cuidados diária e transformar em efetivos ganhos para os doentes.

Também do estágio na VMER, no qual optei por desenvolver competências na área da gestão, tive oportunidade de tomar conhecimento da mobilidade de conhecimentos e de articulação multidisciplinar necessários para manter um serviço de saúde em funcionamento, reconhecendo a abrangência e importância da Enfermagem na gestão de serviços de saúde e sua implicação para uma correta prestação de cuidados.

Estes conhecimentos foram mobilizados acompanhando o Enfermeiro supervisor, na gestão diária do Serviço VMER e interpretando de forma crítica as implicações diretas e indiretas no funcionamento deste meio.

O modelo da prática baseada na evidência mais uma vez está patente na aquisição desta competência, uma vez que em todas as atividades desenvolvidas para a obtenção da mesma houve a necessidade de constante pesquisa, estudo e atualização de conhecimentos e práticas

dada a vastidão que é a área da urgência e emergência, considerando assim ter cumprido os critérios para atingir esta competência.

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro)

Como também anteriormente já houve oportunidade de referir, este campo de estágio mostrou-se rico no contato com situações novas, complexas e inesperadas, exigindo da minha parte mobilidade de novos conhecimentos e de outros já anteriormente adquiridos, promovendo um crescimento pessoal e profissional bastante estimulante.

Como é habitual na área da urgência e emergência, nem sempre se têm todos os critérios essenciais para o correto diagnóstico e tratamento dos doentes ao nosso dispor., advindo daí a necessidade de trabalhar em equipa, tanto no seio da enfermagem como a nível multidisciplinar, interpretando sinais e sintomas, intervindo e corrigindo os problemas detetados, com vista ao melhor *outcome* possível para o doente.

Em concomitância com o referido no parágrafo anterior, e tal com o refere Rosswurn & Larrabee (1999), através da pesquisa de novos métodos e recursos na literatura disponível, devem ser interpretados os achados, adequando e integrando-os na prática diária de forma crítica por forma a potenciar a qualidade dos cuidados e, ultimamente, potenciando a segurança dos mesmos.

No decorrer do estágio houve oportunidade de demonstrar em diversas situações junto do enfermeiro supervisor capacidade de resolução e intervenção em problemas e situações nas quais, apesar de não ter ao dispor todos os dados necessários para a sua rápida resolução, foram desenvolvidos esforços e intervenções no sentido de tentar obter essa mesma informação, colaborando ativamente no tratamento de doentes de forma responsável e ética.

Para o cumprimento deste ponto contribuiu a constante pesquisa bibliográfica acerca dos diversos temas, promovendo assim um crescimento contínuo, e permitindo uma resposta concreta e eficaz às situações que surgem no dia a dia.

Demonstrando isto, julgo ter cumprido com os critérios necessários à obtenção desta competência.

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro)

A comunicação é um dos pilares da Humanidade e da Enfermagem. Como tal, este valioso recurso também foi alvo de bastante pesquisa e, como está demonstrado ao longo do relatório, foi tema da Intervenção Major, incidindo sobre a comunicação na SE, em especial na transição de cuidados do doente crítico.

As atividades desenvolvidas para a conclusão da intervenção major trouxeram ferramentas bastante valiosas para mim e para a equipa de enfermagem e em última análise benefícios para o doente e sua segurança.

A possibilidade de estagiar num serviço com esta pluralidade de situações e de acompanhar situações críticas e emergentes, possibilitou-me também desenvolver competências na área da comunicação e raciocínio em situações de stress, gerindo múltiplas situações através de um processo comunicacional com diversos profissionais de forma competente e segura.

O conseguir desenvolver estas tarefas de forma eficaz e eficiente antevê o processo de pesquisa, treino e interligação de outras competências, cujo se obteve através do trabalho e pesquisa desenvolvida ao longo da vida pessoal e profissional.

Demonstrada esta capacidade, avalio como atingida esta competência.

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro)

Para o sucesso do cumprimento deste ponto julgo que todo o processo de aprendizagem até então, quer a nível académico, profissional e pessoal contribuíram de uma forma positiva. As várias aprendizagens ao longo da vida, neste contexto com maior relevância às obtidas a nível profissional e académico, contribuíram de forma contínua para a chegada a este ponto atual, cumprindo os critérios para a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

O frequentar este curso de especialização, a par com outros cursos anteriormente frequentados (como a Pós-graduação de enfermagem em Urgência e Emergência Hospitalar e a Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho) contribuíram para o crescimento de conhecimentos necessários para poder desenvolver um processo de aprendizagem pessoal auto-orientado, permitindo-me desenvolver competências nas áreas de meu interesse e de necessidade para a minha constante evolução enquanto futuro EEMCPSC.

As aquisições destas competências representam para mim um acréscimo de ferramentas para o meu contínuo desenvolvimento como enfermeiro e como pessoa, alargando horizontes e permitindo atingir novos patamares pessoais e profissionais.

Apresentando esta fundamentação, considera-se atingida esta competência de mestre.

5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Neste ponto importa refletir e analisar os objetivos inicialmente estabelecidos para a UC Estágio Final, realizando uma análise pessoal sobre os objetivos e estratégias estabelecidas para atingir os resultados esperados e, em necessidade, a forma de contornar as adversidades que surgiram ao longo deste percurso.

Os Objetivos de Estágio foram definidos seguindo os critérios definidos pela OE como competências comuns do enfermeiro especialista, as específicas do EEEMC:PSC e segundo a definição legal dos critérios para obtenção do grau de Mestre.

O cronograma de atividades inicialmente delineado foi cumprido, com a necessária flexibilidade e reajustes com o avançar o estágio, por forma a cumprir as atividades propostas para esta UC.

Olhando ao cronograma estabelecido, considero adequados os períodos delimitados para estágio nas diferentes áreas (e VMER), já que o período de maior duração foi conferido à , no qual há uma maior riqueza de casos clínicos para aprofundar conhecimentos e desenvolver as competências de enfermeiro especialista, e um menor período no qual desenvolvi o estágio na VMER, beneficiando desse período para desenvolver competências na área da gestão e organização de serviço.

Iniciando então o período de estágio na , comecei por aprofundar conhecimentos relativos às rotinas, procedimentos implementados e tipologia de doentes assistidos no serviço. Percebe-se desde o início que este serviço tem como particularidade a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados ao doente crítico instável com necessidade de estabilização imediata, e caso seja necessário a transferência para unidades e valências clínicas não disponíveis neste centro (Ex.: Unidades de intervenção hemodinâmica, cuidados neurocirúrgicos, serviços de hemodiálise, etc.).

A tem ainda a capacidade de prestação de cuidados ao doente crítico com necessidade de vigilância e suporte diferenciados após estabilização médica e/ou cirúrgica (Ex.: recobro pós cirúrgico de doentes instáveis sem vaga em Unidade de Cuidados Intensivos).

Como particularidade os enfermeiros da prestam também apoio na SE do SUG, sendo possível entender os métodos a que recorrem na transição de cuidados do doente crítico, iniciando assim o processo da Intervenção Major.

Dada toda essa potencialidade de experiências que este campo de estágio propicia, exigiu da minha parte uma constante pesquisa, análise e introspeção de forma a melhorar a minha prestação e raciocínio interpretativo. Também paralelamente importante foi a receptividade da equipa e a discussão dos temas que proporcionaram, tirando assim proveito da experiência no cuidado ao doente crítico do enfermeiro supervisor e restantes enfermeiros.

