

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência –
Implementação da metodologia ISBAR

Cátia Diana Gomes Beça Alves

**Projeto de investigação integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica**

Orientação Científica – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança/Politechnic
University of Bragança

Novembro, 2023

Alves, C. D. G. B & Veiga-Branco M. A. R. (2023). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência – Implementação da metodologia ISBAR. Trabalho de investigação. Instituto Politécnico de Bragança/Politechnic University of Bragança. Bragança, Portugal.

“A verdadeira viagem do descobrimento
não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”

Marcel Proust

DEDICATÓRIA

Ao Gustavo. À Beatriz. Os meus filhos.

AGRADECIMENTOS

Manifesto o meu mais profundo agradecimento a todos que, de algum modo, contribuíram para a conclusão deste percurso.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, e todo o corpo docente do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por me aceitarem nesta aventura e pelos ensinamentos.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, orientadora deste estudo, pela paciência, apoio e disponibilidade demonstrados.

A todos os Srs. Enfermeiros Especialistas que me acompanharam e fizeram crescer como profissional e pessoa.

Aos Enfermeiros do Serviço de Urgência que aceitaram fazer parte deste estudo.

Aos meus “Curressios” pela amizade, aqueles que sempre me ampararam as quedas... e incentivaram a continuar.

Aos meus pais pelo apoio incondicional. Sem vocês não era possível.

Ao meu marido. Presente nos piores e melhores momentos. Sempre. Sem conhecer o significado de desistir, estimulou-me. Soergueu-me. E cheguei aqui.

Aos meus filhos. Pela força. Pelo amor.

A todos, **MUITO OBRIGADA!**

Resumo

Introdução: A segurança dos doentes nos serviços de saúde, foi sempre uma preocupação dos gestores em saúde. Um dos aspetos que a pode comprometer, é a transferência de cuidados do doente entre os profissionais responsáveis por ele. Seja nas passagens de turno, ou transferências intra e inter-hospitalares. É essencial que seja estabelecida uma comunicação eficaz, de modo a assegurar a fluidez de assunção de cuidados e responsabilidades. Estes pressupostos evitam a ocorrência de efeitos adversos, de eventuais atrasos no diagnóstico e tratamentos, que podem dar origem a atrasos no restabelecimento da pessoa em situação crítica.

Objetivos: Conhecer a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência (SU), relativamente à informação transmitida durante as passagens de turno. Tornar mais eficaz a comunicação interpares, e garantir, como consequência, a segurança e a melhoria dos cuidados de enfermagem, nos momentos de transição de doentes, no SU.

Metodologia: Trabalho realizado com base na metodologia investigação-ação, dividido em três processos metodológicos parcelares e consecutivos. Primeiramente, foi aplicado um questionário, a 59 enfermeiros em SU, com prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica. No segundo momento, foi realizado um diagnóstico de situação com a aplicação do Guia de Observação, durante os momentos de passagem de turno. No terceiro momento, após a análise dos resultados emergentes do Guia de Observação, foi criado, e implementado, o instrumento estruturado para aplicar nas passagens de turno, baseado na metodologia *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation* (ISBAR), e aplicado novamente o Guia de Observação, para estudo de eficácia e/ou eficiência trazida por este instrumento.

Resultados: A percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante as passagens de turno é favorável em relação à maioria dos aspetos abordados. Estes valorizaram a comunicação no contexto da equipa multidisciplinar, e aspetos relacionados com a importância da formação e da experiência profissional com a qualidade da comunicação. A percepção favorável do enfermeiro traduz-se no elevado nível de situações significativas (70 a 90%) que cerca de 80% enfermeiros reportam conseguir transmitir durante a passagem de turno. 36% dos participantes apontam a necessidade de melhorias, 65% relacionadas com a organização do processo de transição de cuidados e 45% com o problema das interrupções. Após a implementação da metodologia ISBAR nas passagens de turno, houve uma melhoria em vários aspetos, como se depreende da percentagem média de conformidade ser cerca de 69%, tendo melhorado cerca de 48%. O tempo de transmissão de informação aumentou, em média, 0,4 minutos por doente.

Conclusão: Os resultados do presente trabalho apontam uma perspetiva favorável da percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a passagem de turno, ainda que alguns aspetos tenham margem para melhoria, relacionados com a objetividade e pertinência da informação, e com a necessidade de ter um contexto calmo que favoreça a concentração, logo sem interrupções. Este contexto é, por sua vez, facilitador da mudança, como se veio a verificar ao comparar a qualidade da passagem de turno antes e depois de implementar a metodologia ISBAR, a certificação das melhorias demonstra o interesse e eficácia da sua utilização.

Palavras-chave: Comunicação; ISBAR; transição de cuidados; serviço de urgência; segurança do doente; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Abstract

Introduction: Patient safety in health services has always been a concern of health managers. One of the aspects that can compromise it is the transfer of the patient's care between the professionals responsible for it. Be it in handovers, or intra and inter-hospital transfers. It is essential that effective communication is established to ensure the fluidity of the assumption of care and responsibilities. These assumptions prevent the occurrence of adverse effects, possible delays in diagnosis and treatment, which can lead to delays in the recovery of the person in critical condition.

Objectives: To know the nurses' perception in the Emergency Department (ED) regarding the information transmitted during handover. To make peer-to-peer communication more effective, and to ensure, consequently, the safety and improvement of nursing care, in moments of patient transition, in the ED.

Methodology: This work was carried out based on the research-action methodology, divided into three partial and consecutive methodological processes. First, a questionnaire was applied to 59 nurses in the ED, with direct care provided to the critically ill person. In the second moment, a diagnosis of the situation was carried out with the application of the Observation Guide, during handovers. In the third moment, after the analysis of the results emerging from the Observation Guide, a structured instrument was created and implemented to be applied in handover, based on the Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation (ISBAR) methodology, and the Observation Guide was applied again to study the effectiveness and/or efficiency brought by this instrument.

Results: Nurses' perception of communication during handover is favorable in relation to most of the aspects addressed. They valued communication in the context of the multidisciplinary team, and aspects related to the importance of training and professional experience with the quality of communication. The favorable nurses' perception translates into the high level of significant situations (70 to 90%) that about 80% of nurses report being able to transmit during handover. 36% of the participants point to the need for improvements, 65% related to the organization of the care transition process and 45% to the problem of interruptions. After the implementation of the ISBAR methodology in handovers, there was an improvement in several aspects, as can be seen from the average percentage of compliance being about 69%, having improved about 48%. The information transmission time increased by an average of 0.4 minutes per patient.

Conclusion: The results of the present study point to a favorable perspective of nurses' perception of communication during handover, although some aspects have room for improvement, related to the objectivity and relevance of the information, and to the need to have a calm context that favors concentration, thus without interruptions. This context is a facilitator of change, as it turned out when comparing the quality of handovers before and after implementing the ISBAR methodology, the certification of improvements demonstrates the interest and effectiveness of its use.

Keywords: Communication; ISBAR; care transition; emergency service; patient safety; Medical-Surgical Nursing

Lista de abreviaturas e siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

GO – Guia de Observação

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. - Participante

PCR – Paragem Córdio Respiratória

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PSP – Polícia de Segurança Pública

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUGHNP – Serviço de Urgência Geral de um Hospital do Norte de Portugal

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TRSC – Técnica de Substituição Renal Contínua

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação mecânica Não Invasiva

VV -Via Verde

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo explicativo da técnica ISBAR

Figura 2 – Percentagem de enfermeiros que indicam cada uma das percentagens de situações significativas que ocorrem durante o turno e que consideram conseguir transmitir habitualmente durante a passagem de turno.

Figura 3 – Percentagem de enfermeiros que propõem melhorias na passagem de turno e qualidade da informação nela transmitida.

Figura 4 – Melhorias específicas apontadas pelos 20 enfermeiros que propõem melhorias para a passagem de turno e qualidade da informação nela transmitida.

Índice de quadros

Quadro 1 – Imagem sumária do perfil sociodemográfico amostral de enfermeiros

Quadro 2 – Imagem sumária do perfil amostral de eventos de passagem de turno

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Operacionalização e categorização das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros

Tabela 2 – Operacionalização e categorização das variáveis acerca dos comportamentos comunicacionais, prosódia e atitude observados

Tabela 3 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.

Tabela 4 – Apresentação da distribuição dos valores da análise descritiva, das variáveis relativas à percepção dos enfermeiros sobre a comunicação recebida

Tabela 5 – Apresentação da distribuição dos valores da análise descritiva, das variáveis relativas à percepção dos enfermeiros acerca da adequação da comunicação emitida

Tabela 6 – Efeito do sexo do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 7 – Efeito da idade do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 8 – Efeito das habilitações académicas do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 9 – Efeito do curso de especialização do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 10 – Efeito do tempo de serviço total do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 11 – Efeito do tempo de serviço no SU na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 12 – Efeito do tipo de vínculo do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 13 – Correlações entre as percentagens de situações significativas que o enfermeiro considera conseguir transmitir com as questões do questionário sobre de percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 14 – Comparação dos enfermeiros que propõem melhorias para a passagem de turno com a percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem.

Tabela 15 – Comparação da frequência, expressa em percentagem, de cumprimento de parâmetros de qualidade da passagem de turno na observação 1 e observação 2.

Tabela 16 – Comparação do tempo médio, em minutos, utilizado por doente na observação 1 e observação 2.

Tabela 17 – Comparação dos valores médios de conformidade em função do número de doentes, na observação 1 e observação 2.

Tabela 18 – Comparação dos valores médios de conformidade, expressa em percentagem, dos vários itens avaliados na observação 1 e observação 2.

Tabela 19 – Comparação dos valores médios de conformidade nas três passagens de turno, na observação 1 e observação 2.

Tabela 20 – Comparação dos valores médios de conformidade do número de doentes, na observação 1 e observação 2.

Índice

Capítulo I – Relatório de Estágio	16
1. Contextualização	17
2. Análise crítico reflexiva sobre a aquisição de competências.....	22
3. Considerações finais.....	34
Capítulo II – Investigação	36
Introdução.....	36
1. Enquadramento teórico	40
1.1 Comunicação em saúde.....	42
1.2 Segurança do doente.....	44
1.3 Transição de Cuidados	44
1.4 Metodologia ISBAR	47
2. METODOLOGIA	48
2.1 Objetivos	48
2.2 População/Amostra.....	49
2.3 Instrumentos de recolha de dados	50
2.4 Variáveis em estudo.....	51
2.5 Tratamento de dados.....	54
2.6 Considerações éticas.....	55
2.7 Apresentação de resultados	55
2.8 Discussão de resultados	77
3. Conclusão.....	85
Referências Bibliográficas.....	89
Anexos	97

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética para a realização do estudo

ANEXO II – Instrumento de recolha de dados - Questionário

ANEXO III – Autorização para utilização da escala

ANEXO IV – Guia de observação da Comunicação Oral na Passagem de Turno de Enfermagem

ANEXO V – Instrumento padronizado para a passagem de turno, baseado na metodologia ISBAR

ANEXO VI – Ação de formação apresentada no SU “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

ANEXO VII – Norma interna apresentada para implementar no SU “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Anexo VIII – Comprovativo de submissão de artigo científico

Capítulo I – Relatório de Estágio

O presente relatório insere-se no VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, e reflete o percurso realizado no decorrer da Unidade Curricular de Estágio. Esta unidade curricular encontra-se dividida em duas componentes distintas: o ensino clínico e a investigação. Pelo que, este documento se encontra dividido em dois capítulos distintos. O primeiro capítulo engloba o relatório do estágio, com a respetiva análise crítico reflexiva do desenvolvimento de competências ao longo da prática clínica nos diferentes campos de estágio. O segundo capítulo engloba o estudo de investigação realizado, a par como o trabalho de intervenção em serviço.

A realização do estágio pretende reunir os contributos das várias unidades curriculares incluídas no plano de estudos do Mestrado e integrá-los na prática dos Cuidados Especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o que estimula a aquisição e consolidação das competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC).

Ao enfermeiro especialista é exigido uma observação, colheita e procura sistémica e sistematizada de dados com o objetivo de conhecer continuamente a pessoa, família/cuidador alvo de cuidados de forma a assegurar uma resposta precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. O enfermeiro tem de conseguir mobilizar rapidamente competências técnicas, científicas e relacionais, ou seja, uma tomada de decisão autónoma e reflexiva (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho).

A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p.19362).

Os cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica podem definir-se como cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e que permitem manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe, que colocam a pessoa em risco de vida (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho).

O estágio surge como um elemento fulcral na realização dos objetivos definidos, e consecutivamente, na transição de Enfermeiro de Cuidados Gerais para Enfermeiro Especialista, que facilita a aquisição de competências devido à integração das aprendizagens no contexto da prestação direta de cuidados (OE, 2021).

O relatório de estágio assume-se como um instrumento de avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, e na sua elaboração é apresentada uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado ao longo do estágio (OE, 2021).

Este relatório tem como objetivos evidenciar a capacidade crítico-reflexiva adquirida na prática profissional ao longo dos estágios, descrever as atividades desenvolvidas na aquisição das diferentes competências, documentar as diversas experiências vivenciadas e a aprendizagem adquirida, assim como servir de instrumento de avaliação. Tendo por base uma metodologia descritiva e reflexiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica, observação, consulta e análise dos objetivos definidos, com mobilização de conceitos já adquiridos anteriormente na componente teórica, assim como a integração da experiência profissional, académica e pessoal prévia.

Ao longo do relatório é realizada uma descrição dos campos de estágio, são expostas as competências adquiridas, e elaborada uma análise crítica e reflexiva das mesmas tendo em conta os domínios de competências comuns do EE segundo o Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, assim como as competências específicas do EEEMC que constam no Regulamento nº429/2018, de 16 de Julho de 2018.

1. Contextualização

O estágio foi desenvolvido em três contextos diferentes: Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Pré-Hospitalar e Serviço de Urgência Polivalente (SUP), de um Hospital do Norte de Portugal, com a duração de 168 horas presenciais em cada um deles.

A realização destes 3 módulos de estágio possibilitou a aquisição de um conhecimento transversal da dinâmica de atuação do EE desde a intervenção pré-hospitalar, à entrada no Serviço de Urgência (SU) e posterior admissão no internamento do SMI.

Foram definidos objetivos gerais comuns aos três campos de estágio que visam a aquisição de competências na área de especialização em EMC:

1) Saber executar, analisar e compreender os conhecimentos adquiridos, tendo em conta a resolução de problemáticas nos diferentes contextos multidisciplinares, na área da Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica;

2) Identificar e analisar as competências comuns do EE, e as competências específicas do EEEMC, à Pessoa em Situação Crítica;

3) Conhecer a dinâmica organizacional e funcional, e a estrutura física dos diversos contextos de estágio;

4) Integrar as diferentes equipas multidisciplinares, e demonstrar capacidade de trabalhar em equipa de forma organizada e competente;

5) Desempenhar competências de comunicação, trabalho em equipa, éticas e legais.

Foram delineados objetivos específicos de acordo com as características de cada campo de estágio.

- **Serviço de Medicina Intensiva (SMI)**

Objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura e dinâmica do SMI, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Identificar as necessidades da pessoa em situação crítica, responder de forma rápida e antecipar focos de instabilidade;
- Conhecer os procedimentos e protocolos existentes no serviço;
- Executar cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa, e família/cuidador, a vivenciar fenómenos de doença complexos;
- Aperfeiçoar técnicas e procedimentos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em ambiente de cuidados intensivos;
- Salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

O SMI assume-se como o centro de cuidados de excelência ao doente crítico, com cuidados diferenciados que abordam a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas (Rede de Referência de Medicina Intensiva, 2016).

Estão integradas no SMI a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e a Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM). Esta integração é essencial à maximização da eficiência, otimização de continuidade de cuidados, facilitação de disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos, de readmissões em nível III e de custos de tratamento (Rede de Referência de Medicina Intensiva, 2016).

Os SMI podem ser classificados em três níveis tendo em conta os rácios enfermeiro/doente, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis no hospital. O nível I visa a monitorização, normalmente não invasiva, de doentes em risco de desenvolver disfunção ou falência de órgão. O nível II tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, doentes com falência de apenas um órgão requerendo suporte farmacológico e substituição da sua função, sendo o rácio enfermeiro/doente habitualmente de 1:3. O nível III recebe doentes com falência múltipla de órgãos (dois ou mais) com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência respiratória ou substituição da função renal. Neste nível, o rácio de enfermeiro/doente é geralmente de 1:2 (Ponce, 2015; OE, 2014).

O SMI onde foi realizado o estágio é composto por 10 camas de nível III e 6 camas de nível II, existem ainda 10 camas com isolamento de pressão negativa que podem ser utilizadas seja como nível III ou II.

Cada unidade/box possui cerca de 18m², e está equipada com sistema de aspiração, tomadas elétricas, manómetros, monitor, bombas perfusoras, seringas elétricas, uma cama elétrica com colchão de pressão alternada e todo o material necessário à prestação de cuidados ao doente. Existe um check list para cada unidade

que é utilizado após a alta do doente, e/ou em SOS, isto permite manter a área organizada e todo o material necessário acessível em qualquer momento. Os ventiladores são móveis e podem ser alocados onde for necessário.