Estes períodos de reflexão em equipa e com o enfermeiro orientador serviram de ponto de partida para atingir os objetivos a que me comprometi no início do estágio, sendo um recurso para promover a aquisição de competências. Revelou-se também bastante benéfica a realização de sessões de *debriefing* com o enfermeiro supervisor e com restantes enfermeiros, criando espaço para o diálogo, criação e maturação de ideias construtivas, evoluindo e melhorando o raciocínio crítico e a prática dos cuidados de enfermagem.

A promoção de cuidados de excelência, além dos óbvios ganhos em saúde para o doente, mostrou-se também “contagante” para os restantes colegas, levando à propagação da melhoria dos cuidados, pesquisa de atualizações de normas e servindo como referência para os restantes colegas.

O debate com a equipa multidisciplinar também favoreceu ativamente este processo evolutivo, levando a um amadurecimento tanto pessoal como profissional, contribuindo ainda para a evolução do grupo como um todo enquanto equipa de saúde.

Nas situações atrás referidas, mostrou-se nuclear o Modelo da prática baseada na evidência de June Larrabee, no qual os profissionais responsáveis pela prática direta dos cuidados articulam, adequam, discutem e implementam os melhores procedimentos segundo a melhor evidência científica disponível, adequando aos recursos e particularidades de toda a envolvente.

O processo de elaboração associado à intervenção major também se mostrou um desafio, com necessidade de frequentes reajustes e adaptações às contingências particulares que o serviço atravessou ao longo do período das obras além dos restantes condicionalismos que este tipo de trabalho acarreta. Atravessada essa fase e adequando o processo para conseguir atingir a sua finalidade, mostrou-se gratificante ter atingido os objetivos propostos, reconhecendo ter ganho competências para desenvolver futuros projetos na área.

O desenvolvimento de um artigo científico, que inicialmente aparentava ser mais uma mera tarefa a desenvolver num calendário já por si saturado, revelou-se ser um processo interessante e que, olhando em retrospectiva, enriqueceu a minha formação enquanto futuro Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem, munindo-me de competências na área da pesquisa, desenvolvimento e elaboração de trabalhos científicos, aguçando a curiosidade alargando horizontes.

6 CONCLUSÃO

Nesta fase, finaliza-se o relatório com uma síntese e avaliação das aprendizagens ao longo deste percurso, evidenciando as aquisições não só a nível académico, como profissionais e de enriquecimento pessoal.

A realização do estágio numa área tão abrangente quanto um Serviço de Urgência Geral, nomeadamente na SE e , permitiu experienciar inúmeras situações nas mais diversas áreas, sendo cada dia profícuo em novas aprendizagens, exercitando e mobilizando as previamente adquiridas.

É um meio complexo, exigente, e que requer constante atenção e dedicação por parte dos profissionais em funções, exigindo intervenções antecipatórias entre os diferentes grupos profissionais para obter um resultado que traga ganhos em saúde para o doente e consequentes ganhos para os profissionais e instituição.

O artigo desenvolvido durante o período de estágio incidiu sobre o mesmo tema da atividade de intervenção Major – “Sala de Emergência: transição de cuidados do doente crítico” – cujo se foca na segurança e qualidade da transição de cuidados do doente na SE recorrendo à metodologia ISBAR. A pesquisa desenvolvida para o artigo serviu de alavanca para o desenvolvimento da intervenção major permitindo otimizar o tempo despendido em pesquisas.

Com vista ao cumprimento dos objetivos inicialmente estabelecidos, e por forma a contribuir para a melhoria da prática dos cuidados de enfermagem, estabeleceu-se como projeto de intervenção major focado na transição de cuidados com recurso à metodologia ISBAR seguindo-se o Modelo da prática baseada na evidência de June Larrabee, cujo fomenta a busca da melhoria contínua da prática de Enfermagem.

Apesar da Intervenção Major ainda carecer de continuidade após terminado o período de estágio, mostrou-se um valioso recurso para a aquisição e mobilização de competências no campo da formação, relações interpessoais, de gestão de tempo e recursos (materiais, temporais, humanos), tal como recurso promotor de melhoria na transição de cuidados dando resposta à necessidade de implementação da normativa DGS n.º 001/2017 para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Os obstáculos encontrados durante a sua execução e implementação serviram também de aprendizagem e de exercício das capacidades de gestão e adequação às alterações. Contou-se também com a ajuda por parte do Enfermeiro Supervisor de estágio e da Enfermeira Coordenadora do SUG para superar essas adversidades e tornar o projeto exequível. Podem-se identificar como fatores limitadores da sua execução plena a baixa adesão de resposta ao questionário, a fragmentação do serviço no decurso das obras que levou à necessidade de adoção de outras metodologias para desenvolver o processo formativo os enfermeiros e o fator tempo cujo limitou a janela temporal para a avaliação da primeira fase de implementação e adequar os respetivos ajustes que se julgassem necessários.

Não obstante dessas dificuldades, o processo de implementação desta metodologia de transição de cuidados ainda se encontra em curso, procurando responder à necessidade de melhoria efetiva no processo comunicacional com vista ao incremento da segurança dos doentes e, em segunda análise, servindo como impulsionador do desenvolvimento de novas formações em ambiente laboral dos enfermeiros.

A alteração do estágio de observação da VMER para uma vertente de gestão também se mostrou vantajosa, já que assim foi possível ter contacto com uma área pessoal menos desenvolvida, permitindo a aquisição de novas competências e desenvolvimento de outras menos otimizadas em prol da observação de situações com as quais já lido profissionalmente numa base diária.

Olhando retrospectivamente para a UC do estágio final como o culminar de uma aprendizagem especializada ao longo deste ciclo de estudos, conclui-se que todas as unidades curriculares contribuíram para a formação de uma base estrutural sólida para o desenvolver do estágio, munindo de competências e ferramentas essenciais à consecução das competências de Mestre, de EEEMC:PSC e como fundamento para o desenvolver da prática profissional especializada.

Todos os conhecimentos assimilados, interações e relações estabelecidas com discentes e colegas de formação, moldaram definitivamente a forma de atuação e de raciocínio para um exercício profissional especializado traduzindo-se em capacidade de resolução de situações novas e complexas em contextos inéditos.

De forma global, e sendo o objetivo major de todo o processo de especialização, conclui-se como ganhos mais significativos a qualidade e diferenciação dos cuidados prestados ao doente, sendo este o centro e razão desta atividade profissional.

Finalizado o processo formativo e de aquisição de competências de Mestre em EMC:PSC, julgo ter desenvolvido as competências essenciais ao desenvolvimento de uma base de conhecimentos necessários para desenvolver novos raciocínios em situações inéditas e complexas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHRQ. (2019a). Patient Safety 101 in *Patient safety network, Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services*. Recuperado de: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/42/patient-safety-101>

AHRQ. (2019b). Nursing and Patient Safety in *Patient safety network, Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services*. Recuperado de: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/22/nursing-and-patient-safety>

APA (2010). *Publication Manual of The American Psychological Association*. (6th Ed.). Washington, DC: APA.

Barão, A., Temporão, M. & David, P. (s.d.). *Aprender a observar...observando!*. In Metodologia de Investigação I, Mestrado em Didáctica das Ciências 2004-2006. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa (FCUL). Recuperado de: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/metinvii/observacao.pdf>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2016). Cria o diploma de técnico superior profissional. *Diário da República I Série*, n.º 176, 3159 – 3191. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/html>

Delupis, F. D. D., Pisanelli, P., Luccio G. D., Kennedy M., Tellini S., Nenci N., Gurrini E., Pini, R., Gensini, G.F. (2014). Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation. *Intern Emerg Med*, 9, 575-582. DOI 10.1007/s11739-013-1040-9

Delupis, F.D.D., Mancini, N., Nota, T., Pisanelli, P. (2015). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Intern Emerg Med*, 10, 63–72. DOI 10.1007/s11739-014-1136-x

Despacho 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República II Série*, n.º 28 (10-02-201). 3882-(2) a 3882-(10).