Em cada área existe um balcão com a monitorização central de todos os parâmetros vitais dos doentes internados e suporte informático para realização de registos. Há uma sala de terapêutica com o sistema de armazenamento de medicação “*Pixies*”, embora a terapêutica prescrita normalmente seja entregue pelos serviços da farmácia hospitalar através do método unidose.

A equipa de enfermagem é composta por sessenta e sete elementos, sendo distribuídos sete em cada turno, acrescentando ao turno da manhã um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A distribuição dos enfermeiros é realizada pelo responsável de turno, conforme as necessidades específicas de cada área, sendo a avaliação da carga de trabalho realizada com recurso ao Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). O método de trabalho é o individual, no entanto foi possível observar um forte espírito de entreajuda entre todos os elementos da equipa.

Em todos os turnos é ainda definido um elemento da equipa de enfermagem que, juntamente com o médico, assegura a equipa de emergência hospitalar.

- **Pré-Hospitalar**

Objetivos específicos:

- Tomar conhecimento dos protocolos de atuação;
- Conhecer a dinâmica de atuação dos meios pré-hospitalares e a sua articulação com os serviços hospitalares;
- Identificar as necessidades do doente, assegurar uma atuação precoce, estabilização, manutenção e recuperação da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Reconhecer a pessoa vítima de doença súbita ou trauma, utilizar uma abordagem sistematizada;
- Atuar em situações de emergência uni ou multivítimas, mobilizar os conhecimentos adquiridos;
- Assegurar o transporte do doente em ambulância, garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos em contexto pré-hospitalar.

A emergência pré-hospitalar abrange a assistência à pessoa desde o local onde ocorre a situação de emergência até à chegada ao serviço de saúde apropriado, onde pode ser realizado o tratamento definitivo. O seu principal objetivo é garantir uma rápida prestação de cuidados de saúde a sinistrados e vítimas de doença súbita.

Em Portugal, a assistência pré-hospitalar envolve a cooperação entre diversas entidades como a Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana

(GNR), Cruz Vermelha Portuguesa, corporações de bombeiros, hospitais e centros de saúde, sendo a coordenação entre estes da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Este conjunto de entidades formam o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

Fazem parte integrante do INEM as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), as motos e os helicópteros. Estes meios são ativados por indicação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Os enfermeiros integram as equipas das ambulâncias SIV, juntamente com o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), e as VMER, juntamente com o médico. Pelo que, o estágio incluiu também os dois meios, tendo sido a maior parte das horas realizadas na ambulância SIV. Estes elementos têm uma formação específica ministrada pelo INEM.

O serviço da ambulância SIV onde foi realizado o estágio tinha a sua base dentro do hospital, no piso -1. Era integrado por seis enfermeiros do SU e quatro enfermeiros do INEM, juntamente com cinco TEPH. Além de transportes primários de vítimas do local onde ocorre a situação até ao hospital, realiza também transportes secundários, onde transporta, juntamente com um médico, doentes mais instáveis, com necessidades de cuidados mais diferenciados, para hospitais com outras valências.

A VMER tinha a base integrada no SU do hospital, com acesso direto à sala de emergência (SE). Todos os enfermeiros da equipa pertenciam ao hospital onde estava alocada a VMER, com prestação de cuidados em serviços como o SU, a UCIP e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC).

- **Serviço de Urgência Polivalente**

Objetivos específicos:

- Conhecer e assimilar a dinâmica organizacional e estrutural da prestação de cuidados do SU;
- Promover competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em situações urgentes/emergentes;
- Identificar as necessidades do doente, assegurar uma atuação precoce, estabilização, manutenção e recuperação da pessoa em situação urgente/emergente.

Os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm por objetivo a prestação de cuidados de saúde, diagnóstico e tratamento de doentes sinistrados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

São considerados três tipos de SU, os serviços de urgência polivalente (SUP), os serviços de urgência médico-cirúrgicos (SUMC) e os serviços de urgência básicos (SUB) (Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto). O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, dispondo de valências médicas diferenciadas e equipamentos especializados.

O SUP onde decorreu o estágio está estruturado em diferentes sectores: posto administrativo, posto de relações-públicas, posto de triagem, sala de espera de verdes/azuis, sala de espera de amarelos/laranjas, sala de tratamentos de enfermagem, sala de emergência (com quatro pendentes), inaloterapia, sala de decisão clínica (com lotação de sete doentes), sala de observações (com capacidade para nove doentes), área médica, área cirúrgica e 14 gabinetes médicos. Possui ainda o gabinete do enfermeiro gestor, gabinete do diretor clínico, sala de reuniões, duas copas; sala de sujos; duas salas de armazenamento de material de consumo clínico; uma sala de armazenamento de pertences e espólios de utentes; vestiários femininos e masculinos; instalações sanitárias para funcionários e instalações da VMER.

O SU possui acesso direto ao serviço de Imagiologia e ao serviço de diálise de agudos. Tem em presença física 24h por dia as valências de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia e clínica geral. O apoio de cardiologia e nefrologia é também 24h, no entanto não se encontra em presença física no SU. As valências de pneumologia e psiquiatria funcionam das 8h às 20h, todos os dias da semana. Neurologia está de permanência no SU das 8h às 0h, e fica de prevenção entre as 0h e as 8h apenas para as situações de Via Verde (VV) do Acidente Vascular Cerebral (AVC). De segunda a sexta-feira há o apoio de oftalmologia, otorrinolaringologia e gastroenterologia das 8h às 20h.

Dá resposta a uma população com idade igual ou superior a 18 anos, sendo que a urgência pediátrica funciona numa ala contígua à urgência geral. É ainda o centro de Trauma de referência de toda a região.

A equipa multidisciplinar é composta pela equipa médica de diferentes especialidades, equipa de enfermagem que integra 72 enfermeiros (30 dos quais, especialistas em enfermagem médico-cirúrgica); equipa de assistentes operacionais, técnicos de cardiopneumologia, pessoal administrativo, relações-públicas e seguranças.

A distribuição da equipa de enfermagem é de 12 elementos no turno da manhã e tarde, e 9 elementos no turno da noite. Ao fim de semana os turnos da manhã e da tarde têm menos um elemento.

O plano de trabalho é realizado pelo Enfermeiro Gestor, este é ponderado e refletido de forma a garantir a utilização dos recursos de forma eficaz. O fato de alocar os enfermeiros a uma área específica durante o turno garante uma prestação de cuidados mais eficaz, pois permite ao enfermeiro ter um conhecimento mais aprofundado do doente a seu cargo e assegura a continuidade dos mesmos. Relativamente à metodologia de trabalho, é utilizada a metodologia de trabalho individual, no entanto, o espírito de entreajuda e colaboração entre a equipa está constantemente presente, quer para permitir a resposta em tempo útil, quer pela alta complexidade de certas situações.

A triagem dos doentes é realizada pelo enfermeiro com base na Triagem de Manchester, que atribui uma cor de acordo com a prioridade da situação (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), sendo o vermelho emergente e o azul o não urgente. Existe ainda a cor branca que é atribuída a doentes que dão entrada no SU para tratamentos eletivos ou por indicação médica para reavaliação. Os doentes são depois alocados nos diferentes sectores conforme o grau de prioridade atribuído.

Está ainda implementado na triagem a ativação das VV de Sepsis, Coronária, AVC e Trauma, o que permite uma maior celeridade no tratamento destes doentes, sendo de imediato alocados à SE.

2. Análise crítico reflexiva sobre a aquisição de competências

O EE possui um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, e demonstra um julgamento clínico e uma tomada de decisão de nível elevado. As competências especializadas resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

Os domínios das competências comuns do EE, segundo o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

“O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”, trata-se do primeiro enunciado na Carta dos Direitos dos Doentes (DGS, 2005). Este deve ser o princípio base de toda a intervenção do enfermeiro, a par com a honestidade. A informação deve ser honesta sem suprimir factos importantes. O constante evoluir de tecnologias e técnicas cada vez mais invasivas e mais agressivas que prolongam a vida levantam questões sensíveis. Durante o estágio procurei adotar uma atitude e forma de agir respeitante da dignidade da pessoa, da sua individualidade, intimidade, bem como da família, ao promover a sua inclusão nos cuidados quando possível, e ao fazer os esclarecimentos necessários e fazendo-me presente sempre que solicitado. Os princípios éticos como o respeito pela dignidade da pessoa, da sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspetivas de saúde, são inerentes aos cuidados da pessoa a vivenciar situações de doença. O princípio da beneficência e da não maleficência, tendo sempre em consideração o bem maior para o doente são a base da assistência em saúde, e dizem respeito ao promover o bem e não causar dano ou mal ao doente.

A perspetiva de que qualquer erro pode levar a lesões leva-nos a pensar e atuar de forma mais atenta. É por essa razão que experiência e competência, aliadas ao sentido crítico-reflexivo se traduzem em bons cuidados, seguros, responsáveis e justos. Como enfermeira, pautei a minha conduta no respeito pela pessoa, pelas suas vontades, individualidade, crenças e religião, e sempre que me deparei com doentes inconscientes ou desorientados – que não podem comunicar – nomeadamente em situações de emergência ou de falência orgânica, procurei manter a forma de agir, tendo em vista o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade.

A responsabilidade é uma das premissas chave, e é demonstrada, por exemplo, nas decisões que o enfermeiro toma e nos atos que pratica ou delega, no respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, responsabilidade na escolha esclarecida, através da aplicação do consentimento informado e responsabilidade no acompanhamento e encaminhamento da pessoa / família durante as diversas fases da vida ou no processo de doença. A responsabilidade reflete-se em variados aspetos, desde logo pelo cumprimento de horários, o assumir ações e atitudes, e o questionar outros sempre que existiam dúvidas, reconhecendo assim os limites das minhas competências e do meu papel. Fui sempre assídua, pontual e assertiva.

O doente é um ser individual e único, dotado de um conjunto de valores e crenças que têm de ser respeitados e valorizados, com direito à sua individualidade que tem de ser respeitada. Estas foram as premissas que guiaram a minha atividade. A intervenção do enfermeiro, muitas vezes em situações de stresse e emergência, onde o limiar entre a vida e a morte é muito ténue, deve ser sempre baseada numa tomada de decisão fruto da evidência, sustentada por conhecimentos e competências.

A pessoa em situação crítica não existe sozinha. Tem consigo a família, que vivencia alterações, por vezes drásticas e dramáticas dos seus padrões habituais e muitas vezes do seu próprio estado de saúde. É inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar da família. É igualmente da responsabilidade do enfermeiro que cuida da pessoa em situação aguda o apoio e acompanhamento da família.

As equipas que integrei demonstraram grande preocupação com a presença, esclarecimento e acompanhamento da família, integrando-a sempre que possível nos cuidados. Consolidei competências na assistência à pessoa e à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação de doença, bem como a sua inclusão nos cuidados. Aprimorei competências na admissão, colheita de dados ao doente ou família, e completei uma parte essencial do processo de enfermagem. A aplicação destes princípios salvaguarda a prestação de cuidados de saúde, com respeito pelo doente. A forma de agir das equipas em que me integrei e dos profissionais com quem contactei segue estes princípios, pelo que assentei e assimilei competências com base nesta prática de respeito pela pessoa.

No SU nem sempre é fácil conseguir assegurar na íntegra alguns dos que são os direitos fundamentais dos doentes, nomeadamente o direito à confidencialidade e respeito pela intimidade. Durante o estágio detetei lacunas a este nível, mais especificamente na área cirúrgica. Esta área não dispõe de sala de tratamento e dessa forma todas as intervenções têm de ser realizadas em corredor. Sendo claro que existe uma preocupação da equipa pelo respeito da intimidade do doente, encontram estratégias como a colocação de biombos, no entanto, nem sempre é suficiente.

No pré-hospitalar torna-se ainda mais difícil assegurar estes direitos, pela presença da família e/ou outras pessoas que não intervêm na assistência médica. São situações imprevisíveis, de grande stress emocional, onde nem sempre os familiares conseguem manter a clarividência. No entanto, foi claro o esforço de todos os elementos na salvaguarda da privacidade e direitos tanto do doente como da família/cuidador. Sempre que possível e desejado pela família/cuidador, esta foi integrada nos cuidados, e informada de todos os pormenores relativos ao seu familiar.

O aprimorar de competências ao nível das questões éticas e de responsabilidade advém da experiência, da relação quotidiana com a pessoa alvo dos cuidados, e resulta num aumento da capacidade de racionalizar, interpretar e decidir o melhor, de forma assertiva e empática, tendo em consideração as suas vontades, crenças e valores sempre baseado na evidência científica e no pensamento crítico-reflexivo.

A ética e a responsabilidade, princípios inerentes ao código deontológico dos enfermeiros, apresentam-se como a base do cuidar humanizado em enfermagem. Sendo os pilares da prática da profissão, tornam-se ainda mais evidenciados no cuidar especializado.

Assim, considero que as atividades desenvolvidas e os momentos de reflexão que ocorreram durante os estágios, me permitiram desenvolver e aprimorar competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Desde há vários anos que se fala da importância dos padrões de qualidade, e dos parâmetros definidos pela OE para tal, pois só assim se consegue verificar o reflexo na melhoria ou não dos cuidados de enfermagem. O conceito de qualidade tem evoluído ao longo do tempo e a sua importância é referida ao nível de várias instituições internacionais e nacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Conselho Internacional de Enfermeiros, Departamento de Qualidade em Saúde da DGS e a própria OE.

A qualidade não é tarefa fácil de definir, principalmente no âmbito da saúde, uma vez que este conceito é em grande parte subjetivo, tal como o próprio conceito de saúde. É importante assumir que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, por isso “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p. 6).

A gestão da qualidade é um domínio fulcral nas competências do EE. Este deve ser um dinamizador no desenvolvimento de estratégias de governação clínica e parte integrante nos programas de melhoria da qualidade dos cuidados, programas estes que ajudam à criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros.

Não é fácil estar desperto, ter tempo para analisar e dedicar-se a programas, ou intervenções que visem a gestão da qualidade, principalmente em serviços tão específicos e complexos como o SU, ou o SMI, onde o número de doentes para prestar cuidados é imprevisível, ou doentes altamente exigentes que consomem grande parte do tempo disponível. No entanto, em contexto de SU procedi à realização da check-list pré-operatória, à verificação dos carros de emergência, e verificação/preparação da SE. Em contexto de SMI pude efetuar auditorias internas no âmbito da higienização das mãos, utilização correta das luvas, feixe de intervenção relacionado com a pneumonia associada à ventilação, colocação e manutenção de cateter arterial e cateter venoso central, assim como, cateter urinário. Pude igualmente realizar o check-list dos carros de emergência do SMI. No pré-hospitalar realizei igualmente o check-list do material presente na ambulância SIV e na VMER, e verificações operacionais dos diversos equipamentos.

Durante o estágio no SU foi possível denotar as dificuldades existentes na organização da comunicação durante as passagens de turno, e neste contexto, foi-me proposto integrar um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da comunicação eficaz na transição de cuidados, o que veio a definir o tema do meu trabalho de investigação.

É difícil analisar as práticas na vertente de resultado de forma individual, uma vez que o doente não permanece nestes serviços durante um período que torne exequível esta análise, contudo, os resultados são avaliados de forma coletiva, por exemplo, na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. O doente crítico, devido à sua instabilidade precisa de cuidados imediatos e de uma vigilância intensiva. Em qualquer um dos campos de estágio onde realizei o estágio, a existência de protocolos e de normas potenciaram a uniformidade no cuidar, a distribuição de funções e a verificação de todo o material que é necessário ao doente, o que promove uma maior organização do serviço e dos cuidados, minimiza o erro e contribui assim para a qualidade.

Quando se “gere” para a qualidade dos cuidados, tudo deve ser previsto. Ao longo do estágio tive oportunidade de analisar e aplicar vários protocolos, alguns mais específicos e outros mais conhecidos do meu quotidiano de trabalho no SU. No dia a dia de trabalho a qualidade é assegurada pela confirmação diária, e sempre que se justifique, através de check-list e da reposição de material clínico e farmacológico que se prevê que possa ser utilizado.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados. O contacto estreito entre os profissionais e a comissão de controlo de infeção permite uma atualização constante dos procedimentos e das normas. Concomitantemente com a atualização, urge lembrar, em contexto de prática diária, que deve ser realizado por todos os profissionais entre si, mas principalmente pelos EE que detêm competências específicas para tal. A gestão da qualidade engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, ao doente, e aos profissionais. O processo de enfermagem sustenta a prática dos enfermeiros e consiste na “história” do doente. Desde a admissão, com a avaliação inicial, a formulação de diagnósticos de enfermagem, de intervenções, a sua implementação e posterior execução, todas as etapas deste processo são a base para a avaliação da qualidade dos cuidados. “Bons” cuidados devem ser refletidos em “bons” registos, e sobretudo na qualidade de cuidados. Não podemos argumentar que temos qualidade de cuidados e que temos ganhos em saúde se não documentarmos as nossas intervenções e resultados. O EE, como dinamizador, deve estimular a equipa na realização de registos sempre atualizados e pertinentes ao nível do processo de enfermagem, por forma a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado. A avaliação da qualidade depende do conhecimento e da análise dos cuidados de enfermagem, nomeadamente de todo o seu processo, desde a avaliação inicial até à avaliação dos resultados obtidos.

Como futura EE, tive contacto com todo o processo do doente, adotei uma postura crítica na atualização e estruturação do mesmo e avaliei os resultados das intervenções implementadas sempre que possível. Só com uma noção estreita de todo o processo de enfermagem conseguimos ver a sua importância na promoção do bem-estar do doente. A criação de um ambiente terapêutico seguro é uma das áreas de incidência das competências do EE. Contudo, um doente em estado crítico, com instabilidade

hemodinâmica precisa de cuidados mais constantes e presenciais que um outro doente em enfermaria. Isto leva-nos a pensar em dotações seguras e rácios de enfermeiros. Um problema que já não é novo e com a crise económica tende a agravar. É também função do EE intervir na dinâmica dos cuidados, organizar e distribuir os enfermeiros pelos doentes e pelos cuidados necessários. Frequentemente, em casos de situações imprevistas do serviço era o elemento mais experiente, por norma o responsável de turno, que organizava e orientava a equipa, de forma a garantir a continuidade de cuidados sem descuidar a qualidade dos mesmos. Tive oportunidade de colaborar com os responsáveis de turno na sua organização.

Ao EE é também exigida atenção redobrada e dedicação à formação em serviço, deve potenciar as capacidades e competências individuais de cada um, e promover a sua partilha com a equipa. O EE deve estimular a equipa, de forma global ou individual, para a participação e elaboração de normas e protocolos que uniformizem os cuidados. Assim, foi realizada uma ação de formação sobre a metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) a implementar no SU, e também integrei um grupo de trabalho para a elaboração de uma norma interna de serviço sob o tema da comunicação segura na transição de cuidados de enfermagem.

Domínio da gestão dos cuidados

A gestão está implícita nos cuidados de variadas formas, potencia a qualidade dos mesmos, ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. Engloba estratégias e normas que potenciam os cuidados de saúde e a prestação dos enfermeiros.

Os profissionais de saúde assumem-se como entidades eficazes, ou seja, profissionais cuja prestação de cuidados e serviços atinge as metas e resultados preconizados, no máximo bem-estar e satisfação do doente. Mas é também exigido que sejam eficientes, fazendo mais com os mesmos recursos, ou fazendo o mesmo, com o mínimo indispensável, combatendo o desperdício. É assim importante desenvolver, a nível individual, estratégias e competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, e potenciem a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

Trabalhar em contexto de doente crítico exige tais competências. Tentar fazer o melhor, atingir o objetivo das suas intervenções, no menor espaço de tempo, e com o mínimo de recursos possível. Assim, tentei desenvolver as competências já adquiridas mais dirigidas à gestão, e otimizar competências ao nível do processo de cuidados e ao nível da tomada de decisão.

A gestão dos cuidados é transversal à prestação de cuidados por todos os enfermeiros, contudo, as competências adquiridas dotam o EE de mais formas e meios de lidar com as mais diversas situações imprevisíveis. Desta forma, desenvolvi competências e conhecimentos que me permitissem uma gestão de cuidados, que potenciam a excelência dos mesmos, sem descuidar a evidência científica.

O EE, para além da gestão dos seus cuidados disponibiliza assessoria aos restantes enfermeiros, bem como ao enfermeiro gestor, caso necessário. É uma ponte entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, colabora nas decisões em equipa e negocia soluções e intervenções.

É o EE que assume a função de responsável de turno, trata de questões burocráticas como pedidos de farmácia e material extra, entre outros. Ao longo do estágio colaborei com o responsável de turno, realizei pedidos extra necessários, como o arranjo de equipamentos, pedidos de farmácia e alimentação.

Nessas intervenções, o EE tem de estabelecer e selecionar recursos materiais e humanos, tendo em consideração aspetos teóricos, individuais do doente, disponibilidade de materiais e muitas vezes o custo desses materiais. Por isso a gestão dos cuidados, está inerente à profissão de enfermagem. Contudo, à medida que crescem competências, aumentam responsabilidades. Daí o EE ser responsável e dinamizador da gestão de cuidados mais globais, dentro da equipa.

Domínio das aprendizagens profissionais

Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e nos desenvolvemos como pessoas e como profissionais. O EE deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, basear a sua prática numa base científica sólida e documentada, e deve transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2009).

A constante evolução ao nível tecnológico nas áreas da saúde e a inesperada produção sistemática de novas evidências exige um constante acompanhamento dos novos conhecimentos e um aprimorar de competências. Só assim é possível prestar cuidados atuais de forma segura e competente. A prática de enfermagem deve ser sempre baseada na competência do saber ser e saber fazer, mas também do saber saber e saber estar. O EE deve desenvolver competências que lhe permitam enriquecer o seu nível de conhecimentos, pois só assim baseia a sua prática especializada em sólidos e válidos padrões de cientificidade. É requerido ao EE que, através das suas competências, influencie de forma positiva e construtiva a equipa, seja motivador e esclarecedor, gira conflitos, partilhe experiências e estimule a formação e a aprendizagem individualizada.

Os serviços onde se desenrolaram os estágios são locais onde existe tecnologia diversificada para cuidar e tratar de doentes em situação crítica. Aos profissionais que aí trabalham exigem-se competências acrescidas para manusear e utilizar corretamente estes dispositivos e executar técnicas. Existem conteúdos de aprendizagem que podemos facilmente adquirir e apreender através da pesquisa, da discussão com um elemento da equipa e da experimentação. Contudo, existem outros, que só mesmo a experiência consegue colmatar e fica sempre a sensação de que se poderia ter feito melhor ou de outra forma. Falar de aprendizagem não é falar apenas de aquisição de conhecimentos e conceitos. É aprender a estar atento e desperto para problemas ou potenciais problemas, é assumir o exercício do pensamento crítico-reflexivo e atuar atempadamente no sentido de prevenir o dano.

Intrinsecamente ligado ao facto de cuidar da pessoa em situação crítica está a necessidade de rapidez de atuação, pois da celeridade da resposta proporcionada depende um desfecho mais ou menos positivo. O facto de lidarmos com situações de risco de vida iminente, onde a instabilidade hemodinâmica dos doentes é uma constante e o número de aspetos que temos de pensar e analisar ao mesmo tempo é grande,

provoca um elevado nível de stress profissional, podendo dar origem, caso não existam mecanismos de escape, a cansaço, sentimentos de impotência, impaciência e frustração.

Ao longo dos estágios vivenciei variados momentos de emergências médicas e trauma e tive oportunidade de poder contribuir com a minha experiência e conhecimento no atendimento destes doentes, assim como adquirir muitos outros conhecimentos e competências para um melhor cuidar. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais assegura práticas seguras, de qualidade e contribui para um desenvolvimento profissional e pessoal. O aparecimento, cada vez mais frequente, de doenças graves com início súbito e de doenças crónicas que agudizam, bem como o aumento do número e da gravidade dos acidentes e das situações de violência e de catástrofe, conduzem à deterioração rápida e progressiva das funções vitais de um órgão, ou sistemas de órgãos, o que leva a uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade.

Como consequência desta necessidade de cuidados de saúde é emergente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, detenham competências e capacidades para lidar com este tipo de doentes, em concordância com as competências comuns e específicas do EE explanadas ao longo deste relatório.

Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

A pessoa em situação crítica é o alvo dos cuidados do enfermeiro na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Considera-se pessoa em situação crítica aquela cuja falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais ameaçam a sua vida, e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e contínuos, de acordo com as necessidades afetadas, de modo a manter as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades, com objetivo de recuperação total (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho de 2018).

As competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº429/2018, de 16 de Julho de 2018, p.19359).

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Os SMI são um local onde é essencial o domínio das competências teóricas e o conhecimento aprimorado da manipulação e manuseamento dos diversos equipamentos existentes. Possui características muito específicas, onde o grau de

exigência e diferenciação dos profissionais se mostra essencial. Pelo referido anteriormente, foi sentida necessidade de aprofundar conhecimentos, com recurso à revisão de conteúdos abordados ao longo da componente teórica do curso de mestrado e pesquisa bibliográfica acerca dos temas com menor domínio.

As novas tecnologias na área da medicina têm um papel fundamental na abordagem e estabilização do doente crítico, no entanto, não podemos basear-nos apenas em equipamentos e números. É necessária uma avaliação holística do doente, compreender as respostas fisiológicas e psicológicas, ou seja, um processo de tomada de decisão bem fundamentado, adaptado às necessidades individuais de cada pessoa.

Ao longo do estágio foi desenvolvida a capacidade de analisar e interpretar os dados e valores, relacionar esses resultados com as disfunções presentes ou potenciais, hierarquizar intervenções, de modo a estabelecer um equilíbrio entre a tecnologia e a observação do doente ao nosso cuidado.

Contactei com doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), Ventilação mecânica Não Invasiva (VNI) e Oxigenoterapia por cânulas Nasais de Alto Fluxo. Foi possível aprender as suas diferenças, distinguir os diferentes modos respiratórios, quais os cuidados inerentes a cada uma delas e as suas indicações terapêuticas.

Foi possível adquirir competências na prestação de cuidados à pessoa submetida a Técnica de Substituição Renal Contínua (TRSC), técnica que me era desconhecida até então. As técnicas utilizadas no serviço durante o estágio foram a Hemodiafiltração venovenosa contínua e a Hemofiltração venovenosa contínua. Tive a oportunidade de preparar o aparelho de diálise, adaptar a pessoa à TRSC, vigiar monitorização hemodinâmica durante o processo e realizar técnicas de aquecimento devido ao risco de hipotermia. No final da técnica desadaptava a pessoa do equipamento e prestava os cuidados necessários ao cateter de diálise.

Tendo em conta que a maioria dos doentes se encontrava submetido a ventilação mecânica, ou cuja capacidade de comunicação verbal se encontrava comprometida pela presença de prótese ventilatória, foi necessário encontrar estratégias facilitadoras da comunicação de forma a conseguir estabelecer com o doente uma relação terapêutica eficaz. Considero que fui capaz de estabelecer uma relação terapêutica, não só com a pessoa em situação crítica, mas também com a família/cuidador, ajudei a desenvolver estratégias para enfrentar a situação e favorecer transições satisfatórias, e permiti criar condições para ultrapassar os efeitos perturbadores do internamento do seu familiar no SMI.

Outra característica a ter em conta na gestão do doente crítico é o controlo rigoroso da dor. O principal objetivo da sedação e analgesia é a de promover o conforto do doente e evitar as consequências que podem advir de um processo de dor não controlado, nomeadamente, as alterações hemodinâmicas, alterações no processo de coagulação, alterações no consumo de oxigénio a nível tecidual, o aparecimento de delirium, entre outras, que no doente já instável pode ter consequências nefastas. É fundamental que as equipas estejam devidamente treinadas para o reconhecimento e avaliação da dor assim como avaliar o estado de sedação do doente. No que respeita à avaliação da dor, preferencialmente, esta é realizada com recurso a um método de autoavaliação, onde

o próprio doente avalia a sua dor, dada a subjetividade inerente a este processo. No entanto, no SMI este cenário pode ser difícil. No caso de o doente se encontrar submetido a ventilação mecânica e não poder expressar a sua dor, deve ser utilizada uma escala comportamental. Assim, na prestação de cuidados a doentes sob sedação e ventilação mecânica, aprendi a recorrer sistematicamente ao uso da escala comportamental da dor. De acordo com os valores obtidos foram implementadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas de forma adaptada, com uma gestão diferenciada da dor da pessoa em situação crítica.

Relativamente à avaliação da sedação era utilizada a escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale), efetuada várias vezes durante o turno e após cada avaliação eram revistas as intervenções implementadas e avaliados os seus resultados

As patologias/problemas mais frequentes encontradas no SMI, foram, politraumatismos, doentes com pneumonia pós sars-cov2, doentes com choque séptico com pontos de partida urinário, respiratório, e doentes no período pós-operatório de cirurgia major. Em qualquer uma das situações, identifiquei as necessidades de cuidados da pessoa e prestei os cuidados de enfermagem de forma sistematizada, planeei, executei e avaliei os resultados dos mesmos, segundo as etapas do processo de enfermagem, aperfeiçoei competências científicas, técnicas e relacionais. Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Relativamente ao estágio no SU tive a oportunidade de desempenhar funções em todas as áreas do SU, com maior incidência na SE. A SE é da responsabilidade da equipa de enfermagem do SU sob a alçada dos médicos intensivistas. Por turno é designado um enfermeiro responsável pela SE, um médico intensivista e um assistente operacional.

Os enfermeiros alocados à SE requerem uma formação mais específica e têm um perfil de competências avançadas, das quais se destacam a formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), suporte avançado de trauma, abordagem ao doente crítico, estes combinam um conjunto de saberes, comportamentos, atitudes e performance que garantam a eficiência das intervenções. São admitidos na SE doentes triados com prioridade vermelha ou laranja no caso específico de alergias e queimaduras, VV e doentes com necessidade de suporte orgânico, nomeadamente com necessidade de via aérea avançada, necessidade de ventilação invasiva ou não invasiva com critérios de instabilidade, suporte aminérgico e/ou estimulação elétrica (pacemaker).

A verificação geral da SE é realizada diariamente no turno da manhã ou após utilização, segundo uma check-list, o que permitiu aperfeiçoar competências como futura EEEMC, bem como consolidar os conhecimentos no âmbito da manipulação de material e equipamentos, nomeadamente ventiladores, ventiladores não invasivos, monitores e desfibriladores, sistema de compressão torácica automática, material de consumo clínico e medicação.

Foram múltiplas as intervenções realizadas na SE, e não sendo possível fazer referência a todas, destaco a intervenção em situações de broncofibroscopia, laringoscopia, abordagem da via aérea difícil, cardioversões químicas e elétricas, colocação de linha arterial, cateter venoso central e entubação sequencial rápida.

Demonstrei conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia, administração de drogas, nomeadamente no protocolo de fibrinólise, suporte aminérgico, protocolos de correção iónica. Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e posterior vigilância dos protocolos terapêuticos complexos, situações de paragem cardio-respiratória (PCR) onde pude intervir e mostrar conhecimentos e habilidades em SAV.

Os estágios desenvolvidos na VMER e ambulância SIV, apesar de poucas ativações, proporcionaram a oportunidade de assistir a procedimentos e participar na realização de intervenções de enfermagem, que assumem uma dimensão diferente por se tratar do contexto pré-hospitalar. De forma a conseguir assumir uma postura participativa durante o estágio, procurei reunir conhecimentos acerca da prestação de cuidados de emergência e os protocolos utilizados no pré-hospitalar. A atuação da ambulância SIV processa-se em dois níveis distintos, protocolos SIV que podem ser implementados de imediato pelos elementos da equipa (enfermeiro e TEPH) e as ações que carecem de validação por parte do médico regulador. As equipas de VMER, apesar de tripuladas por médico e enfermeiro, regem-se igualmente por protocolos, nomeadamente, protocolo de PCR no adulto, PCR na criança, dispneia, trauma, obstrução da via aérea, queimaduras, hemorragia, traumatismo crânio encefálico, entre outros. Pude em ambos os meios realizar a avaliação primária à vítima de acordo com a abordagem sistematizada ABCDE, identificar prontamente focos de instabilidade, intervir atempadamente e transmitir as informações relevantes, realizar a check-list das cargas, quer da VMER quer da ambulância SIV e colaborar nos registos pela plataforma de ligação com o CODU.

Nas situações em que a vítima foi transportada para o hospital, foi-me concedida a oportunidade de realizar a passagem de dados ao colega da triagem, de acordo com a metodologia ISBAR, assim como recomendado pelo INEM.

As situações presenciadas em que se encontrava presente a família, ou conhecidos da vítima assumiram contornos muito particulares, especialmente em contextos onde o óbito foi declarado no local. Assim, a comunicação assumiu um papel preponderante na gestão destas situações. A notificação da morte é um momento altamente stressante e que ficará gravado nas suas memórias, por isso, o profissional que o faz deve ter particular atenção na forma como transmite essa informação.

O contato com as equipas do pré-hospitalar permitiu-me desenvolver competências não técnicas que são essenciais em todos os níveis, mas que assumem um papel fundamental neste contexto, nomeadamente a liderança e o trabalho em equipa. O trabalho em equipa, a dinâmica interprofissional, não só dentro da equipa, mas com os restantes intervenientes na ocorrência (SIV, bombeiros, polícia, guarda nacional republicana, entre outros...) é peça chave para conseguir obter informações relevantes acerca da vítima e assim conseguir de forma eficaz definir o plano de atuação mais adaptado. As equipas de pré-hospitalar são confrontadas a situações complexas e apesar do apoio que pode ser prestado à distância, no local, são elas o meio diferenciado, é sobre elas que recai toda a responsabilidade, aos olhos da população são elas as responsáveis do possível desfecho daquela situação. Isso exige destes profissionais uma elevada capacidade de reflexão, de competências técnicas e relacionais desenvolvidas, de forma a conseguirem assumir quaisquer situações com

as quais são confrontados, dessa forma, considero que a presença do EEEMC neste contexto deveria ser uma obrigatoriedade.

Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O contacto com situações emergentes deu-se maioritariamente na SE, esta área destina-se a utentes de carácter emergente e que requerem um nível exigente, qualificado e especializado de cuidados, uma vez que é o local onde se contacta com os doentes mais instáveis, quer provenientes do exterior (normalmente transportados pela ambulância SIV, ou pelos bombeiros com apoio da VMER), quer de doentes que já se encontram alocados a outras áreas do SU, ou internados em outros serviços, e cujos problemas impõem uma intervenção emergente em contextos de risco de vida iminente ou défice funcional grave, em suma, nesta área é feita uma abordagem mais evidente ao doente crítico ou potencialmente crítico.

Particpei de forma ativa nos cuidados a doentes críticos com diferentes patologias, pondo em prática os conhecimentos adquiridos na teoria, realizei pesquisa bibliográfica atual e absorvi também os conhecimentos dos colegas enfermeiros especialistas. Realizei a abordagem ABCDE ao doente politraumatizado, doente com insuficiência respiratória aguda com necessidade de VNI ou VMI, doentes em choque (sético, hemorrágico, anafilático), doentes vítimas de intoxicação, estado de mal epilético, alterações de ritmo cardíaco nomeadamente bradicardias iatrogénicas ou taquidissritmias, doentes vítimas de AVC e doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM).

Catástrofe é definida pela OMS como “qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas, a uma escala que justifique uma mobilização excepcional de auxílios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida” (Lopes, 2021). Esta mesma definição é encontrada na Lei de Bases da Proteção Civil, Decreto-Lei n.º 27/2006. Em Portugal a situação de catástrofe é rara, no entanto é frequente a existência de situações de exceção. Entende-se como situação de exceção, as situações onde se verifica de “forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (Lopes, 2021).

Ao longo dos estágios, não podendo aplicar no contexto da prática os procedimentos em situação de catástrofe e exceção, encontrei estratégias para poder consolidar e reforçar os conhecimentos relacionados com a temática. Revendo todos os protocolos/procedimentos a implementar nos serviços nestas situações. Revi igualmente o armário onde está armazenado todo o material necessário para intervir em situações de catástrofe, nomeadamente, os rádios de comunicação, lanternas, coletes de identificação, planos de evacuação, contactos telefónicos e todos os documentos e etiquetas para efetuar a triagem em catástrofe.

Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Em cada campo de estágio foram consultados os protocolos existentes relativos à prevenção e controlo de infeção, assim como as indicações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

Os meios invasivos de diagnóstico e tratamento para a manutenção das funções vitais, usados nos SMI, bem como a própria condição clínica da pessoa em situação crítica ou em falência orgânica, predis põem o aumento do risco de infeção.

A higienização das mãos nos cinco momentos, a utilização correta das luvas e o respeito rigoroso dos feixes de intervenção associados à pneumonia associada à ventilação, colocação e manutenção de cateter arterial e cateter venoso central, e colocação e manutenção de cateter vesical são fundamentais para evitar as IACS.

Durante o estágio foi possível encontrar algumas das razões que potenciam o aumento da transmissão cruzada de microrganismos no SU. As características próprias do SU, a sobrelotação de doentes nas salas de espera, o acumular de macas nos corredores sem distância de segurança entre elas, são fatores que influenciam negativamente a ocorrência deste tipo de eventos. O SU juntamente com o grupo de coordenação local do PPCIRA desenvolvem com frequência, auditorias no sentido de identificar situações que carecem de medidas corretivas de forma a assegurar o controlo da infeção. Foi possível rever os protocolos aplicados no serviço, que se encontram disponíveis e de fácil acesso na intranet da instituição, relativos à prevenção da infeção em uso no serviço, assim como a articulação do SU com o PPCIRA na gestão dos isolamentos de doentes e posterior alocação no internamento com o objetivo de quebrar a cadeia de infeção. Foi possível constatar que é uma preocupação dos colegas, que mesmo em situações de emergência, onde a preocupação central do enfermeiro é a de restabelecer a estabilidade hemodinâmica do doente, que as normas e condições de assepsia são respeitadas, nomeadamente para procedimentos como a colocação de linha arterial, cateter venoso central, cateterismo vesical e colheita de espécimes. Numa nota particular relativamente à pandemia por sars-cov2, o SU dispõe de várias ilustrações alusivas à colocação e remoção do equipamento de proteção individual, os gabinetes de isolamento encontram-se devidamente assinalados, os circuitos do doente infetado por sars-cov2 devidamente sinalizados e em específico na SE, foi criado um armário que contém todo o material necessário para a abordagem ao doente suspeito ou confirmado com infeção por sarscov2.

Em relação ao estágio em meio pré-hospitalar, ficou bem claro a dificuldade em cumprir todos os procedimentos de prevenção e controlo da infeção na rua. No entanto, foi sempre cumprido o uso de luvas e o cuidado na sua utilização e remoção quando necessário, assim como a desinfeção das mãos com solução alcoólica presente na carga sempre que possível. Depois de cada ativação e utilização da ambulância SIV, o habitáculo e todo o material utilizado (como por exemplo o monitor, plano duro, maca) eram higienizados e desinfetados. O mesmo acontecia com o material utilizado pelos tripulantes da VMER.

3. Considerações finais

O processo de desenvolvimento das competências do EEEMC envolveu pesquisa, análise, reflexão e incorporação de todos os conhecimentos adquiridos na prática clínica, sempre com o intuito de uma prestação de cuidados de qualidade, e uma resposta eficaz a fenómenos complexos.

Ao longo do estágio, a minha prática foi exercida tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em médico-cirúrgica: satisfação do doente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos e segurança nos cuidados especializados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE são uma prioridade, pois constituem um referencial para a prática clínica especializada, reflexão sobre o exercício profissional e criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. (Regulamento nº361/2015).

Neste relatório foram evidenciadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que permitiram alcançar os objetivos previamente definidos para a obtenção das competências comuns do EE, e também, as competências específicas do EEEMC à Pessoa em Situação Crítica.

Julgo ter demonstrado a evolução na aquisição de conhecimentos, assim como, o desenvolvimento de um raciocínio crítico-reflexivo que me permitirá dar resposta a problemas complexos nos diferentes contextos na minha área de especialização.

Para continuar o meu percurso na dignificação da Enfermagem como profissão e disciplina científica, é essencial a integração em trabalhos de investigação e a sua divulgação, para uma prática de cuidados baseada nas mais recentes evidências científicas. Assim, para dar resposta a este último objetivo, foi desenvolvido um trabalho de investigação, com intervenção em serviço, com o tema “Comunicação eficaz na transição de cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, no serviço de urgência – Implementação da Metodologia ISBAR”, que se descreve nos próximos capítulos.

Capítulo II – Investigação

Introdução

A segurança dos doentes nos serviços de saúde sempre foi uma preocupação dos gestores em saúde. Com o nível crescente de utentes que os serviços de saúde atendem, e mais especificamente, de pessoa em situação crítica, a implementação de estratégias de otimização de gestão de recursos humanos, no sentido de economizar com custos de pessoal, assim como a necessidade de certificar a qualidade dos serviços, que começa a ser exigida em alguns setores, leva a que se tenha que atender a todos os aspetos que possam comprometer a qualidade dos serviços prestados, e a segurança do doente (Spooner et al., 2016).

Um dos aspetos que pode comprometer a segurança dos doentes, nomeadamente os doentes em situação crítica, é a qualidade da informação, nos momentos e contextos de transferência de cuidados, entre profissionais responsáveis por eles. Essa transferência pode ser ao nível do serviço, na passagem de turno, em que o doente permanece, mas o enfermeiro responsável por ele é que muda (Toren et al., 2022), ou uma transferência do doente. Essa transferência do doente, por sua vez, pode ser intra-hospitalar, se o doente necessita de ir a outro departamento de um hospital realizar exames ou procedimentos médicos, ou inter-hospitalar, perante a necessidade de transportar o doente para outro hospital, habitualmente devido à necessidade de cuidados mais diferenciados (Eiding et al., 2019). A questão central da transferência, seja de que tipo for, relaciona-se com a eficácia da comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos da equipa multidisciplinar (Haddeland et al., 2022).

A passagem de turno de enfermagem é um momento de responsabilidade e responsividade, no processo cuidativo ao doente, onde informação relevante tem de ser comunicada de forma precisa e clara, de maneira a assegurar a continuidade de cuidados e a segurança do doente. A comunicação deficitária e a inexistência de um formato estruturado de transmissão de informação, são alguns fatores que contribuem para a ocorrência de omissões ou alguma confusão no uso da palavra de quem está no ato de transmissão de comunicação, para os enfermeiros a chegar ao serviço, e que poderão desencadear incidentes, que podem colocar em risco o cuidado ao doente (Vinu & Kane, 2016; Pakcheshm et al., 2020).

A especificidade do SU, - pela elevada afluência de doentes e a gravidade da situação clínica de muitos destes -, origina inúmeros desafios para o desenvolvimento e aplicação da comunicação eficaz na transição de cuidados (Thomson et al., 2018).

No exercício da sua profissão, compete ao Enfermeiro assegurar a continuidade de cuidados, registar todas as observações e intervenções realizadas. Podendo este ser substituído, apenas quando aquele que o substitui possuir toda a informação necessária para assegurar com qualidade e segurança a continuidade de cuidados ao doente sob sua responsabilidade (Lei nº156/2015, de 16 de setembro).

A prestação de cuidados especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida da pessoa, com recurso à conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção que atendam às

necessidades das pessoas alvo dos seus cuidados. O contínuo desenvolvimento técnico e científico dos cuidados de saúde exige que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) desenvolva a prática baseada nas mais recentes evidências, integradora de projetos de formação, de assessoria e investigação, de modo a atualizar conhecimentos e desenvolver competências na sua área de especialização (OE, 2017).

O Enfermeiro Especialista (EE) “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019, p.4747). Este deve avaliar as práticas clínicas com base na evidência científica e normas instituídas, planear e liderar programas de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019).

Face ao exposto, surgiu o planeamento deste projeto de investigação-ação, que emerge dos pressupostos apresentados e se materializa através de uma intervenção em serviço, cuja metodologia e desenvolvimento se priorizam da seguinte questão de investigação “Qual a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a informação transmitida nas passagens de turno?”. Esta triangulação de reflexões, necessitou ser selecionada uma metodologia de desenvolvimento, numa sequência de ações progressivas e desencadeadas, em função da pertinência e da finalidade, ao longo de 3 momentos cronológicos, para em cada um, poder ser seletiva e sucessivamente aceder aos atos metodológicos, aos respetivos dados e resultados. Assim, foram formulados um conjunto progressivo e assertivo de objetivos, que darão perspetiva ao desenvolvimento deste processo, para servir de condução orientadora do processo metodológico global e dos sucessivos processos metodológicos parcelares.

Partindo desta clarificação, e em resposta à questão processual e metodológica colocada, apresentam-se os objetivos específicos conforme o respetivo momento cronológico específico:

Primeiro momento cronológico

1. Conhecer a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra de enfermeiros do SU, de um Hospital do Norte de Portugal, que cuidam da pessoa em situação crítica.
2. Reconhecer a perceção da amostra relativamente, à auto e hétero comunicação emitida e recebida, durante a passagem de turno entre enfermeiros do SU, de um Hospital do Norte de Portugal, que cuidam da pessoa em situação crítica.
3. Reconhecer a relação entre a atribuição de significado de comunicação de eventos na passagem de turno e a perceção acerca do conhecimento científico.
4. Conhecer a relação entre o perfil de atribuição de significado e as variáveis sociodemográficas.
5. Conhecer a relação entre as problemáticas e constrangimentos da passagem de turno e as características sociodemográficas.

Segundo momento cronológico

6. Fazer um diagnóstico de situação comunicacional atual, como procedimento habitual, entre enfermeiros do SU, de um Hospital do Norte de Portugal, que cuidam da pessoa em situação crítica.
 - 6.1. Aplicar o Guia de Observação (Anexo IV), para recolha de dados de comunicação.
 - 6.2. Reconhecer as características da comunicação habitual, observadas em Guia de Observação.
 - 6.3. Avaliar a qualidade da informação transmitida na comunicação, nas passagens de turno de enfermagem.

Terceiro momento cronológico

7. Reconhecer o nível de comunicação em passagem de turno com aplicação da técnica ISBAR, como procedimento a implementar, entre enfermeiros do SU, de um Hospital do Norte de Portugal, que cuidam da pessoa em situação crítica.
 - 7.1. Aplicar o GO (Anexo IV), com aplicação da técnica ISBAR, para recolha de dados de comunicação.
 - 7.2. Reconhecer as características da comunicação com aplicação da técnica ISBAR, observadas através do GO.
 - 7.3. Avaliar a qualidade da informação transmitida na comunicação com aplicação da técnica ISBAR, nas passagens de turno de enfermagem.
8. Analisar estatisticamente os valores relativos às diferenças na comunicação, entre o procedimento considerado habitual e a comunicação baseada na técnica ISBAR -, entre enfermeiros do Serviço de Urgência Geral de um Hospital do Norte de Portugal (SUGHNP), que cuidam da pessoa em situação crítica.

O projeto de investigação, cujo relatório aqui se apresenta, insere cinco capítulos. No primeiro capítulo, encontra-se a abordagem de pesquisa bibliográfica que dá o construto teórico para os conceitos a seguir em análise, iniciando pelo objeto de estudo, ou seja, a variável dependente que se pretende estudar: a comunicação, qualidade e estrutura, seguida da segurança do doente, suas características e mais-valia para a qualidade dos cuidados procurando ir ao encontro dos objetivos que inserem o primeiro momento cronológico. Finalmente e ainda em construto, aborda-se o conceito estrutura e características da metodologia ISBAR, sua estrutura legal, logística e pertinência para aplicação, e que fundamenta teoricamente o segundo e terceiros momentos cronológicos.

O segundo capítulo, expõe a metodologia, a partir dos objetivos formulados, que para assegurar a sua consecução, se integram nos três tempos sucessivos já apresentados, e que, ao longo do texto de metodologia, inserem os respetivos procedimentos, os diferentes e sucessivos instrumentos de recolha de dados selecionados e aplicados à amostra, os testes estatísticos para estudo das análises estatísticas das respetivas variáveis, sendo no fim apresentados os elementos relativos aos componentes deontológicos e éticos que devem assegurar este percurso de investigação ação a partir de uma amostra em saúde e em contextos de saúde.

No terceiro capítulo apresentam-se os resultados, que para facilitar a leitura e compreensão do leitor, se expõem em tabelas estrategicamente colocadas em respeito pela sequência dos momentos cronológicos, e de acordo com os objetivos formulados em cada momento.

No quarto capítulo apresenta-se a discussão dos resultados que e ainda, para facilitar a compreensão das análises comparativas, se expõem em sequência e inseridas nos momentos cronológicos que dizem respeito às ações donde emergiram os resultados, e de acordo com os objetivos formulados em cada momento.

Por fim, as Conclusões encerram este relatório de investigação-ação, apresentado os Objetivos e os respetivos resultados, com uma breve abordagem final à pertinente implementação de formação em enfermeiros, que os cuidadores necessitam e os utentes merecem.

1. Enquadramento teórico

No domínio da organização e gestão hospitalar, a problemática da eficácia da comunicação nas passagens de turno assume particular pertinência, pois é um procedimento que acontece três vezes por dia, envolve subequipas completas. Pequenos erros na comunicação, em algum momento dessas passagens de turno, podem ter um efeito exponencial se multiplicados pelo número de profissionais envolvidos e pelo número de passagens de turno (Hou et al., 2019).

Ainda que esses erros comunicacionais entre os profissionais de saúde, omissivos ou interpelativos, assumam fraca pertinência, há evidências que sugerem ser responsáveis por atrasos no diagnóstico, na ocorrência de efeitos adversos, no tratamento não eficaz, ou mesmo tratamento incorreto, e aumento do tempo de atendimento ou permanência do doente no serviço de saúde. Adicionalmente, os problemas de comunicação levam a perda de confiança dos utentes, frustração, podem estar na base de conflitos entre doentes e profissionais, desperdício de tempo, e podem comprometer a confiança que deve persistir numa equipa multidisciplinar (Mannix et al., 2017).

A comunicação eficaz sendo fundamental em qualquer serviço hospitalar, naqueles em que os utentes são mais frágeis, como a pediatria, ou em que a situação do doente é mais complexa, como no SU, em particular na área de emergência, ou nos cuidados intensivos, esta assume maior importância. Uma pequena dúvida ou interpretação incorreta de um segmento comunicado, ou não comunicado quando deveria, pode levar a um atraso numa intervenção que pode comprometer o prognóstico do doente, ou, pior ainda, levar a trocas entre doentes ou utilização de procedimentos inadequados, com consequência prováveis negativas (Curtis et al., 2011; Tortosa-Altet et al., 2021).

A transição de cuidados em urgência/emergência é uma preocupação para a segurança do doente, sendo considerada uma prioridade para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e *Joint Commission* a padronização da comunicação durante a transferência da responsabilidade do doente entre os profissionais de saúde (Tortosa-Altet et al., 2021).

Cientes deste problema, os responsáveis por gestão de serviços de saúde têm desenvolvido esforços para encontrar estratégias que melhorem a eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde. Várias estratégias têm sido propostas, mas uma das que tem tido maior aceitação é a metodologia ISBAR (Feng et al., 2018). Esta sigla sintetiza os aspetos fundamentais a ter em consideração quando há transferência de um doente. Da língua inglesa ISBAR corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). (Feng et al., 2018).