DGS. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente *Relatório técnico final*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>

DGS. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. *Relatório CRRNEU*. (2012-02-10). Recuperado de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.

DGS. (2017). Norma n.º 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde, 1-8. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>.

DGS. (2018). Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Departamento da Qualidade na Saúde, 1-23. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1556031546586>.

Domenico, E. & Ide, C. (2003). Enfermagem Baseada em Evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 115-118. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/260289834_Enfermagem_baseada_em_evidencias_Principios_e_aplicabilidades/link/03b3116a0cf299f961f67159/download

Ferreira, M., Brás, C., & Barbieri, M. (2016). Clinical Communication and Adverse Health Events: Literature Review. In 2nd International Conference on Health and Health Psychology Clinical (pp. 328–335). doi:10.15405/epsbs.2016.07.02.32.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

Guerra, N. (2018). O Enfermeiro Gestor. Recuperado de: <http://www.apegel.org/Paginas/Apresentacao>

- Huett A. & MacMillan D. (2011). *Evidence-Based Practice*. University of North Alabama (UNA) Center for Writing Excellence. Recuperado de <https://www.una.edu/writingcenter/docs/Writing-Resources/Evidence-Based%20Practice.pdf>
- Hunter New England Health. (2009). ISBAR revisited: Identifying and Solving *BAR*riers to effective clinical handover; Project toolkit. New Lambton, Austrália. Recuperado de: <https://www.safetyandquality.gov.au/implementation-toolkit-resource-portal/resources/organisational-leadership/ISBAR%20revisited%20Identifying%20and%20solving%20barriers%20to%20effective%20handover%20in%20inter-hospital%20transfer%20-%20Project%20Toolkit.pdf>
- ICN. (2012) *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Genebra, Suíça. ISBN 978-92-95094-95-6. Recuperado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
- INEM. (2012). *Abordagem à Vítima*. (2ª versão). [s.l.]. ISBN 978-989-8646-04-0.
- INEM. (2017a). *O que é o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)?*. Recuperado de: <https://www.inem.pt/2017/05/26/o-que-e-o-sistema-integrado-de-emergencia-medica-siem/>.
- INEM. (2017b). *CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes*. Recuperado de: <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/>.
- JC. (2017). *Sentinel Event Alert 58: Inadequate hand-off communication*. Recuperado de: https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/
- Klim, S., Kelly, A.M., Kerr, D., Wood, S., McCann T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualized and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2233–2243. DOI: 10.1111/jocn.12274

Larrabee, J. H. (2004). Advancing Quality Improvement Through Using the Best Evidence to Change Practice. *Journal of Nursing Care Quality*. 19(1), 10-13.

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidência em Enfermagem*. McGraw Hill. ISBN: 978-85-8055-030-6

Lesseps Reys, L. (1992). Ética em Saúde e Investigação. *Acta Médica Portuguesa*, 5(4), 210-211.
Recuperado de:
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/3224/2563>

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação de enfermagem*. Setúbal, Portugal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS. ISBN: 978-989-98206-1-6
Recuperado de:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L. (2016). Ética em Enfermagem. *Servir nº2 59*.

OE. (2006a). Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, Portugal.
Recuperado de:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

OE. (2006b). Tomada de posição sobre Segurança do Cliente. Conselho Jurisdicional. Recuperado de:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

OE. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Recuperado de:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

- OE. (2012a). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade. *Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- OE. (2012b). Regulamento do perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.
- OE. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-30-1. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE. (2015b). Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE. *Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- OE. (2015c). Código deontológico. *Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- OE. (2017). Parecer n.º 61/2017 – Atribuição do tempo para a passagem de turno. Conselho de Enfermagem. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- OE. (2018a). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República, II Série*, n.º135 (16-07-2018). 19359–19370. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

- OE. (2018b). Regulamento n.º 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República, II Série*, n.º21 (30-01-2018). 3478–3487. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf
- OE. (2019) Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, II Série*, n.º26 (06-02-2019). 4744–4750. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- OMS. (2007, Maio). Patient safety solutions – communication during patient hand-overs, volume 1, solution 3. Genebra, Suíça: WHO. Recuperado de: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- OMS. (2016). *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. Genebra, Suíça., ISBN 978-92-4-151159-9. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=ABB54D440D9A0E9993C8130D96FACCA0?sequence=1>
- OMS. (2017). *Patient Safety: Making health care safer*. Genebra, Suíça: WHO. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
- OMS. (2018, dezembro 12). Global action on patient safety. Report by Director-General in *144ª Sessão da Resolução do Conselho Executivo da OMS*. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Recuperado de: <https://ordemosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>
- Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 27-39
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva. ISBN 972-662-275-1

- Redley, B., Botti, M., Woodc, B., Bucknalla, T. (2017). Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20, 122–130. DOI 10.1016/j.aenj.2017.05.003
- Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II série*, n.º 26 (06-02-2019). 4744-4750.
- Rosswurm, M. A. & Larrabee, J. H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), p. 317-322. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-38. ISSN 1646-5067. Recuperado de: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático n.º 10, 47-57. Recuperado de: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>
- Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Castelo Branco; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Setúbal. (2015). NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Recuperado de: <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos de Estágio

Mestrado em Enfermagem em Associação



2º Curso 2017-2019

3º Semestre

Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular:

Estágio Final

Objetivos de Estágio

Docente:

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Discente:

José de Deus

Setúbal, 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Curso 2017-2019

3º Semestre

Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular:

Estágio Final

Objetivos de Estágio

Docente:

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Discente:

José de Deus n.º 170531032

Setúbal, 15 de Outubro de 2018

INTRODUÇÃO

Este documento é elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio Final, do 2º Curso do Mestrado em Associação – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC:PSC), da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, ano letivo 2018-2019. Foi proposto enquanto elemento delineador das atividades a desenvolver no decorrer do estágio, a criação de objetivos de estágio. Este trabalho tem como objetivo geral delinear as atividades e competências a desenvolver ao longo do estágio.

Para tal, optei por selecionar como campo de estágio na que se situa no SUG (Serviço de Urgência Geral) do e na VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) a este centro associada.

Estruturalmente serão apresentados os objetivos formatados em tabela, com os quais pretendo desenvolver as minhas competências enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Na sua elaboração considerei por base as competências comuns do Enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (EEEMC-PSC) e ainda as competências necessárias a deter para atingir o grau de Mestre legalmente exigidas.

OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Nome: José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus		Número: 170531032
Unidade Curricular: Estágio Final	Local de Estágio: do SUG do e VMER	Duração do Período de Estágio: 24 de Setembro de 2018 a 21 de Janeiro de 2019

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
Competências Base para Desenvolvimento da Prática de Enfermagem	Prática de Cuidados de Enfermagem	Demonstrar conhecimento sobre a orgânica e dinâmica do Serviço	<p>Conhecendo as dinâmicas dos serviços (UIPA/VMER), constituição e organização de staff interdisciplinar, organização: administrativa, do espaço físico, dos recursos materiais e equipamentos, serviços auxiliares de suporte, protocolos interserviços e interinstitucionais através de consulta da documentação disponível.</p> <p>Questionando junto do Enfermeiro supervisor as dinâmicas que não se encontrem documentadas, enquanto elemento conhecedor das mesmas e suas particularidades.</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	Responsabilidade Profissional, Ética e Legal – Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	Demonstrar tomada de decisão ética na prática clínica especializada	<p>Observando e acompanhando o enfermeiro supervisor na sua atuação, enquanto profissional diferenciado.</p> <p>Cumprindo as diretrizes do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) emanado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e seguindo o Código Deontológico em vigor.</p> <p>Adotando um raciocínio crítico, refletindo sobre as atividades, intervenções e iniciativas ao longo do estágio, esperando com isto, manter a evolução e desenvolvimento do sentido ético e prático nas diversas dimensões da Enfermagem.</p> <p>Mantendo um papel interventivo, crítico e construtivo no seio da equipa, envolvendo-me na mesma e potenciando assim a evolução mútua.</p> <p>Promovendo as boas práticas, mantendo sentido analítico das situações de forma a detetar situações de risco e potencial risco, para que se</p>
		Suportar a tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas	
		Demonstrar liderança na tomada de decisão ética em processos de cuidados de maior complexidade	
		Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão	
	Responsabilidade Profissional, Ética e Legal – promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	Promover a proteção dos direitos humanos	
		Gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
			<p>possa intervir sobre essas mesmas situações e minorar os riscos para os profissionais e clientes.</p> <p>Refletindo e discutindo todas as suas intervenções com a enfermeira supervisora, tendo por base a evidência científica.</p>
	<p>Melhoria da Qualidade – desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p>	<p>Iniciar e participar em projetos institucionais na área da qualidade</p> <p>Utilizar a evidência científica como uma ferramenta para a melhoria da qualidade da prática clínica</p>	<p>Implementando o projeto a desenvolver ao longo do estágio na área da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde do doente crítico – ISBAR – aquando da sua entrada na Sala de Reanimação, com base na norma da Direção Geral de Saúde (DGS).</p>
	<p>Melhoria da Qualidade – conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade</p>	<p>Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p> <p>Planear programas de melhoria contínua</p> <p>Demonstrar liderança nos programas de melhoria</p>	<p>Analisando e promovendo todas as suas ideias e decisões com o enfermeiro supervisor, a definição e operacionalidade da atividade major (projeto)</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
	Melhoria da Qualidade – criar e manter um ambiente terapêutico e seguro	<p>Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <hr/> <p>Gerir o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais</p>	<p>Avaliando e articulando junto dos elementos da chefia e enfermeiro supervisor a melhor forma de implementação do projeto</p> <p>Conhecendo e cumprindo as normas, protocolos e diretrizes preconizadas pelo Serviço e Instituição.</p> <p>Desenvolvendo as atividades de enfermagem segundo as melhores práticas preconizadas, potenciando a segurança dos envolvidos e ganhos em saúde dos utentes.</p> <p>Promovendo o bem-estar e recuperação dos utentes, tendo em conta a sua individualidade e vontade, olhando à sua capacitação.</p> <p>Discutindo de forma construtiva no seio da equipa as intervenções e decisões tomadas, otimizando o crescimento e desenvolvimento da mesma de forma global e individual.</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
			<p>Auscultando junto da equipa de enfermagem a recetividade e melhores formas de implementação do projeto ISBAR</p>
	<p>Gestão de Cuidados – gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p>	<p>Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p>	<p>Desenvolvendo as atividades em equipa, participando de forma organizada, ponderando as melhores intervenções de forma a aumentar os ganhos em saúde.</p> <p>Considerando os benefícios e ganhos do trabalho multidisciplinar, delegando tarefas aos restantes elementos da equipa, acompanhando a execução das mesmas e corrigindo-as quando necessário.</p>
		<p>Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade</p>	
	<p>Gestão de Cuidados – adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</p>	<p>Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados</p>	<p>Auscultando e refletindo com o enfermeiro supervisor enquanto elemento diferenciado, o processo de desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista.</p>
		<p>Desenvolver o estilo de liderança e adequa-lo ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos</p>	

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
			<p>Promovendo espaço para a discussão construtiva no seio da equipa disciplinar, refletindo e melhorando processos de atuação e intervenção da mesma.</p>
	<p>Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais – desenvolver o autoconhecimento e a assertividade</p>	<p>Deter uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</p>	<p>Refletindo e desenvolvendo a autoconsciência e autocrítica, atendendo às limitações pessoais.</p> <p>Desenvolvendo mecanismos de gestão de sentimentos e conflitos, melhorando a resposta em situações de stress e de pressão.</p>
		<p>Gerar respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional</p>	
	<p>Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais – Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>Ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p>	<p>Refletindo e debatendo com o enfermeiro supervisor as intervenções realizadas, decisões tomadas e situações vivenciadas, beneficiando dos seus conhecimentos diferenciados</p>
		<p>Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p>	

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
		<p>Provir liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho</p>	<p>Potenciando no seio da equipa a troca de conhecimentos, técnicas e intervenções para o crescimento global da equipa.</p> <p>Aproveitando oportunamente situações novas, patologias e intervenções pouco frequentes que surjam, abordando essas temáticas como situações de aprendizagem.</p> <p>Identificado situações em que será necessário estudar e abordar novos conhecimentos, fazendo levantamento de novas situações de aprendizagem e estudo.</p> <p>Colaborando na criação de novo conhecimento e participando em ações em curso.</p> <p>Mantendo conhecimentos atualizados através de estudo e frequência de formação de âmbito intra e extra-hospitalar.</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
<p style="text-align: center;">Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC</p>	<p style="text-align: center;">Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</p>	<p style="text-align: center;">Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</p>	<p style="text-align: center;">Aprofundando e discutindo todas as suas ideias, decisões e intervenções com o enfermeiro supervisor, tendo por base a evidência científica</p> <p style="text-align: center;">Gerindo os cuidados à pessoa como ser holístico, cuidando nas suas várias vertentes.</p> <p style="text-align: center;">Conhecendo os protocolos vigentes, suas especificidades e articulações interdisciplinares.</p> <p style="text-align: center;">Debatendo e cuidando sob consentimento informado, envolvendo ativamente todos os intervenientes no processo de decisão, fornecendo as diversas opções de tratamento sempre que possível.</p> <p style="text-align: center;">Envolvendo a família/pessoa significativa nos cuidados.</p>
		<p style="text-align: center;">Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	
		<p style="text-align: center;">Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</p>	
		<p style="text-align: center;">Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica</p>	
		<p style="text-align: center;">Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</p>	