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho nº9390/2021) reflete essa preocupação com a qualidade da comunicação:

O PNSD 2021 - 2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho nº 9390/2021, p.97).

Este Plano Nacional de Saúde assenta em cinco pilares: 1. Cultura de segurança, 2. Liderança e governança, 3. Comunicação, 4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e 5. Práticas seguras em ambientes seguros. Destes, destacamos o Pilar 3, especificamente adstrito aos aspetos de comunicação, e muito no contexto em que se enquadram as passagens de turno, ou comunicação intra e interprofissional na prática quotidiana.

A comunicação efetiva é fundamental em todo o ciclo de cuidados, particularmente nos momentos de transição, transferência de responsabilidade ou transmissão de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados (Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro).

A operacionalização deste pilar passa por vários objetivos estratégicos, dos quais o 3.2. prevê melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. Para fazer cumprir esse objetivo foram estabelecidas ações e métricas de cumprimento, que incluem:

- a) Atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde;
- b) Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde;
- c) Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados (Despacho nº 9390/2021, p.100).

Para operacionalizar o previsto na alínea b) do objetivo estratégico 3.2, a Direção-Geral de Saúde (DGS) publicou em 2017 a Norma 001/2017, de 08 de fevereiro “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, em que define que a ferramenta a implementar para aquela finalidade deverá ser o ISBAR, e em que condições será aplicada, de que se apresenta um extrato com os aspetos considerados mais pertinentes, pela sua aplicabilidade prática:

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.
2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos (...)
3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).
5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação; (...) (DGS, 2017, p.1).

A formação específica sobre a técnica ISBAR deve ser contemplada no plano anual de formação dos serviços e incluir todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação. A implementação desta norma deve ser monitorizada a nível local, regional e nacional com recurso à realização de auditorias (DGS, 2017).

Figura 1 - Modelo explicativo da técnica ISBAR

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

Fonte: DGS, 2017, p.8

1.1 Comunicação em saúde

A comunicação, inerente a todos os seres vivos, está presente em todas as interações humanas, sejam estas intrapessoais, interpessoais ou sociais. É um processo complexo, dinâmico e recíproco, onde existe uma partilha de informação e interpretação de significados, com recurso a linguagem verbal e não verbal. Para que seja eficaz deve assentar em atitudes básicas como o respeito, escuta ativa, aceitação e empatia (Sequeira, 2016).

A comunicação, intrínseca ao ser humano, apesar de ser utilizada diariamente na prestação de cuidados de saúde, nem sempre é eficaz. A evidencia demonstra que grande parte dos profissionais de saúde têm lacunas no que respeita a conhecimentos sobre comunicação (Sequeira, 2016). Cerca de 70% dos eventos adversos que ocorrem na área da saúde são devidos a falhas na comunicação, sejam estas por omissão ou erros na informação, falta de precisão ou falta de priorização das atividades (Clark et

al., 2019). Para que seja melhorada a segurança do doente e diminuída a ocorrência de eventos adversos é necessária uma comunicação eficaz entre os profissionais nas transições de cuidados, que seja oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade (DGS, 2017).

Os momentos de transição de cuidados e a comunicação em saúde são considerados pela *Joint Commission* aspetos fundamentais na segurança do doente já que as falhas de comunicação entre os profissionais de saúde são os eventos que mais favorecem a ocorrência de erros e eventos adversos (Jaulin et al., 2021; Gadea-Company et al., 2023).

As falhas de comunicação são devidas a lacunas durante a descrição clínica do doente, falta de padronização da comunicação, multitarefas atribuídas aos profissionais, distrações e pressões temporais. Os profissionais trabalham maioritariamente em ambientes complexos, onde fatores organizacionais e humanos podem contribuir para a ocorrência de erros (Jaulin et al., 2021).

A comunicação entre profissionais de saúde é uma transmissão de informação sobre a identificação e estado de saúde do doente, que ocorre na transferência, temporária ou não, da responsabilidade de prestação de cuidados (DGS, 2017).

A existência de registos que acompanhem a transmissão verbal da informação reduz a perda potencial de informação, podendo estes ser consultados se necessário. O treino dos profissionais em métodos de transferência e em competências comunicacionais é essencial para uma comunicação clara, precisa e competente (Tortosa-Altet et al., 2021).

Os profissionais de saúde devem desenvolver competências na área da comunicação de forma a saber como devem falar, o que devem dizer e quando o fazer. A formação e treino são essenciais nesta área (Breen et al., 2019). A utilização de ferramentas padronizadas que promovam uma uniformização na transmissão de informação, como o ISBAR, contribuem para aumentar a eficácia da comunicação, assim como também contribuem para uma rápida tomada de decisão e desenvolvimento do pensamento crítico (DGS, 2017).

A comunicação deve ser atempada, precisa, completa e não ambígua, de forma a reduzir os erros e promover a segurança do doente. A informação deve ser transmitida sem interrupções e de forma fidedigna, com recurso a troca verbal e outras formas de transmissão como sistemas eletrónicos e registos (Tranquada, 2013).

A comunicação eficaz é fundamental para garantir uma transição segura e bem-sucedida de cuidados, melhora o trabalho em equipa e este, por sua vez, melhora a performance clínica e a segurança do doente (Bertrand et al., 2021). Com uma comunicação clara e precisa, documentação completa e atualizada, uso da tecnologia e formação adequada da equipa é possível garantir que os doentes recebam os cuidados adequados durante a transição de cuidados (Tranquada, 2013).

1.2 Segurança do doente

A segurança do doente é definida como a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2017, p.4). Ou, a defesa contra lesões desnecessárias decorrentes da prestação de cuidados de saúde, ou da omissão desses cuidados (Gadea-Company et al., 2023).

A qualidade dos cuidados prestados está relacionada com a segurança do doente, e reflete-se ao nível económico e social das instituições, assim como no grau de confiança nos profissionais de saúde e instituições (Figueiredo et al., 2020).

A segurança do doente pode ser comprometida em momentos vulneráveis, onde existe maior risco de erros na transferência de informação, tais como a admissão e alta hospitalar, e nas mudanças de turno (DGS, 2017).

Desde 2008, a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde foi incluída, pela OMS, nas cinco prioridades para cumprir a segurança dos doentes nos países industrializados (Ehlers et al., 2021). A segurança dos doentes é essencial nos sistemas de saúde, e requer a colaboração e comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, assim como entre as associações profissionais e outras partes interessadas (OMS, 2020).

A promoção da segurança do doente depende de um esforço organizado e constante de todos os intervenientes, e uma abordagem global e contínua. Em Portugal, o PNSD 2021-2016 é uma ferramenta de apoio aos profissionais de saúde, em todos os níveis de prestação de cuidados, que tem como objetivo aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo como foco o doente e seus cuidadores (Despacho nº 9390/2021).

Doentes com situações de saúde complexas aumentam a dificuldade na transferência de informação. Ter uma abordagem sistematizada e um método padronizado de comunicação, como o ISBAR, potencia a eficácia da transição de cuidados. Uma transição de cuidados precisa é inerente à segurança do doente e à tomada de decisão na prestação contínua de cuidados de qualidade (O’Neill et al., 2023). Assim, ao melhorar as práticas de transferência de informação é reforçada igualmente a segurança do doente (Oxelmark et al., 2020).

A qualidade da transição de cuidados é fundamental na segurança do doente, está associada à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, à diminuição de eventos adversos e à diminuição da mortalidade (DGS, 2017).

1.3 Transição de Cuidados

A transição de cuidados ocorre em qualquer momento em que se verifique a mudança de responsabilidade de cuidados entre diferentes profissionais de saúde, e deve assegurar a todo o momento a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017).

A transição de cuidados é um momento crítico na prestação de cuidados de saúde, no qual os doentes são transferidos de um ambiente de cuidado para outro, por exemplo no momento da alta para o domicílio ou para um centro de reabilitação, ou na transferência de uma sala de emergência para uma enfermaria de internamento. A

comunicação eficaz nesse processo é essencial para garantir que o doente receba os cuidados adequados e para evitar erros e complicações (Feng et al., 2018; Arora & Farnan, 2022).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam ao lado do doente, sendo fundamentais na dinâmica da prestação de cuidados. Assim, a transmissão de informação relativa aos cuidados de enfermagem deve ocorrer de forma formal, num momento assinalado por uma comunicação efetiva (OE, 2017).

A transição de cuidados de enfermagem, ou passagem de turno, ocorre duas a três vezes diariamente nos diversos serviços hospitalares. Este é um momento crucial para a equipa de enfermagem, onde deve ser transmitida toda a informação necessária para a continuidade de cuidados de qualidade ao doente (Oxelmark et al., 2020; Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). A qualidade da passagem de turno influencia indicadores de qualidade dos cuidados como a segurança e a satisfação do doente (Sharp et al., 2019)

A passagem de turno de enfermagem é entendida como “uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal da informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, mas também, um momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente um momento de formação em serviço” (OE, 2017, p.1).

As passagens de turno exigem um nível elevado de consciência que está associado à capacidade dos profissionais se concentrarem na produção e na compreensão da linguagem, que se traduz cognitivamente em elementos relacionados ao cuidado do doente. Para que a comunicação ocorra de forma eficaz é determinante que o enfermeiro esteja claramente consciente e concentrado. Embora esse estado possa não ser um dado adquirido, particularmente após turnos muito desgastantes física e/ou emocionalmente, é algo que pode ser facilmente alcançado por todos os profissionais com formação adequada. Existe outro fator que determina a eficácia da comunicação, muito relacionado com as experiências prévias, relacionadas com a situação específica, que pode ser a passagem de turno em si, ou a experiência com a doença e cuidados específicos de determinado doente. Adicionalmente, as características pessoais, nomeadamente as competências de comunicação, oral e escrita, determinam também o sucesso da comunicação (Spilioti et al., 2019; Pun, 2021). A localização, o tempo e a documentação existente, podem funcionar como obstáculos ou facilitadores para a eficácia da transição de cuidados, dependendo das políticas instituídas (Fealy et al., 2019).

Tem sido evidenciado que enfermeiros recém-formados (e estudantes) têm algumas lacunas nas suas competências de comunicação e autoeficácia a comunicar durante as passagens de turno, particularmente quando são o enfermeiro que está de saída do turno. Algumas limitações que têm sido detetadas nestes jovens profissionais com pouca experiência incluem avaliações de enfermagem inadequadas, fraca capacidade de síntese e pobre sistematização da informação (Chung et al., 2022). O medo de não saber ou estar errado pode levar à omissão de informação para evitar a exposição. As questões colocadas como crítica despertam sentimentos de desprezo, o que origina a adoção de posturas mais defensivas por parte dos enfermeiros menos experientes (Ahn et al., 2021).

O estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem e a organização do trabalho podem ser dificultados por uma comunicação imprecisa que pode dar lugar a omissões e erros na transferência de informação, podendo expor o doente a um maior risco de sofrer eventos adversos (OE, 2017; Karmila et al., 2019; Oxelmark et al., 2020; O'Neill et al., 2023).

A passagem de turno é um fenómeno multidimensional. Ao compreender os fatores que contribuem para a qualidade da passagem de turno, é possível desenvolver intervenções dirigidas para o problema. Alguns dos fatores apontados que afetam a qualidade da passagem de turno são a liderança, o relacionamento com os colegas, o número de profissionais, a carga de trabalho, o trabalho cognitivo, as interrupções (Powell et al., 2020), stress, ansiedade e fadiga, a pressão de tempo, o formato da passagem de turno e a experiência profissional (Hada et al., 2019; Yetti et al., 2021; Kim et al., 2022). É sentida, pelos enfermeiros, a necessidade de formação na área da comunicação e a existência de um protocolo para a passagem de turno (Rikos et al., 2019; Weston et al., 2022; Abou Hashish et al., 2023). A formação para o desenvolvimento de competências de comunicação não deve incidir apenas nos enfermeiros em exercício, esta deve ser iniciada no decorrer do curso base enquanto estudantes de enfermagem (Chung et al., 2022)

Vários aspetos da transição de cuidados requerem melhorias. A padronização, com vista a organizar a transferência de informação. A identificação clara, quer dos intervenientes, quer do doente. A localização, é preferível a transição “aos pés da cama” (Forde et al., 2020; Oxelmark et al., 2020; Hada & Coyer, 2021), esta representa uma abordagem mais centrada no doente, e oferece uma passagem de informação mais segura, clara e inclusiva (Slade et al., 2018; Paredes-Garza et al., 2022). E os fatores ambientais, com uma envolvência calma, sem interrupções, e que respeite a privacidade do doente (Tortosa-Alted et al., 2021). Para garantir a transição de cuidados eficaz é essencial comunicação cara-a-cara, tempo adequado, linguagem comum e abordagem padronizada, juntamente com a visualização do doente (O'Neill et al., 2023).

As especificidades do SU, a complexidade do ambiente, a elevada afluência de doentes, a pressão do tempo e as constantes distrações contribuem para a possível existência de falhas na transição de cuidados (Cross et al., 2018; O'Connor et al., 2020; Yaakubov et al., 2020).

A evidência científica tem demonstrado as vantagens da aplicação de modelos estruturados na transição de cuidados no SU, com ênfase na metodologia ISBAR. Das quais se destacam a satisfação dos Enfermeiros com a utilização de ferramentas padronizadas na transmissão da informação, a melhoria da qualidade dos conteúdos transmitidos, a eficiência da transição de cuidados, aumento da segurança do doente (Vinu & Kane, 2016; Castro, 2022; Pun et al., 2019), melhoria na produtividade e trabalho de equipa (Pakcheshm et al., 2020, Bertrand et al., 2021; Zhou et al., 2022), assim como, o aumento da satisfação do utente e melhoria dos resultados obtidos (Gadea-Company et al., 2023).

1.4 Metodologia ISBAR

As evidências mais recentes sugerem que o uso de instrumentos estruturados e padronizados na transição de cuidados, entre os profissionais de saúde, melhora a transferência de informações, a segurança do doente, e também os resultados (Burgess et al., 2020; Leonardsen et al., 2019; Moi et al., 2019).

Em sistemas complexos como o da saúde, a existência de protocolos e orientações claras diminui a probabilidade de ocorrência de erros (Schidt et al., 2019; Obaid et al., 2021). A padronização da forma de transmitir a informação do doente é determinante para melhorar os cuidados prestados. Para isso, as instituições devem apostar em sistemas de informação modernos, dar feedback aos profissionais envolvidos, seguir procedimentos de garantia de qualidade e promover atividades de formação (Ahn et al., 2020; Mastrogiovanni & Michelle Moccia, 2022). Programas de simulação para as passagens de turno padronizadas têm demonstrado resultados satisfatórios na melhoria da qualidade da informação transmitida na prática clínica (Uhm et al., 2019; Noh & Lee, 2020; Lee & Lim, 2021).

Um dos instrumentos mais difundido e bem estudado é a metodologia ISBAR. Este surgiu originalmente em indústrias fora dos sistemas de saúde, tendo sido desenvolvido pela marinha americana de modo a garantir uma comunicação clara e precisa entre submarinos nucleares (Burgess et al., 2020). Posteriormente, os sistemas de saúde adaptaram o SBAR (S – *Situation*, B – *Background*, A – *Assessment*, R – *Recommendation*), acrescentando o I – *Identify*, mais centrado no doente (Awale et al., 2022).

Esta metodologia não se aplica apenas na comunicação verbal, pode ser também utilizada de forma escrita, como relatórios, memorandos, formulários ou documentos de transferência (Burgess et al., 2020). A passagem de turno é mais eficaz quando todos os enfermeiros do turno estão presentes, e é utilizado um instrumento padronizado em formato escrito, em vez de apenas uma transmissão de informação oral (Gungor et al., 2022). O uso de aplicações informáticas tem demonstrado potencial para melhorar o processo de transição de informação e aumentar a segurança dos cuidados hospitalares (Schmidt et al., 2019; Yuen et al., 2023).

A abordagem estruturada, baseada na metodologia ISBAR, reduz perturbações na transição de cuidados, pois os envolvidos no processo conhecem os diferentes itens a ser abordados, o que facilita o acompanhar da informação transmitida, e melhora a compreensão (Kaltoft et al., 2022; Wang et al., 2022; Pun, 2023).

A metodologia ISBAR tem sido recomendada em todo o mundo, tanto pela *Joint Commission*, como pela OMS (Leonardsen et al., 2019). Em Portugal, a DGS publicou a Norma 001/2017, que recomenda a utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados, nas diferentes valências do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2017).

2. METODOLOGIA

Tendo em conta os objetivos formulados, foi considerada a metodologia Investigação-Ação, metodologia que integra ação e investigação em simultâneo, em um processo cíclico onde se alterna a ação e reflexão crítica (Coutinho, 2018; Vilelas, 2022). No que respeita à análise de variáveis, trata-se de um estudo de carácter quantitativo, observacional, transversal e descritivo.

2.1 Objetivos

O objetivo geral deste processo metodológico, é conhecer a perceção dos enfermeiros de um serviço de urgência, que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, relativamente à informação transmitida nas passagens de turno.

Foram definidos como objetivos específicos:

Primeiro momento cronológico

1. Conhecer a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra de enfermeiros do SU, de um Hospital do Norte de Portugal, que cuidam da pessoa em situação crítica.
2. Reconhecer a perceção da amostra relativamente, à auto e hétero comunicação emitida e recebida, durante a passagem de turno entre enfermeiros do SU, de um Hospital do Norte de Portugal, que cuidam da pessoa em situação crítica.
3. Reconhecer a relação entre a atribuição de significado de comunicação de eventos na passagem de turno e a perceção acerca do conhecimento científico.
4. Conhecer a relação entre o perfil de atribuição de significado e as variáveis sociodemográficas.
5. Conhecer a relação entre as problemáticas e constrangimentos da passagem de turno e as características sociodemográficas.

Segundo momento cronológico

6. Fazer um diagnóstico de situação comunicacional atual, como procedimento habitual, entre enfermeiros do SUGHNP, que cuidam da pessoa em situação crítica.
 - 6.1. Aplicar o GO (Anexo IV) para recolha de dados de comunicação.
 - 6.2. Reconhecer as características da comunicação habitual, observadas em GO.
 - 6.3. Avaliar a qualidade da informação transmitida na comunicação, nas passagens de turno de enfermagem.

Terceiro momento cronológico

7. Reconhecer o nível de comunicação em passagem de turno com aplicação da técnica ISBAR, como procedimento a implementar, entre enfermeiros do SUGHNP, que cuidam da pessoa em situação crítica.
 - 7.1. Aplicar o GO, (Anexo IV) com aplicação da técnica ISBAR, para recolha de dados de comunicação.

- 7.2. Reconhecer as características da comunicação com aplicação da técnica ISBAR, observadas através do GO.
- 7.3. Avaliar a qualidade da informação transmitida na comunicação com aplicação da técnica ISBAR, nas passagens de turno de enfermagem.
8. Analisar estatisticamente os valores relativos às diferenças na comunicação, - entre o procedimento considerado habitual e a comunicação baseada na técnica ISBAR -, entre enfermeiros do SU, de um Hospital do Norte de Portugal, que cuidam da pessoa em situação crítica.

Foi realizada a aplicação de um questionário aos enfermeiros do SUGHNP, que cuidam de pessoas em situação crítica, para dar resposta à questão colocada.

Foi realizada uma observação estruturada das passagens de turno de Enfermagem, em dois momentos diferentes, com o espaço temporal de um mês, com recurso ao GO (Anexo IV) para obtenção dos dados necessários para o estudo. Na observação estruturada, o observador centra a sua atenção em aspetos previamente definidos, com uma estrutura de registo simples, rápido, que não recorre à memória, e reduz o risco de erro (Vilelas, 2022).

A finalidade deste percurso, é contribuir para a mais-valia da qualidade e segurança nos cuidados à pessoa em situação crítica, com a implementação de um instrumento padronizado de comunicação, baseado na metodologia ISBAR, no SUGHNP.

2.2 População/Amostra

Tendo em conta a metodologia selecionada, os sucessivos momentos cronológicos formulados, e os respetivos e sequentes objetivos do estudo, emergiu a necessidade de enquadrar as amostras parcelares e sucessivas em todo o procedimento metodológico. A primeira diz respeito a uma população humana de 59 enfermeiros, as segunda e terceira, dizem respeito a eventos, aqui assumidos com os números 40 e 40 passagens de turno.

Para o primeiro momento metodológico, e no sentido de dar resposta aos objetivos que o inserem, a população foi definida como todos os enfermeiros a exercer funções no SUGHNP, no período em que decorre o estudo, tendo sido a amostra os 59 enfermeiros respondentes, selecionados a partir de critérios seguintes.

Critérios de inclusão - Enfermeiros a exercer funções no SUGHNP, envolvidos em prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica.

Critérios de exclusão - Enfermeiros ausentes do serviço por baixa médica, licença de maternidade, férias; e, Enfermeiros com funções de gestão, não envolvidos na prestação direta de cuidados.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi obtida uma amostra de 65 enfermeiros, num universo de 71. Dos questionários aplicados, foram preenchidos um total de 59, o que corresponde a 90,8% dos enfermeiros elegíveis para o estudo, sendo que nesta amostra, há 32,2% de respondentes com mestrado, e 50,8% (n=30) com o título de Enfermeiro Especialista, dos quais 26 (86,7%) são de Enfermagem

Médico-Cirúrgica, 3 (10%) de Enfermagem Comunitária e 1 (3,3%) de Enfermagem de Reabilitação.

Quadro 1 Imagem sumária do perfil sociodemográfico amostral de enfermeiros

Habilitações académicas	N %
Mestrado	32%
Especialista	50,8%
Enfermagem Médico-Cirúrgica	86,7%
Enfermagem Comunitária	10%
Enfermagem de Reabilitação	3,3%

Para o segundo e terceiro momentos metodológicos, e no sentido de dar resposta aos objetivos que o inserem, a amostra inseriu eventos de passagem de turno, com a respetiva comunicação para ser observada, em dois momentos sequentes afastados entre si de um mês, cada um deles com 40 passagens de turno.

Quadro 2 Imagem sumária do perfil amostral de eventos de passagem de turno

Passagens de Turno	N
No segundo momento cronológico SEM met ISBAR	40
No terceiro momento cronológico COM met. ISBAR	40

Tratam-se de amostras não probabilísticas, pois não há possibilidade de especificar a probabilidade dos vários elementos em cada uma das populações pertencerem a cada uma das amostras. Caracterizam-se de conveniência, pois cada amostra é formada por um grupo já constituído ou organizado, por forma a tornar-se de fácil acesso ao investigador, sendo os resultados obtidos, de caráter não generalizável para além de cada um dos grupos em estudo (Coutinho, 2018; Vilelas, 2022). Assim, nem a primeira amostra dos 40 eventos no segundo momento cronológico pode servir para generalizações onde as passagens de turno decorrem SEM metodologia ISBAR, nem a segunda amostra dos 40 eventos no terceiro momento cronológico pode servir para generalizações onde as passagens de turno decorrem COM metodologia ISBAR.

2.3 Instrumentos de recolha de dados

Este projeto de investigação-ação recolheu dados, a partir de dois instrumentos de recolha de dados: um questionário (Anexo II) no primeiro momento cronológico, com variáveis de natureza quantitativa, e posteriormente, nos segundo e terceiro momentos cronológicos, um Guia de Observação (Anexo IV).

Para responder à questão “Qual a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a informação transmitida nas passagens de turno?” e em resposta ao objetivo do primeiro momento cronológico, que pretende reconhecer a perceção da amostra relativamente, à auto e hétero comunicação emitida e recebida, durante a passagem de turno entre enfermeiros do SUGHNP, que cuidam da pessoa em situação crítica, foi

selecionado e aplicado um Instrumento de Recolha de Dados (IRD), que insere uma parte inicial de variáveis sociodemográficas e o questionário “*Handover Evaluation Scale*” elaborado por O’Connell, B., Macdonald, K. e Kelly, C. (2008), adaptado por Tranquada (2013) para a população portuguesa (Anexo II), com a respetiva autorização da autora (Anexo III).

Para dar resposta aos objetivos do segundo e terceiro momentos cronológicos, nomeadamente, para apresentar (6.1) *o diagnóstico de situação comunicacional atual, como procedimento habitual, entre enfermeiros do SU, (...)*, bem como, e posteriormente, para poder (7.; 7.1) *reconhecer o nível de comunicação em passagem de turno com aplicação da técnica ISBAR, como procedimento a implementar, entre enfermeiros do SUGHNP, (...)*, foi aplicado pré e posteriormente, o segundo IRD, ou seja, o GO (Anexo IV) com aplicação da técnica ISBAR, para recolha de dados de comunicação.

A recolha destes dados, - seja acerca da informação transmitida nas passagens de turno, seja acerca dos comportamentos comunicacionais, prosódia e atitude observados -, foi realizada, através de aplicação do segundo IRD e observações diretas, com recurso ao guia de observação mencionado (Anexo IV), elaborado com base na Norma 001/2017 da DGS.

Através destes procedimentos metodológicos, foram realizadas:

1. Uma recolha inicial de dados, no primeiro momento cronológico, através da aplicação do Questionário numa amostra de 59 enfermeiros;
2. Uma recolha em dois momentos sucessivos num total de 40 observações antes da implementação do instrumento estruturado para a passagem de turno, e um mês após a implementação realizadas mais 40 observações.

2.4 Variáveis em estudo

Para a primeira amostra de enfermeiros, no primeiro momento cronológico, e para responder á caracterização sociodemográfica (objetivo 1.) foram consideradas as variáveis sexo, idade, habilitações académicas, ter o curso de especialista, o tempo de serviço, quer total, quer no SU, e o vínculo contratual com a instituição.

As variáveis consideradas e a sua operacionalização são apresentadas na tabela 1. Uma vez que a amostra de enfermeiros é relativamente pequena, algumas categorias foram reagrupadas para evitar a ocorrência de classes com um número residual e respondentes. Esse procedimento aconteceu com a idade, que tinha sido originalmente registada em classes de cinco anos e foi reagrupada em classes de anos, sendo que as classes acima dos 50 anos foram todas agrupadas na mesma classe, dado que a equipa do SU em questão é relativamente jovem, e só sete enfermeiros se enquadram nessa categoria. As duas categorias de grau académico “bacharelato” e “doutoramento” não são apresentadas na tabela 1, pois tiveram uma frequência nula. O vínculo contratual à instituição também foi reagrupado, pois só havia três casos de enfermeiros com um contrato de substituição, que tendo um horizonte temporal temporário, foi agrupado na classe de “contrato com termo”.

Tabela 1.

Operacionalização e categorização das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros

Variável	Categorias
Sexo	Feminino Masculino
Idade	< 31 31-40 41-50 > 51
Habilitações académicas	Licenciatura Mestrado
Curso de Especialista	Sim Não
Tempo de serviço (anos)	< 10 11-20 > 21
Tempo de serviço no Serviço de Urgência (anos)	< 10 11-20 > 21
Tipo de vínculo	Contrato sem termo Contrato com termo (certo + incerto)

As variáveis dependentes utilizadas foram extraídas do questionário para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. As questões do questionário foram analisadas individualmente, à semelhança do procedimento utilizado pelas autoras originais do instrumento (O'Connell et al., 2008) Na apresentação dos resultados organizaram-se os itens relacionados com a comunicação numa perspetiva de o enfermeiro ser o destinatário, ou o recetor, da comunicação, e, aqueles mais relacionados com a adequação e qualidade da comunicação envolvida nas passagens de turno, que não depende tanto da avaliação da mensagem recebida, mas sim de uma avaliação global da eficácia, que envolve o emissor da comunicação e o contexto. Como escala de resposta utilizou-se uma escala de quatro pontos, de 1 “discordo totalmente” a 4 “concordo totalmente”, que foi a estratégia metodológica utilizada pela autora que adaptou para a população portuguesa o instrumento (Trancada, 2013), ainda que as autoras originais do trabalho tivessem utilizado uma escala tipo *Lickert* mais comum, com sete opções de resposta, com aceitação do ponto central.

Calculou-se o valor médio e o desvio padrão, tendo em consideração os valores atribuíveis a cada opção de resposta, de 1 “discordo totalmente” a 4 “concordo totalmente”. Considerou-se que a pontuação mais elevada na escala (maior concordância), corresponde a uma percepção mais favorável dos enfermeiros, pelo que se procedeu à inversão dos itens que tinham uma leitura oposta. Essas questões estão identificadas nas tabelas de resultados com a notação [i], e foram as seguintes : 10. *A informação transmitida é subjetiva [i]*; 19. *Sinto que há informação importante que não é transmitida [i]*; 20. *Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente [i]*; 23. *Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso [i]*; 24. *É importante reformular a estrutura das passagens de turno [i]*; 27. *Por vezes deparo-me com novas situações para as quais nem sempre me sinto cientificamente preparado [i]*; 30. *Considero que o nível de formação não tem relação com as situações às quais eu atribuo significado [i]*; 31. *Não há relação entre o nível de conhecimento e atribuição de significado para as situações que vivencio em cada turno [i]*; 9. *É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente [i]*; 13. *Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informação sobre estes [i]*; 14. *A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço [i]*; 18. *Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes [i]*.

Os valores médios calculados foram utilizados para fazer as comparações estatísticas com base nas variáveis independentes consideradas. Para fins ilustrativos, apresentam-se também as frequências relativas para cada um dos níveis de resposta.

O instrumento apresentou um alfa de Cronbach com base nos itens padronizados de 0.78, quando se consideraram todos os itens da escala, com os sete adicionados. Utilizando somente os 24 itens da escala adaptada por Tranquada (2013), o alfa de Cronbach é de 0,75. A autora em questão (Tranquada, 2013) alcançou um valor para este índice de confiabilidade de 0,85. Os valores alcançados no presente estudo são considerados aceitáveis, ainda que, com a abordagem seguida não esteja a ser extraído um score final para medir o constructo em causa, pelo que o interesse desta medida psicométrica, neste contexto, não terá tanta importância como quando se usa um score total da escala (Maroco, 2007).

No segundo e terceiro momentos cronológicos, utilizou-se a grelha de observação para avaliar a qualidade da comunicação durante a passagem de turno, e o efeito da implementação do instrumento padronizado baseado na metodologia ISBAR, no SUGHNP. Procedeu-se à aplicação da grelha de observação sobre a informação transmitida nas passagens de turno antes da implementação (observação 1), e voltou a aplicar-se após implementação do instrumento estruturado baseado na metodologia ISBAR (observação 2).

A primeira parte de grelha de observação era composta por seis questões de resposta sim/não. Os resultados são apresentados como frequências de observações corretas e incorretas. Na segunda parte do guia de observação, os resultados são apresentados em percentagem conforme o Índice de Conformidade (IC). O IC é calculado pelo número de respostas positivas a dividir pelo número de respostas possíveis, vezes 100 (DGS, 2017).

Tabela 2. Operacionalização e categorização das variáveis acerca dos comportamentos comunicacionais, prosódia e atitude observados

Variável	Categorias
1.Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição, estão identificados?	Sim Não
2.A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	Sim Não
3.Na transição de cuidados é utilizada a metodologia ISBAR?	Sim Não
4.Estão presentes todos os elementos/profissionais essenciais para a transmissão de informação?	Sim Não
5.Existem interrupções durante a passagem de turno?	Sim Não
6.É disponibilizado o tempo suficiente para permitir a passagem de informação?	Sim Não

2.5 Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram compilados numa base de dados no programa estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os resultados caracterizadores da amostra de enfermeiros participantes são expressos em frequência, absoluta e relativa expressa em percentagem. Calcularam-se estatísticas descritivas (média e desvio padrão) para a pontuação de cada resposta no questionário para avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem, assim como frequências relativas para cada um dos quatro níveis de resposta.

As variáveis dependentes contínuas (pontuação das respostas) não apresentaram uma distribuição normal, avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e pela observação dos histogramas de frequência das pontuações nos diferentes itens/scores da escala e dos parâmetros curtose e enviesamento. Assim, na realização da estatística inferencial, utilizaram-se testes não paramétricos, o teste de Mann-Whitney quando a variável independente tem duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis para os casos de mais de duas categorias. Os resultados destas variáveis são apresentados como média de ordens. A média e desvio padrão são apresentados pela facilidade de interpretação da variável.

A relação entre as percentagens de situações significativas que o enfermeiro considera conseguir transmitir com as questões do questionário sobre de perceção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem foi estabelecida por correlações de Spearman.

A comparação de frequências realizada na segunda parte do trabalho com os dados extraído com a grelha de observação em dois momentos, antes e depois da implementação da metodologia ISBAR, foi estabelecida pelo teste do χ^2 . Este método foi também utilizado para comparar o efeito da passagem de turno (noite-manhã, manhã-tarde ou tarde-noite) e o efeito do número de doentes na frequência de conformidades, independentemente em cada uma das duas observações.

Foi utilizado como limite de significância o valor de $p < 0,05$ (Maroco, 2007). Pontualmente, e em casos devidamente assinalados, apontaram-se situações em que o p era ligeiramente superior àquele limite, que foram considerados por traduzirem uma tendência que, ainda que não sendo significativa, apresentava algum interesse no contexto dos objetivos do presente trabalho.

2.6 Considerações éticas

Neste estudo foram respeitados os princípios éticos e legais da investigação científica, sendo garantido o anonimato dos inquiridos e a confidencialidade dos dados. Sendo atendidos também os seguintes pressupostos:

- Submissão e obtenção de parecer positivo à proposta de investigação aqui apresentada, pelo conselho Científico do Mestrado EMCPSC, na ESSA, IPB.
- Obtenção de parecer para estudos não envolvendo experimentação humana ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar (Anexo I);
- Consentimento livre e esclarecido dos participantes no estudo.

2.7 Apresentação de resultados

Relativamente ao primeiro momento cronológico, apresenta-se o estudo da amostra do ponto de vista sociodemográfico e profissional, segundo as variáveis expostas (Tabela 3), o que vem dar resposta ao objetivo 1. Verifica-se que, do total da amostra, 43 (72,9%) profissionais são do sexo feminino e 16 (27,1%) do masculino. Prevalece o grupo etário entre os 31 e 40 anos ($n=40$; 67,8%), apenas 4 enfermeiros (6,8%) tem idade inferior a 31 anos, e 7 (11,9%) têm mais de 51 anos.

Relativamente às habilitações académicas, 32,2% da amostra tem um mestrado, e 50,8% ($n=30$) detém o título de Enfermeiro Especialista, dos quais 26 (86,7%) são de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3 (10%) de Enfermagem Comunitária e 1 (3,3%) de Enfermagem de Reabilitação.