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
		<p>Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica</p>	<p>Preparando ativamente a pessoa e família para as possíveis alterações na vida e de autoimagem.</p> <p>Trabalhando os processos comunicacionais na comunicação de más notícias, adequando-os às especificidades de cada pessoa e grau de preparação para receção dessa mesma informação.</p> <p>Gerindo globalmente a situação da pessoa (conhecendo os seus antecedentes, circunstâncias percussoras da situação), de forma a poder antecipar agravamentos da sua situação.</p> <p>Desenvolvendo ativamente as capacidades comunicacionais com os utentes em situação crítica, com os processos de comunicação alterados/sob stress e com os seus familiares.</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
	<p>Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da concepção à ação</p>	<p>Participar, em articulação com o nível estratégico, nos planos de catástrofe e emergência</p> <p>Planejar a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítimas ou catástrofe</p> <p>Participar na gestão dos cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe</p>	<p>Refletindo e discutindo todas as suas ideias, decisões e intervenções com a enfermeira supervisora, tendo por base a evidência científica e <i>guidelines</i></p> <p>Conhecendo os planos de intervenção em situação de catástrofe e seus circuitos no SU e VMER, assim como materiais e equipamentos disponíveis nos mesmos.</p> <p>Identificando os procedimentos de atuação, protocolos e regras de articulação da VMER e SU com o CODU.</p> <p>Analisando os protocolos de triagem de catástrofe no SU e na VMER.</p> <p>Avaliando as características do Serviço e sua capacidade de resposta (número e complexidade de vítimas a receber).</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
			<p>Detetando carências e inconformidades nos procedimentos e estabelecendo prioridades formativas.</p>
	<p>Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</p>	<p>Participar na conceção de um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</p>	<p>Trocando e debatendo todas as suas ideias, decisões e intervenções com a enfermeira supervisora, tendo por base a evidência científica e <i>guidelines</i>.</p>
		<p>Participar na liderança no processo de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</p>	<p>Atuando tendo em conta o Plano Nacional de Controlo de Infeção e diretrizes da Comissão de Controlo de Infeção.</p> <p>Detetando falhas em procedimentos de atuação e circuitos, intervindo na sua melhoria através da alteração de comportamentos por via da formação.</p> <p>Intervindo no seio da equipa multidisciplinar mostrando um processo construtivo com reforço</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
			<p>positivo das boas práticas e de esclarecimento em caso de falhas.</p> <p>Conhecendo os procedimentos de atuação em casos de emergência e com necessidade de abordagem invasiva.</p>
Competências do Enfermeiro Mestre		Adquirir, desenvolver e aprofundar conhecimentos para que constituam a base de desenvolvimento em contexto de investigação	Elaborando um artigo científico na área de intervenção da unidade curricular através da revisão da literatura.
		Saber aplicar conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares	Realizando “ <i>debriefngs</i> ” com o enfermeiro supervisor, após situações novas de aprendizagem, de forma a manter um processo contínuo de

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
		<p>Integrar novos conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem</p>	<p>evolução na abordagem a situações complexas do doente crítico.</p> <p>Mantendo um raciocínio crítico para com as situações, baseando as decisões em conhecimentos consolidados tendo por base a evidência científica recente, analisando e refletindo junto do enfermeiro orientador, protocolos implementados e questões éticas e legais.</p> <p>Desenvolvendo capacidades de integração de diferentes processos de raciocínio na resolução de situações complexas</p>

Áreas de Competência	Domínios	Atividades a Desenvolver	Estratégias a implementar no decorrer do estágio
		<p>Ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades</p>	<p>Evoluindo a forma de comunicar, abordando com uma linguagem científica, precisa, eficaz, minimizando o erro.</p> <p>Adequando o processo comunicacional às diferentes situações, nomeadamente ao recetor da informação, no ambiente em que é transmitida e finalidade da mesma.</p> <p>Desenvolvendo continuamente a capacidade de autocrítica e de crítica para as situações, procurando melhorar a forma de atuação.</p> <p>Procurando continua e ativamente através de pesquisas e formações novos procedimentos e abordagens inovadoras ao tratamento da pessoa.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. Diário da República nº60/2006 I Série-A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa. Acedido em setembro 27, 2018, em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice II – Artigo Científico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular - Estágio Final

SEGURANÇA DO DOENTE: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA

REVISÃO INTEGRATIVA

Professora Responsável

Prof. Dr.ª Maria do Céu Marques

Aluno de Mestrado em Enfermagem

José Pedro de Deus (n.º 170531032)

Janeiro de 2019

(segundo critérios de publicação da “*Advanced Emergency Nursing Journal*”)

SEGURANÇA DO DOENTE: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA

REVISÃO INTEGRATIVA

José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus – Pós-Graduado em Urgência e Emergência Hospitalar e em Enfermagem do Trabalho. Enfermeiro de Cuidados Gerais. Serviço de Urgência Geral e Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.
Portugal

Maria do Céu Mendes Pinto Marques – Doutora em Psicologia. Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/Universidade de Évora.
Portugal

Conflito de Interesses e Fonte de financiamento: Esta pesquisa não recebeu nenhum financiamento específico de agências nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

RESUMO

Objetivo: Identificar a origem dos problemas nas transições de cuidados dos doentes em ambiente de urgência e emergência, comprometendo a segurança dos doentes. Evidenciar as técnicas e recursos para minimizar a problemática em análise. **Metodologia:** A questão de investigação foi elaborada segundo a metodologia PICO[D]. Foram selecionados seis estudos para a revisão integrativa através da pesquisa nas bases de dados *EBSCOhost* e *B_On*, segundo os critérios de inclusão estabelecidos e avaliado o nível de evidência e qualidade pelo método de revisão do *Joanna Briggs Institute*. **Resultados:** Os artigos incluídos permitem identificar as falhas na transição de cuidados associados à utilização de metodologias não estruturadas ou ausência das mesmas. Alguns métodos são sugeridos como solução para esse problema através da aplicação de metodologias previamente estruturadas e testadas. **Conclusões:** Através da criação, adaptação ou adoção e respetiva implementação de métodos de transferência clínica e de transição de cuidados mitigam-se os riscos do doente inerente à omissão ou incorreta transmissão de informação. A prévia formação da equipa multidisciplinar, incluindo as equipas de pré-hospitalar (Ex: simulações de alta fidelidade, palestras, treino das equipas multidisciplinares, *briefings* e *debriefings*) e análise das características do serviço (estrutura, recursos humanos, recursos documentais e métodos previamente implementados) em que se pretende implementar um método de transição de cuidados estruturado mostra-se benéfica, facilitando o processo de interiorização e efetiva implementação por parte das equipas. Deve ser também ponderada a inclusão do doente e familiar como acréscimo de qualidade na transição de cuidados. **Descritores:** Enfermeiros e Enfermeiras; Transferência do Doente; Emergência; Segurança

ABSTRACT

Objective: To identify the source of the problems in patient care transitions in an emergency and emergency environment, compromising patient safety. To demonstrate the techniques and resources to minimize the problem under analysis. **Methodology:** The research question was elaborated according to the PICO[D] methodology. Six studies were selected for the integrative review through the research in the databases EBSCOhost and B_On, according to the established inclusion criteria and evaluated the level of evidence and its quality by the review method of the Joanna Briggs Institute. **Results:** The included articles allow to identify the failures in the transition of care associated to the use of unstructured methodologies or absence of them. Some methods are suggested as a solution to this problem through the application of previously structured and tested methodologies. **Conclusions:** Through the creation, adaptation or adoption and respective implementation of methods of clinical transfer and transition of care, the risks of the patient inherent in the omission or incorrect transmission of information are mitigated. The previous training of the multidisciplinary team, including the prehospital teams (e.g. high fidelity simulations, lectures, training of multidisciplinary teams, briefings and debriefings) and analysis of the characteristics of the service (structure, human resources, documentary resources and methods previously implemented) in which it is intended to implement a structured care transition method is beneficial, facilitating the process of internalization and effective implementation by the teams. It should also be considered the inclusion of the patient and family as an increase of quality in the care transition. **Keywords:** Nurses; Patient Handoff; Emergency; Safety

Apêndice III – Grelha de Observação Semi-estruturada

GRELHA DE OBSERVAÇÃO SEMI ESTRUTURADA DA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NA SALA DE EMERGÊNCIA*

MNEMÓNICA ISBAR		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
I	NOME (DOENTE)									
	IDADE (DOENTE)									
	GÉNERO (DOENTE)									
	NOME (EMISSOR)									
	FUNÇÃO (EMISSOR)									
	NOME (RECETOR)									
	FUNÇÃO (RECETOR)									
	FAMILIARES(?)									
S	DATA E HORA DA ADMISSÃO									
	MOTIVO ATENDIMENTO									
	MCDT'S REALIZADOS									
B	ANTECEDENTES									
	NIVEL DE DEPENDÊNCIA									
	DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE									
	ALERGIAS									
	HÁBITOS									
	TERAPEUTICA HABITUAL									
	TÉCNICAS INVASIVAS APLICADAS									
	RISCO DE INFECÇÃO/COLONIZAÇÃO ASSOCIADO ÀS INTERVENÇÕES									
IDENTIFICAÇÃO SITUAÇÃO SOCIAL										
A	PROBLEMAS ATIVOS									
	TERAPEUTICAS INSTITUIDAS									
	MELHORIA/AGRAVAMENTO									
	FOCOS DE ATENÇÃO E INTERVENÇÕES ATIVAS									
R	CONTINUIDADE DE CUIDADOS									
	MCDT'S AGENDADOS									
	RECURSO A INSTRUMENTO									
	RUIDO NA SALA									
	INTERRUPÇÕES									

*baseado no Modelo explicativo ISBAR – Norma DGS n.º 001/2017

OBSERVAÇÕES: _____

Apêndice IV – Questionário ISBAR

Questionário sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem na sala de emergência do Serviço de Urgência Geral

O presente questionário é um dos instrumentos de recolha de dados e tem como objetivo saber a perceção dos Enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência Geral (SUG) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do sobre a transição de cuidados de Enfermagem aquando da entrada de doentes críticos na Sala de Emergência.

Solicito a leitura atenta de todas as questões e que tente responder a todas elas. As respostas são confidenciais e as mesmas não serão consideradas certas ou erradas.

Parte I – Caracterização da Amostra

1. GÉNERO

Masculino

Feminino

2. IDADE (anos)

20 – 25

40 – 45

25 – 30

45 – 50

30 – 35

> 50

35 – 40

3. ANOS DE EXERCICIO DE ENFERMAGEM

0 – 5

20 – 25

5 – 10

25 – 30

10 – 15

> 30

15 – 20

4. SERVIÇO EM QUE EXERCE FUNÇÕES

SUG

VMER

AMBOS

5. ANOS DE EXERCÍCIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA / VMER (considere o que exerce funções há mais tempo)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 – 5 | <input type="checkbox"/> 20 – 25 |
| <input type="checkbox"/> 5 – 10 | <input type="checkbox"/> 25 – 30 |
| <input type="checkbox"/> 10 – 15 | <input type="checkbox"/> > 30 |
| <input type="checkbox"/> 15 – 20 | |

6. TIPO DE VÍNCULO COM A ENTIDADE EMPREGADORA (assinale apenas uma)

- | | |
|---|--------------------------|
| 6.1 Contrato de trabalho funções públicas | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 Contrato individual de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Contrato de Substituição | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 Outro | <input type="checkbox"/> |

7. GRAU ACADÉMICO

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 7.1 Bacharelato | <input type="checkbox"/> |
| 7.2 Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| 7.3 Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| 7.4 Doutoramento | <input type="checkbox"/> |

8. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

- | | |
|---------|--------------------------|
| 8.1 Sim | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 Não | <input type="checkbox"/> |

Se assinalou sim, qual? _____

9. FORMAÇÃO PRÉVIA EM TÉCNICA ISBAR

- | | |
|---------|--------------------------|
| 9.1 Sim | <input type="checkbox"/> |
| 9.2 Não | <input type="checkbox"/> |

Se assinalou sim, há quanto tempo? __ __ (meses)

Parte II – Opinião dos Enfermeiros sobre a transição de cuidados de Enfermagem na Sala de Emergência

A transição de cuidados de Enfermagem é uma fase de capital importância na manutenção dos cuidados ao doente crítico.

As questões que se seguem intentam evidenciar a sua perceção acerca da temática da comunicação na transição de cuidados de Enfermagem do doente crítico na **Sala de Emergência**. Pretende-se que nas afirmações que se seguem manifeste o seu grau de concordância utilizando a seguinte escala e assinalando com um “X” para cada afirmação:

- 1 – Discordo totalmente 2 – Discordo parcialmente 3 – Concordo parcialmente
4 – Concordo totalmente

		Discordo total/ 1	Discordo parcial/ 2	Concordo parcial/ 3	Concordo total/ 4
1	Tenho conhecimento da técnica ISBAR e sua finalidade				
2	A transição de cuidados é uma fase crítica na prestação de cuidados ao doente				
3	A incorreta transição de cuidados pode comprometer a segurança do doente				
4	Durante a transição de cuidados a informação é transmitida de forma estruturada seguindo uma linha de raciocínio				
5	A informação transmitida é subjetiva e pouco clara				
6	É utilizada a técnica ISBAR na transmissão de cuidados				
7	O Enfermeiro transmissor da informação é identificado				
8	O Enfermeiro recetor da Informação é Identificado				
9	O Doente alvo da transição de cuidados é identificado claramente				
10	É descrito o motivo causador da necessidade da prestação de cuidados de Saúde				
11	São descritos factos clínicos, como antecedentes pessoais, alergias, intervenções de enfermagem e outras relevantes				
12	É transmitida a informação acerca das medidas farmacológicas e não farmacológicas instituídas				
13	É transmitida a evolução do estado do doente (melhorado, agravado, estacionário)				
14	A informação transmitida é clara e concisa				
15	A transmissão sofre interrupções frequentes por parte de terceiros levando perdas de informação				

16	Considero que há falhas no processo de transferência de informação colocam em risco a segurança do Doente				
17	Há necessidade de voltar a contactar o colega que transmitiu a informação para esclarecer dúvidas				
18	Sinto que a informação recebida é suficiente para assumir os cuidados ao doente em segurança				
19	A transmissão da informação é acompanhada do fornecimento de suporte de papel com a informação				
20	Recebo estímulos distratores frequentemente durante o processo de transição de cuidados				
21	Há necessidade de interromper a transição de cuidados devido a fatores distratores (ruído, interrupções)				
22	Sinto que fica informação por transmitir/em falta				
23	É referida a informação de acompanhamento de um familiar/pessoa significativa				
24	A transmissão da informação é realizada junto do doente				
25	A criação de um documento uniformizador da transição de cuidados é benéfica				

Apêndice V – Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Caro(a) Colega,

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Associação – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, estou a realizar um Estudo com o tema: “**Sala de Emergência: transição de cuidados do doente crítico**”. Para a realização do mesmo pretendo aplicar um questionário, cujo objetivo principal é saber a perceção dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral e VMER do , acerca da comunicação durante a transição de cuidados na Sala de Emergência.

De referir que este questionário foi implementado após aval da Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro .

Para o preenchimento do seguinte questionário, comprometo-me que será mantido o anonimato, e confidencialidade dos seus dados, conforme exige por obrigação e dever o sigilo profissional. Assim:

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões;
- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar;
- Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo;
- Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade;
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento e que este não irá acarretar qualquer encargo financeiro.

Por favor, leia com atenção a informação discriminada anteriormente, se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Desde já o meu agradecimento pelo tempo despendido.