Quanto ao tempo de exercício profissional, 28 (47,5%) dos enfermeiros trabalham entre os 11 e 20 anos, e 20 (33,9%) exercem há menos de 10 anos. Sendo que no SU, 36 (61%) dos enfermeiros exerce funções há menos de 10 anos, e 9 (15,3%) encontram-se no serviço há mais de 21 anos. Do total da amostra, a maioria (76,3%) tem um contrato de trabalho sem termo.

Tabela 3 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variável	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	43	72,9
Masculino	16	27,1
Idade		
< 31	4	6,8
31-40	40	67,8
41-50	8	13,6
≥ 51	7	11,9
Habilitações académicas		
Licenciatura	40	67,8
Mestrado	19	32,2
Curso de Especialista		
Sim	30	50,8
Não	29	49,2
Tempo de serviço (anos)		
< 10	20	33,9
11-20	28	47,5
> 21	11	18,6
Tempo de serviço no Serviço de Urgência (anos)		
< 10	36	61,0
11-20	14	23,7
> 21	9	15,3
Tipo de vínculo		
Contrato sem termo	45	76,3
Contrato com termo (certo + incerto)	14	23,7

Nas tabelas 4 e 5 apresentam-se os resultados do questionário para avaliar percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem, estes dão resposta ao objetivo 2. Na tabela 4 organizaram-se os itens relacionados com a comunicação numa perspetiva de o enfermeiro ser o destinatário, ou o recetor, da comunicação. Estes itens estão relacionados com uma autoavaliação da eficácia da comunicação que o enfermeiro tem. Na tabela 5 consideraram-se os itens mais relacionados com a adequação e qualidade da comunicação envolvida nas passagens de turno, que não depende tanto da avaliação da mensagem recebida, mas sim de uma avaliação global da eficácia, que envolve o emissor da comunicação e o contexto.

Foi calculado o valor médio e o desvio padrão, tendo em consideração os valores atribuíveis a cada opção de resposta, de 1 “discordo totalmente” a 4 “concordo totalmente”. Apresenta-se a distribuição dos valores de frequências relativas emergentes das respostas amostrais para cada opção de resposta. Para se distinguir mais claramente as duas opções de apresentação do mesmo resultado, a parte da frequência das respostas esta sombreada nas tabelas 4 e 5. Esta foi a modalidade utilizada por O’Connell et al (2008), autoras do questionário original, posteriormente adaptado por Tranquada (2013). Deixa-se nota de que as autoras originais utilizaram

uma escala Lickert de sete pontos, com um ponto central, que é característico desse tipo de escalas. Na sua adaptação para português, foi usada uma escala somente com quatro pontos, em que a autora teve como objetivo não ter o ponto central para, alegadamente, combater o problema da tendência central. Essa diferença no número de opções da escala, assim como a impossibilidade de utilizar o ponto central, pois os respondentes podem de facto ter uma percepção neutra, pode ter levado a que o instrumento tenha propriedades ligeiramente diferentes, e pode também contribuir para a redução das medidas de psicometria do questionário.

Nas tabelas 4 e 5, os itens seguidos da notação [i] foram invertidos, para que a uma maior pontuação correspondesse sempre uma percepção mais favorável. Deve ter-se em atenção que na parte em que se apresentam as frequências de resposta para cada opção, os resultados são brutos, sem qualquer inversão. Assim, há uma coerência clara nos itens diretos (portanto, não invertidos) entre o valor médio e as frequências de resposta para cada opção, mas nos itens invertidos é necessária ter em atenção que o valor médio varia no sentido tendencialmente oposto ao das frequências de resposta às opções individuais.

Tabela 4. Apresentação da distribuição dos valores da análise descritiva, das variáveis relativas à percepção dos enfermeiros sobre a comunicação recebida

Item	M	DP	Discordo	Discordo	Concordo	Concordo
			totalmente			totalmente
			%	%	%	%
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	3,03	0,69	3,4	11,9	62,7	22,0
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar	3,03	0,72	3,4	13,6	59,3	23,7
10. A informação transmitida é subjetiva [i]	2,27	0,61	0	35,6	55,9	8,5
15. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	2,63	0,74	6,8	32,2	52,5	8,5
16. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno	3,08	0,88	6,8	13,6	44,1	35,6
17. É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente	2,90	0,88	6,8	23,7	42,4	27,1
19. Sinto que há informação importante que não é transmitida [i]	2,02	0,68	3,4	13,6	64,4	18,6
20. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente [i]	2,61	0,72	8,5	49,2	37,3	5,1
21. Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno	2,71	0,79	3,4	39,0	40,7	16,9
22. Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno	2,54	0,90	16,9	22,0	50,8	10,2
23. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso [i]	2,68	0,80	15,3	42,4	37,3	5,1
24. É importante reformular a estrutura das passagens de turno [i]	2,00	0,93	6,8	22,0	35,6	35,6
25. Considero que tenho conhecimentos científicos suficientes para atribuição do respetivo significado a todas as situações que enfrento durante o turno	3,25	0,51	0	3,4	67,8	28,8
26. Considero que o meu percurso académico, até ao presente momento, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno	2,78	0,72	1,7	33,9	49,2	15,3
27. Por vezes deparo-me com novas situações para as quais nem sempre me sinto cientificamente preparado [i]	2,39	0,81	11,9	23,7	55,9	8,5
28. Considero que a minha experiência profissional, até ao presente, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno.	2,85	0,66	1,7	25,4	59,3	13,6
29. Considero que a interação com a equipa multidisciplinar tem resultado auxiliadora no esclarecimento de situações dúbias que vivencio durante os turnos	3,27	0,61	0	8,5	55,9	35,6
30. Considero que o nível de formação não tem relação com as situações às quais eu atribuo significado [i]	2,95	0,84	27,1	45,8	22,0	5,1
31. Não há relação entre o nível de conhecimento e atribuição de significado para as situações que vivencio em cada turno [i]	3,03	0,87	33,9	40,7	20,3	5,1

Tendo em consideração que o ponto médio da escala é o 2,5, ao analisar a tabela 4, em que se reuniram os itens relacionados com a autoavaliação que o enfermeiro faz da sua receção da comunicação associada à passagem de turno, constata-se que 16 dos 19 itens têm uma pontuação superior a esse valor, o que reforça a percepção

tendencialmente favorável em relação à maioria dos aspetos abordados. Os resultados mais elevados foram registados para a questão “*Considero que a interação com a equipa multidisciplinar tem resultado auxiliadora no esclarecimento de situações dúbias que vivencio durante os turnos*” com um valor médio de $3,27 \pm 0,61$ e a questão “*Considero que tenho conhecimentos científicos suficientes para atribuição do respetivo significado a todas as situações que enfrento durante o turno*” com um valor médio de $3,25 \pm 0,51$. No extremo oposto, e com pontuações médias inferiores ao centro da escala, encontram-se quatro questões que foram invertidas “*É importante reformular a estrutura das passagens de turno [i]*” ($2,00 \pm 0,93$), “*Sinto que há informação importante que não é transmitida [i]*” ($2,02 \pm 0,68$), “*A informação transmitida é subjetiva [i]*” ($2,24 \pm 0,61$) e “*Por vezes deparo-me com novas situações para as quais nem sempre me sinto cientificamente preparado [i]*” ($2,39 \pm 0,81$). Nestas quatro questões, ainda que haja uma elevada proporção de enfermeiros a concordar, refletiu-se numa baixa pontuação pois se aquelas situações acontecem não é favorável para a qualidade da comunicação na passagem de turno.

Pela análise da informação na tabela 5, relativa à percepção que o enfermeiro tem da eficácia e qualidade da informação, ao considerar o contexto, observa-se que os participantes têm uma percepção muito clara sobre a oportunidade de esclarecer dúvidas durante a passagem de turno, como se pode inferir pelas respostas favoráveis aos itens “*Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi*” ($3,64 \pm 0,58$) e “*Consigo esclarecer a informação que foi transmitida*” ($3,37 \pm 0,61$). Há também uma grande concordância quanto à atualidade da informação “*A informação transmitida é atualizada*” ($3,25 \pm 0,63$). Apesar da duração da passagem de turno ser um assunto, por vezes controverso, o grupo de enfermeiros que participou no presente estudo mostrou-se favorável à duração atual, e concorda em grande medida com o item “*A duração da passagem de turno é adequada*” ($3,24 \pm 0,84$). A percepção que os enfermeiros têm sobre as interrupções da passagem de turno refletiu-se na baixa pontuação média do item “*A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço [i]*” ($1,46 \pm 0,65$). De facto, cerca de 95% dos enfermeiros concordaram que há interrupções, mas isso foi considerado desfavorável para a avaliação da qualidade da passagem de turno. No item “*É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente [i]*” também se observou uma das pontuações mais reduzidas ($1,98 \pm 0,75$), pois houve mais de três quartos dos enfermeiros que concordaram com isso, e como o que se pretende com a passagem de turno não é necessariamente comunicar a informação registada no processo, esse item foi invertido, que se refletiu na baixa pontuação.

Tabela 5.

Apresentação da distribuição dos valores da análise descritiva, das variáveis relativas à percepção dos enfermeiros acerca da adequação da comunicação emitida

Item	M	DP	Discordo	Discordo	Concordo	Concordo
			totalmente			totalmente
			%	%	%	%
1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida	3,37	0,61	0	6,8	49,2	44,1
4. A informação transmitida é atualizada	3,25	0,63	0	10,2	54,2	35,6
5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados aos doentes	3,17	0,75	3,4	10,2	52,5	33,9
6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi	3,64	0,58	0	5,1	25,4	69,5
7. A duração da passagem de turno é adequada	3,24	0,84	3,4	15,3	35,6	45,8
8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	3,12	0,79	3,4	15,3	47,5	33,9
9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente [i]	1,98	0,75	1,7	22,0	49,2	27,1
11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	2,88	0,67	0	28,8	54,2	16,9
12. A informação é transmitida de forma estruturada	2,63	0,67	3,4	37,3	52,5	6,8
13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informação sobre estes [i]	2,14	0,92	11,9	13,6	50,8	23,7
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço [i]	1,46	0,65	1,7	3,4	33,9	61,0
18. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes [i]	2,27	0,98	13,6	23,7	39,0	23,7

Tendo em consideração que a percepção do enfermeiro pode variar em função das suas características sociodemográficas e profissionais, procedeu-se à comparação da pontuação obtida em cada item do questionário entre os diferentes níveis de cada uma das variáveis independentes suprarreferidas. Esta análise vai dar resposta ao objetivo 4 formulado anteriormente.

Na tabela 6 apresentam-se os resultados dos itens em que se observaram diferenças entre enfermeiros de ambos os sexos. Os profissionais do sexo masculino tendem a ter uma percepção maior ($p=0,026$) de que a informação transmitida não é subjetiva [notar que este item está invertido], pois apresentam uma média de ordens superior, o que aponta que a pontuação neste item foi tendencialmente mais elevada. Apresentamos também na tabela o item “*Considero que a minha experiência profissional, até ao presente, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno*” que, não sendo significativa ($p=0,052$), ilustra uma tendência latente na amostra, para os homens terem mais essa percepção do que as mulheres.

Tabela 6.

Efeito do sexo do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	Sexo	MO	Média±DP	U Mann-Whitney; p
10. A informação transmitida é subjetiva [i]	Feminino	27,33	2,44±0,51	229,000; 0,026
	Masculino	37,19	2,84±0,62	
28. Considero que a minha experiência profissional, até ao presente, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno	Feminino	27,67	2,74±0,66	244,000; 0,052*
	Masculino	36,25	3,13±0,62	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão

*O valor não atinge a significância, mas aponta-se pelo seu interesse como uma tendência

O efeito da idade do enfermeiro, considerada em categorias de 10 anos (Tabela 7), mostrou-se significativo apenas num item relacionado com o conteúdo da comunicação “*Sinto que há informação importante que não é transmitida [i]*” ($p=0,034$), com os enfermeiros mais novos e mais velhos a apresentarem pontuações mais elevadas, sugerindo que se sentem seguros com a informação que habitualmente é comunicada. Ainda que não tenha atingido valores de significância estatística, o item “*A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço [i]*” apresenta uma tendência ($p=0,55$), também com os enfermeiros mais jovens e menos jovens a liderar as pontuações, o que revela que percebem menos, ou são menos afetados pelas eventuais interrupções durante a passagem de turno.

Tabela 7.

Efeito da idade do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	idade	MO	Média±DP	H Kruskal-Wallis; p
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço [i]	< 31	42,25	2,00±0,82	7,604; 0,055*
	31-40	27,91	1,38±0,63	
	41-50	25,50	1,25±0,46	
	> 51	40,07	1,86±0,69	
19. Sinto que há informação importante que não é transmitida [i]	< 31	44,50	3,00±1,15	8,683; 0,034
	31-40	29,09	1,95±0,55	
	41-50	21,13	1,62±0,74	
	> 51	37,07	2,29±0,49	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão

*O valor não atinge a significância, mas aponta-se pelo seu interesse como uma tendência

Dos 59 enfermeiros que constituíram a amostra do presente trabalho, 19 são detentores do grau de mestre, enquanto os restantes são licenciados. Esta diferente habilitação académica determinou diferenças na avaliação de cinco itens (Tabela 8). A

questão relacionada com as interrupções durante a passagem de turno foi mais bem avaliada ($p=0.044$) pelos enfermeiros licenciados ($OM=32,66$) do que pelos mestres ($OM=24,39$). As questões 26, 28, 30 e 31, que estão todas relacionadas com a importância do conhecimento e da experiência, foram todas avaliadas de forma mais favorável ($p<0,05$) pelos enfermeiros com mestrado.

No mesmo sentido, os enfermeiros com curso de especialização em enfermagem consideram que o conhecimento e formação são importantes na comunicação associada à passagem de turno (Tabela 9), em oposição ($p<0,05$) aos que não são especialistas nos itens 26, 27, 30 e 31, com pontuações mais elevadas. Nos outros três itens em que se detetaram diferenças entre detentores ou não do curso de especialização, observou-se que foram os que não têm aquela qualificação que apresentaram pontuações mais elevadas ($p<0,05$), nomeadamente no item “Consigo esclarecer a informação que foi transmitida”, no “A duração da passagem de turno é adequada” e no item “É importante reformular a estrutura das passagens de turno [i]”.

Tabela 8.

Efeito das habilitações académicas do enfermeiro na perceção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	Habilitações académicas	MO	Média±DP	U Mann-Whitney; p
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço [i]	Licenciatura	32,66	1,58±0,71	273,500; 0,044
	Mestrado	24,39	1,21±0,42	
26. Considero que o meu percurso académico, até ao presente momento, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno	Licenciatura	26,14	2,60±0,67	225,500; 0,006
	Mestrado	38,13	3,16±0,69	
28. Considero que a minha experiência profissional, até ao presente, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno.	Licenciatura	27,20	2,73±0,68	268,000; 0,039
	Mestrado	35,89	3,11±0,57	
30. Considero que o nível de formação não tem relação com as situações às quais eu atribuo significado [i]	Licenciatura	26,66	2,78±0,83	246,500; 0,021
	Mestrado	37,03	3,31±0,75	
31. Não há relação entre o nível de conhecimento e atribuição de significado para as situações que vivencio em cada turno [i]	Licenciatura	26,04	2,83±0,87	221,500; 0,006
	Mestrado	38,34	3,47±0,70	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão

Tabela 9.

Efeito da especialização do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	Curso de especialista	MO	Média±DP	U Mann-Whitney; p
1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida	Sim	26,15	3,23±0,57	319,500; 0,050
	Não	33,98	3,52±0,63	
7. A duração da passagem de turno é adequada	Sim	25,63	3,00±0,91	304,000; 0,032
	Não	34,52	3,48±0,69	
24. É importante reformular a estrutura das passagens de turno [i]	Sim	25,18	1,73±0,87	290,500; 0,021
	Não	34,98	2,28±0,92	
26. Considero que o meu percurso académico, até ao presente momento, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno	Sim	34,90	3,00±0,64	288,000; 0,015
	Não	24,93	2,55±0,74	
27. Por vezes deparo-me com novas situações para as quais nem sempre me sinto cientificamente preparado [i]	Sim	33,73	2,57±0,77	323,000; 0,059*
	Não	16,14	2,21±0,82	
30. Considero que o nível de formação não tem relação com as situações às quais eu atribuo significado [i]	Sim	33,93	3,17±0,79	317,000; 0,056*
	Não	25,93	2,72±0,84	
31. Não há relação entre o nível de conhecimento e atribuição de significado para as situações que vivencio em cada turno [i]	Sim	36,23	3,37±0,76	248,000; 0,003
	Não	23,55	2,69±0,85	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão

*O valor não atinge a significância, mas aponta-se pelo seu interesse como uma tendência

O tempo de serviço, quer total, quer no SU também determinou diferenças pontuais na percepção dos enfermeiros sobre a comunicação na passagem de turno. Os resultados são apresentados nas tabelas 10 e 11, respetivamente.