Nome do entrevistador: José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus

Profissão do Entrevistador: Enfermeiro

Contacto do Entrevistador: email: @/ Telefone:

Assinatura do Entrevistador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura do Participante: _____

Data ___/___/_____

Apêndice VI – Formação ISBAR



Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

TÉCNICA ISBAR

Formador: Enf.º José Deus

Elaborada no decurso da Intervenção Major do 2º Curso de Mestrado em Associação na área de especialização em EMC:PSC

Objetivos da formação

- Dar a conhecer a Técnica ISBAR;
- Apresentar as vantagens e desvantagens da técnica;
- Demonstrar a técnica como recurso para a melhoria na comunicação entre profissionais de saúde;

ISBAR – O que é?

- Técnica padronizada de comunicação que pode ser usada em qualquer situação;
- Acrónimo de: I (introdução);
S (situação);
B (antecedentes/"background");
A (avaliação);
R (recomendação);

ISBAR – Perspetiva Histórica

- Adaptado dos submarinos nucleares da marinha norte americana e da indústria aeronáutica (SBAR)
- (ANO) OMS investe e alerta para a necessidade de minimizar erros e riscos para o doente, nos quais se inclui a incorporação de um método de comunicação comum e estruturado;
- (ANO) A Austrália lidera investigação na área e cria primeiras *guidelines* para as instituições de saúde
- (2017) DGS emana Norma por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde

Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

ISBAR – Porquê ISBAR?

Esta fornece uma estrutura para conversas clínicas.

É uma ferramenta consistente e confiável para discussões clínicas.

As evidências mostram que, quando uma abordagem padronizada é implementada, a eficácia dessa abordagem aumenta.

O ouvinte sabe o que esperar e o falante sabe o que é esperado para atender às necessidades do ouvinte

ISBAR – Outras Vantagens

Em cuidados de saúde cada vez mais complexos, com ritmo elevado, altamente especializados, envolvendo equipas multidisciplinares ...

- Garante a **integridade** das informações e **minimiza erros** e esquecimentos
- É uma forma **fácil** e **focada** de definir expectativas para o que será comunicado
- Garante uma comunicação **clara e profissional**
- Não se concentra nas pessoas que estão a comunicar, mas **no próprio problema**
- É **facilmente memorizável** e **simples de usar**
- Pode ser usado para apresentar informações claramente em qualquer situação
- Ajuda a **normalizar** a linguagem e método de comunicação
- **Organiza e tipifica** raciocínio e forma de transição de cuidados
- **Padroniza a comunicação** multiprofissional

ISBAR – Como e onde aplicar?

- CASOS DE DETERIORAÇÃO DO DOENTE
(Ex. Ao chamar o médico via telefone para observação urgente do Doente);
- TRANSIÇÃO DE CUIDADOS
(Ex. Passagem de turno e transferências intra e interhospitalares);

ISBAR – Como alterar o panorama atual?

- Criação de instrumentos (pósteres, cábulas, ...) junto de pontos estratégicos (telefones e locais de passagem de turno);
- Formação da equipa multidisciplinar;
- Repetição de formações e esclarecimento de dúvidas;

ISBAR – Suas desvantagens

- Quando o recetor da informação não está familiarizado com a técnica;
- Requer algum treino;
- O ponto "R" (recomendações) tem mostrado maiores dificuldades na implementação (especialmente na transição de informação de Enfermeiro para Médico);
- Na transição de cuidados junto dos utentes salvaguardar informação confidencial e sensível ou que ainda não tenha sido revelada aos mesmos;

ISBAR – O que dizer?

I - Introdução

Quem sou, qual o meu papel, onde estou e porque estou comunicando;

S - Situação

O que está acontecendo no momento

B - Antecedentes

Quais são as questões que levaram a esta situação

A - Avaliação

O problema atual

R - Recomendação

O que deve ser feito para corrigir esta situação

ISBAR – algumas dicas a não esquecer

- Previamente ao contacto / transição de cuidados devemos:
 - Avaliação completa do doente;
 - Medicação atual;
 - Alergias;
 - Exames realizados e alterações relevantes;
 - Sinais vitais recentes;

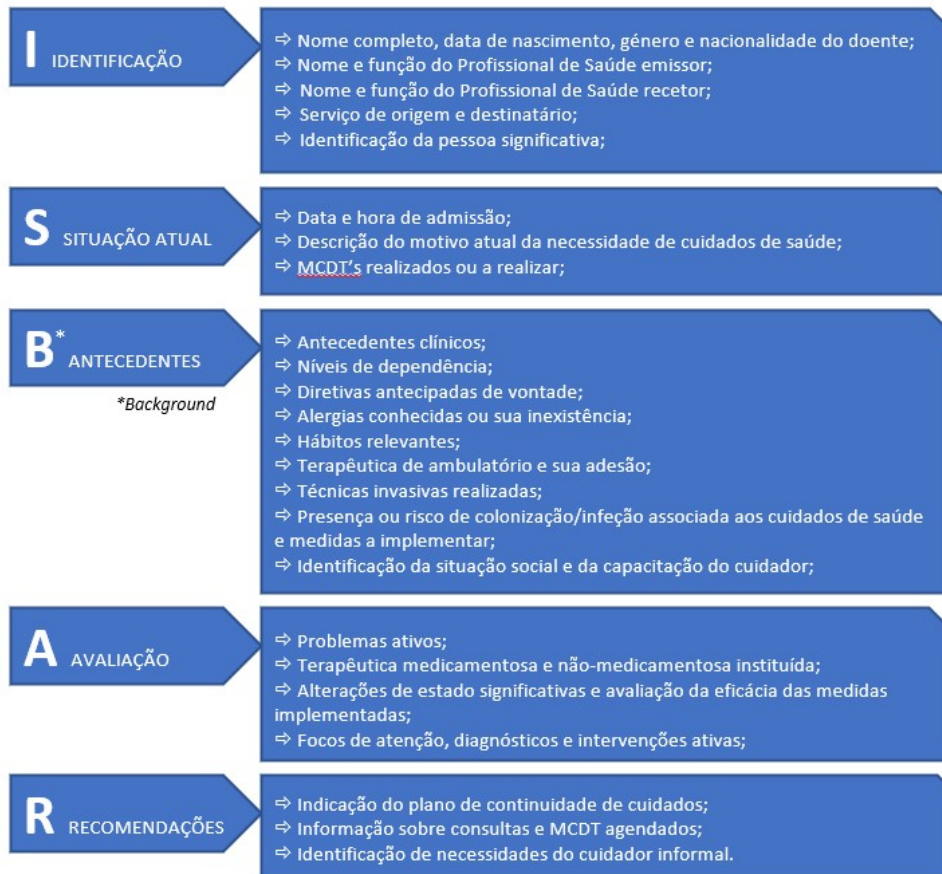
PENSAR, FALAR E ESCREVER ISBAR

Alguns exercícios práticos...

Bibliografia

- DGS, 2017, Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, consultado a 06/01/2019, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>;
- Clinical Handover Working Group, 2010, ISBAR, Balmain Hospital, Sidney;
- NSW Department of Health, 2009, *Implementation toolkit – Standard Key Principles for Clinical Handover*, Sidney, ISBN 978-1-74187-412-9;
- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2016, Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional, ISBN 97885-5526-850-2

Apêndice VII – Mnemónica ISBAR



(baseado na norma DGS n.º001/2017)

Apêndice VIII – Poster ISBAR

COMUNICAÇÃO EFICAZ NAS TRANSIÇÕES DE CUIDADOS

Elaborado por Enf.º José Deus no decurso da Intervenção Major do 2º Curso de Mestrado em Associação na área de especial em Enfermagem MédicaCirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

I	IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none">⇒ Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente;⇒ Nome e função do Profissional de Saúde emissor;⇒ Nome e função do Profissional de Saúde recetor;⇒ Serviço de origem e destinatário;⇒ Identificação da pessoa significativa;
S	SITUAÇÃO ATUAL <ul style="list-style-type: none">⇒ Data e hora de admissão;⇒ Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;⇒ MCDT's realizados ou a realizar;
B	ANTECEDENTES *(BACKGROUND) <ul style="list-style-type: none">⇒ Antecedentes clínicos;⇒ Níveis de dependência;⇒ Diretivas antecipadas de vontade;⇒ Alergias conhecidas ou sua inexistência;⇒ Hábitos relevantes;⇒ Terapêutica de ambulatório e sua adesão;⇒ Técnicas invasivas realizadas;⇒ Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;⇒ Identificação da situação social e da capacitação do cuidador;
A	AVALIAÇÃO <ul style="list-style-type: none">⇒ Problemas ativos;⇒ Terapêutica medicamentosa e não -medicamentosa instituída;⇒ Alterações de estado significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;⇒ Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas;
R	RECOMENDAÇÕES <ul style="list-style-type: none">⇒ Indicação do plano de continuidade de cuidados;⇒ Informação sobre consultas e MCDT agendados;⇒ Identificação de necessidades do cuidador informal.

Pense ISBAR

Fale ISBAR

Escreva ISBAR

ANEXOS

Anexo I – Parecer favorável do CES

[REDACTED]

[REDACTED]

C.A.
Autorizado

[REDACTED]

Memorando // Nota interna n.º: 44/2018

Data: 07 / 12 / 2018

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: [REDACTED] – Director Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração

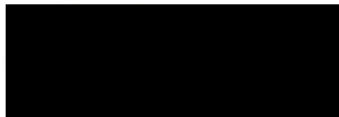
Assunto: **Pedido de autorização para a realização de um projecto de investigação**

A 07/12/2018 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar [REDACTED] que analisou um pedido de autorização para recolha de dados junto de enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital [REDACTED] e enfermeiros da VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) para um projecto de investigação intitulado "Sala de emergência: transição de cuidados do doente crítico" a desenvolver por José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus, a frequentar mestrado em enfermagem médico cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Setúbal e estágio no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED]. Na documentação anexa ao pedido foi junto o projecto, declaração de consentimento informado para os participantes, ficha de identificação de tratamento de dados pessoais, questionários devidamente anonimizados e os currículos do mestrando e da orientadora de estágio Maria do Céu Mendes Pinto Marques, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Para a realização do projecto de investigação foi obtida a concordância da enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência Geral. De acordo com o projecto apresentado a Comissão de Ética verificou que o presente trabalho poderá contribuir para a caracterização sociodemográfica, profissional, académica e de avaliação de conhecimentos da equipa acerca da temática ISBAR (sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações) e da cultura de segurança do doente na transição de cuidados. É garantida a participação, livre e voluntária e justificada a metodologia de acesso aos participantes, bem como a confidencialidade dos dados

[REDACTED]



recolhidos, deliberando a Comissão de Ética no sentido de nada ter a opor à recolha de dados pretendida pelo autor desde que obtido o consentimento da directora do Serviço de Urgência.



(Presidente da CES)

Anexo II – Formador SBV



Responsável pela Entidade Formadora

[Redacted Signature]

Certificado N° 61/2015



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Dec.Reg.n.º35/2002, de 23 de Abril)

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

SERVIÇO DE FORMAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL

Processo de Acreditação nº [REDACTED]

Despacho Ministerial de [REDACTED]

Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

Certifica-se que o Exmo. Sr. Enfermeiro,

José Pedro Oliveira Ribeiro Deus,

com

Nacionalidade Portuguesa, sexo Masculino e portador do C.C.

[REDACTED] emitido pelo Arquivo de Identificação de Lisboa, válido até 07-12-2015, Participou, como Formador, no dia 21 de Outubro de 2015, com a duração total de 4 horas, na Ação de Formação sobre:

“Suporte Básico de Vida - SBV”

[REDACTED] 22 de Outubro de 2015

Responsável pela Entidade Formadora



Certificado N° 106/2015



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Dec.Reg.n.º35/2002, de 23 de Abril)

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

SERVIÇO DE FORMAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL

Processo de Acreditação

Despacho Ministerial

Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

Certifica-se que o Exmo. Sr. Enf.,

José Pedro Oliveira R. Deus,

com

Nacionalidade Portuguesa, sexo Masculino e portador do

, emitido pelo Arquivo de Identificação

de Lisboa, válido até 22-12-2020, participou, como Formador,

no dia 11 de Outubro de 2016, com a duração total de 4 horas,

na Ação de Formação:

“Suporte Básico de Vida - SBV”

11 de Outubro de 2016

Responsável pela Entidade Formadora

—  —

Certificado N° 73/2016

Anexo III – Orientador de estágio



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o **Sr. Enfermeiro José Pedro Oliveira Ribeiro de Deus**, em exercício de funções no Centro Hospitalar do [REDACTED] – Hospital [REDACTED], no Serviço de Urgência Geral, portador do Bilhete de Identidade n.º [REDACTED], emitido em 13/05/2003 pelo Arquivo de Identificação de Lisboa e Cédula Profissional [REDACTED] colaborou com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de [REDACTED] no Ensino Clínico de Enfermagem IX – Contextos Hospitalares de Doente Crítico do 10º Curso de Licenciatura em Enfermagem, no 1º Semestre do 4º Ano.

Esta colaboração implicou a participação em reuniões com os docentes e a supervisão, orientação e avaliação de 1 estudante em ensino clínico, período de 15 de Janeiro a 29 de Janeiro de 2013, num total de 24 horas.

[REDACTED] 11 de Fevereiro de 2013.

O Responsável pela Unidade Curricular de
Ensino Clínico de Enfermagem IX,



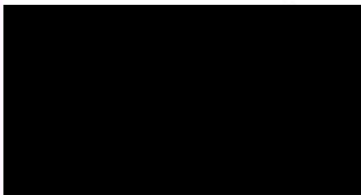
Anexo IV – Certificado de participação STEMINEM



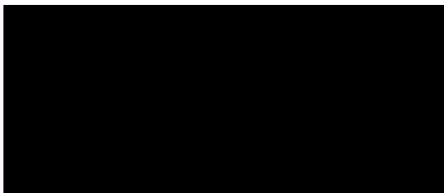
Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que JOSÉ DEUS esteve presente no **CURSO AVANÇADO EM GESTÃO PRÉ-HOSPITALAR DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRA DE ST**, que teve lugar na Casa da Baía, em Setúbal, no dia 11 de Outubro de 2018.

Lisboa, 11 de Outubro de 2018



Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular



Coordenador do Stent Save a Life
Uma iniciativa:



Anexo V – Formação SBV com DAE



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

José Pedro O. R. Deus

Received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)

Provider

In Évora, Portugal

course director



Date last course: 17/05/2018

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-977-997698

Anexo VI – Formação Suporte Avançado de Vida



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

www.erc.edu

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

José Pedro O. R. Deus

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)

Operacional
No Setúbal, Portugal

[Redacted]
diretor de curso



Data do último curso: 30/06/2018

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-533-842224

Anexo VII – Formação ITLS



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

José Deus

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
9/30/2018

course site
[REDACTED]

course director
[REDACTED]

course coordinator
[REDACTED]



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

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

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0028)

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS 276016-34000
International
Trauma Life Support

José Deus

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date **9/30/2018** Expiration Date **09/2021**

Course Number **34000**

Course Location **IP Setubal, Setúbal,**



Anexo VIII – Poster Jornadas