No que se refere ao tempo total de serviço, detetaram-se diferenças nos itens “Considero que tenho conhecimentos científicos suficientes para atribuição do respetivo significado a todas as situações que enfrento durante o turno” e “Considero que o meu percurso académico, até ao presente momento, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno”, o que revela a importância dada pelos enfermeiros com tempos de serviço entre os 11 e os 20 anos a estes dois aspetos.

Tabela 10.

Efeito do tempo de serviço total do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	Tempo serviço	MO	Média±DP	H Kruskal-Wallis; p
25. Considero que tenho conhecimentos científicos suficientes para atribuição do respetivo significado a todas as situações que enfrento durante o turno	< 10	25,72	3,10±0,45	6,041; 0,049
	11-20	34,71	3,43±0,50	
	> 21	25,77	3,09±0,54	
26. Considero que o meu percurso académico, até ao presente momento, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno	< 10	23,90	2,50±0,76	5,699; 0,058*
	11-20	34,82	3,00±0,67	
	> 21	28,82	2,73±0,65	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão

*O valor não atinge a significância, mas aponta-se pelo seu interesse como uma tendência

Ao comparar o tempo de serviço no SU (tabela 11), as interrupções voltam a ser um item que determina diferenças significativas ($p=0,036$), com os enfermeiros que trabalham há mais de 21 anos no SU a apresentarem uma pontuação mais elevada. No sentido oposto, são os enfermeiros que trabalham há menos de 10 anos naquele serviço que dão maior importância ($p=0,023$) a ler sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que lhe é fornecida nas passagens de turno.

Tabela 11.

Efeito do tempo de serviço no SU na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	Tempo serviço SU	MO	Média±DP	H Kruskal-Wallis; p
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço [i]	< 10	30,82	1,50±0,70	6,673; 0,036
	11-20	32,50	1,14±0,36	
	> 21	38,39	1,78±0,67	
21. Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno	< 10	34,40	2,92±0,77	7,585; 0,023
	11-20	21,04	2,29±0,73	
	> 21	26,33	2,56±0,73	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão

*O valor não atinge a significância, mas aponta-se pelo seu interesse como uma tendência

O tipo de vínculo (Tabela 12) determinou diferenças ($p=0,043$) na percepção que os enfermeiros têm sobre a relação do nível de formação com o significado atribuído a situações, com aqueles que têm um contrato de trabalho com termo a apresentarem uma pontuação mais elevada.

Tabela 12.

Efeito do tipo de vínculo do enfermeiro na percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	Tipo de vínculo	MO	Média±DP	U Mann-Whitney; p
30. Considero que o nível de formação não tem relação com as situações às quais eu atribuo significado [i]	C. sem termo	22,39	2,57±0,76	208,500; 0,043
	C com termo ¹	32,37	3,07±0,84	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão; C Contrato

¹ Inclui a termo certo e a termo incerto

No sentido de obter uma avaliação quantitativa da percepção da informação transmitida pelos dos enfermeiros do SU durante a passagem de turno, o questionário incluiu uma questão para os respondentes apontarem essa quantidade, em percentagens múltiplas de 10 (Figura 2).

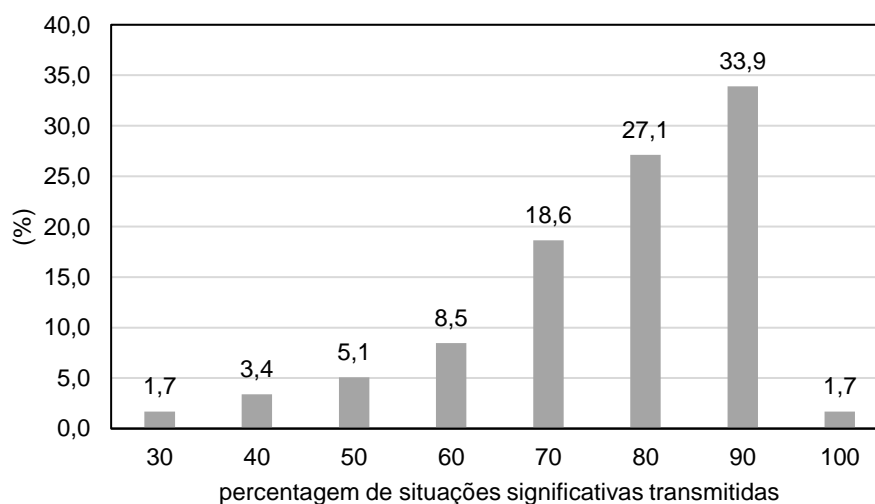


Figura 2.

Percentagem de enfermeiros que indicam cada uma das percentagens de situações significativas que ocorrem durante o turno e que consideram conseguir transmitir habitualmente durante a passagem de turno.

Como se pode observar na figura 2, 33,9% dos enfermeiros consideram conseguir transmitir 90% das situações significativas. Só um enfermeiro (1,7%) indicou perceber que transmite 100% das situações. A grande maioria dos enfermeiros (79,7%) apontou valores entre os 70% e 90%.

Para responder ao objetivo 3 do estudo, e, no sentido de tentar esclarecer quais os aspetos que melhor contribuem para a percepção de quantidade de informação transmitida, calcularam-se correlações entre essa variável e os itens do questionário. Na tabela 13 apresentam-se somente as correlações significativas. Somente em 13 dos 31 itens foram detetadas diferenças significativas, ainda com valores absolutos de coeficiente de correlação reduzidos. Ao analisar o racional subjacente a estes 13 itens,

observa-se a percepção de que a comunicação é eficaz, pois o enfermeiro consegue manter-se concentrado ($p=0,287$; $p=0,028$), considera a informação fácil de acompanhar ($p=0,385$; $p=0,003$) e é atualizada ($p=0,262$; $p=0,045$), que tem oportunidade de colocar questões ($p=0,246$; $p=0,030$), que a informação não é subjetiva ($p=0,247$; $p=0,030$) e é sobre todos os doentes internados ($p=0,319$; $p=0,007$) e transmitida de forma estruturada ($p=0,346$; $p=0,004$). São os enfermeiros com pontuações mais elevadas nestes itens, de entre outros que podem ser consultados na tabela 14, que apontam ter uma percepção de transmitir mais informação significativa durante as passagens de turno. Uma das correlações significativas detetadas não tem uma explicação evidente, pois o conhecimento do procedimento multissetorial da instituição acerca da realização da passagem de turno está associado a uma percepção de menos quantidade de informação significativa comunicada durante a passagem de turno ($p=-0,366$; $p=0,002$). Poder-se-ia equacionar que esta aparente contradição poderia estar relacionada com o tempo de serviço, pois os enfermeiros com menos experiência poderiam ter um maior desconhecimento daqueles procedimentos. Porém, quando se calculou o efeito entre o tempo e serviço e as pontuações do item 22 “*Conheço o procedimento multissetorial da instituição para a realização da passagem de turno*”, observou-se que não era significativo, conforme apresentado nas tabelas 10 e 11. Eventualmente este achado indica que os enfermeiros mais informados sobre os procedimentos institucionais têm uma percepção de comunicar menos, por terem uma percepção mais clara da exigência do procedimento, e perceberem com mais facilidade eventuais desvios entre a comunicação efetiva e as expectativas impostas pelos procedimentos institucionais.

Tabela 13.

Correlações entre as percentagens de situações significativas que o enfermeiro considera conseguir transmitir com as questões do questionário sobre de percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente as correlações significativas.

Item	ρ de Sperman	p
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	0,287	0,028
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar	0,385	0,003
4. A informação transmitida é atualizada	0,262	0,045
6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi	0,246	0,030
10. A informação transmitida é subjetiva [i]	0,247	0,030
11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	0,319	0,007
12. A informação é transmitida de forma estruturada	0,346	0,004
18. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes [i]	0,263	0,022
20. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente [i]	0,338	0,004
22. Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno	-0,366	0,002
23. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso [i]	0,268	0,020
27. Por vezes deparo-me com novas situações para as quais nem sempre me sinto cientificamente preparado [i]	0,292	0,013
31. Não há relação entre o nível de conhecimento e atribuição de significado para as situações que vivencio em cada turno [i]	0,254	0,026

A passagem de turno apresenta aspetos menos favoráveis para a qualidade da comunicação dos enfermeiros, pelo que se incluiu no questionário uma questão para os participantes sugerirem melhorias, numa primeira questão se sugere que são necessárias essas melhorias, e numa segunda questão quais as que propõe. Observou-se que 20 enfermeiros (36%) indicaram ser necessárias melhorias no processo de passagem de turno (Figura 3). Das sugestões apresentadas por esses 20 enfermeiros (Figura 4), a maioria das sugestões colocou-se ao nível da organização (65%) e das interrupções (45%). As outras sugestões (25%) estiveram relacionadas com a passagem de turno junto ao doente, e a presença de todos os enfermeiros envolvidos no momento de transição. Ao nível da organização, as sugestões dos participantes no estudo (P.) incluíram exemplos como:

P.5 – “ISBAR de forma a conseguir uniformizar a transmissão de informação com método científico validado”;

P.10 – “uniformização da passagem de turno”;

P.11 – “Instituir sistema de passagem de informação organizado de forma a evitar “esquecimentos” de informação que pode ser importante”;

P.40 – “Técnicas de comunicação iguais para todos os enfermeiros”.

Já a importância atribuída às interrupções, que se detetou nas partes anteriores do presente trabalho, é percecionada como um obstáculo à comunicação eficaz durante a passagem de turno por alguns enfermeiros, determinou sugestões que são sumariamente no sentido de as evitar:

P.9 – “Educar a equipa multidisciplinar para respeitar o momento de passagem de turno”;

P.12 – “Privatizar o momento de passagem de turno, de forma a minimizar interrupções”;

P.17 – “Não haver interrupções por outros colaboradores com assuntos que não têm interesse para a passagem de turno”;

P.22 – “As interrupções constantes provocam desconcentração a quem transmite informação e a quem a recebe”.

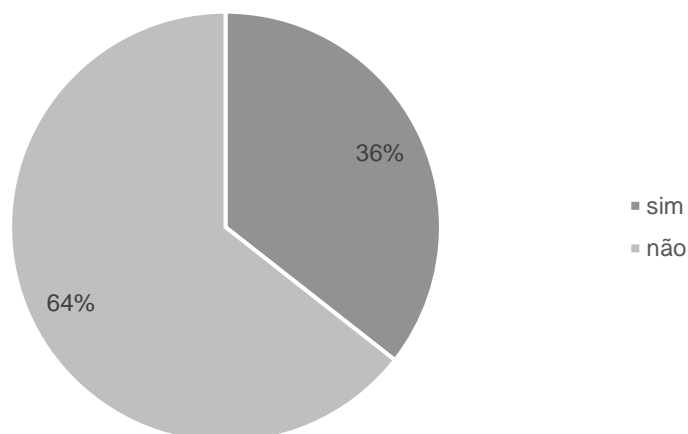


Figura 3.

Percentagem de enfermeiros que propõem melhorias na passagem de turno e qualidade da informação nela transmitida.

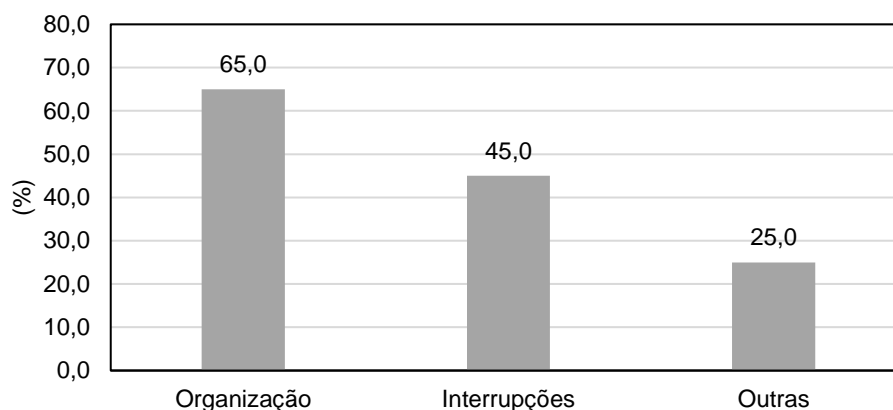


Figura 4.

Melhorias específicas apontadas pelos 20 enfermeiros que propõem melhorias para a passagem de turno e qualidade da informação nela transmitida.

Ao assumir o pressuposto de que quem propõem melhorias, percebe o objeto dessas melhorias como imperfeito, procedeu-se à comparação dos enfermeiros que propõem, ou não, melhorias, e os itens do questionário, no sentido de tentar detetar os aspetos que terão estado na base da avaliação da sua necessidade. Esta abordagem, embora possa parecer redundante com a informação patente na figura 4, não o é, pois, esta questão era aberta, e foi respondida telegraficamente pela maioria dos respondentes. Adicionalmente, é provável que os enfermeiros só tenham apontado as questões que consideram mais graves, ou tenham feito apontamentos genéricos, como “organização”, cujo conteúdo não é fácil de estabelecer. Como se pode avaliar na tabela 14, os enfermeiros que propõem melhorias têm uma menor tendência, ainda que não significativa ($p=0,054$), para perceber a informação transmitida como atualizada. No mesmo sentido, a suficiência da informação transmitida (item 5; $p=0,007$), a adequação da informação (item 11; $p=0,023$); a eventual necessidade de contactar o enfermeiro anterior para esclarecimentos (item 13; $p=0,034$); a percepção de haver informação importante que não é transmitida (item 19; $p=0,041$) é menor nos enfermeiros que propõem melhorias, podendo inferir-se que a sua avaliação está centrada fundamentalmente em aspetos relacionados com o conteúdo e eficácia da comunicação na passagem de turno. Como seria de esperar, há também diferenças ($p=0,014$) no item “É importante reformular a estrutura das passagens de turno [i]”, com uma maior proporção de enfermeiros a concordar [a menor pontuação deriva da inversão do item].

Tabela 14.

Comparação dos enfermeiros que propõem melhorias para a passagem de turno com a percepção sobre a comunicação durante a transição das equipas de enfermagem. Apresentam-se somente os itens em que se observaram diferenças.

Item	Propõe melhorias	MO	Média±DP	U Mann-Whitney; p
4. A informação transmitida é atualizada	Sim	27,17	3,05±0,59	290,500; 0,054*
	Não	31,57	3,37±0,63	
5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados aos doentes	Sim	22,71	2,86±0,66	246,000; 0,007
	Não	34,03	3,34±0,75	
11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	Sim	23,83	2,62±0,67	269,500; 0,023
	Não	33,41	3,03±0,64	
13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informação sobre estes [i]	Sim	24,12	1,76±0,54	275,500; 0,034
	Não	33,25	2,34±1,02	
19. Sinto que há informação importante que não é transmitida [i]	Sim	24,76	1,81±0,75	289,000; 0,041
	Não	32,89	2,13±0,62	
24. É importante reformular a estrutura das passagens de turno [i]	Sim	23,02	1,62±0,80	252,500; 0,014
	Não	33,86	2,21±0,93	

MO. Média de Ordens; DP. Desvio Padrão

*O valor não atinge a significância, mas aponta-se pelo seu interesse como uma tendência

No sentido de avaliar a qualidade da comunicação durante a passagem de turno, e o efeito da implementação da metodologia ISBAR no SUGHNP, procedeu-se à aplicação do GO antes da implementação da mesma, relativa ao segundo momento cronológico (observação 1), e replicou-se a mesma metodologia um mês após a implementação do instrumento padronizado para as passagens de turno, correspondente ao terceiro momento cronológico (observação 2). Ao longo da descrição dos resultados obtidos através do GO é realizada uma análise comparativa entre o segundo e terceiro momentos cronológicos em simultâneo. Para facilitar a visualização das diferenças entre os dois momentos, os resultados são apresentados simultaneamente nas tabelas que se seguem, de encontro ao objetivo 7.

A primeira parte do GO era composto por seis questões de resposta sim/não. A frequência das respostas é apresentada na tabela 15 (o que responde ao objetivo 5.2 e 6.2), e a comparação entre os dois momentos de observação é realizada através do teste do qui-quadrado.

Tabela 15.

Comparação da frequência, expressa em porcentagem, de cumprimento de parâmetros de qualidade da passagem de turno na observação 1 e observação 2.

	Observação 1		Observação 2		X ² ; p
	Sim	Não	Sim	Não	
1.Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição, estão identificados?	27,5 ¹	72,5	25,0	75,0	0,000; 1,000
2.A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?	0	100	95,0	5,0	68,622; <0,001
3.Na transição de cuidados é utilizada a metodologia ISBAR?	12,5	87,5	100	0	57,717; <0,001
4.Estão presentes todos os elementos/profissionais essenciais para a transmissão de informação?	75,0	25,0	85,0	15,0	0,703; 0,402
5.Existem interrupções durante a passagem de turno?	62,5	37,5	55,0	45,0	0,206; 0,650
6.É disponibilizado o tempo suficiente para permitir a passagem de informação?	80,0	20,0	52,5	47,5	5,590; 0,018

¹ As porcentagens são apresentadas para cada observação (somam em linha para cada observação)

Observou-se em ambos os momentos que há uma grande proporção de elementos envolvidos na passagem de turno que não estão identificados, 72,5% na observação 1 (segundo momento cronológico) e 75% na observação 2 (terceiro momento cronológico). Essa frequência foi similar ($P=1,000$) nas duas observações. Como a implementação da metodologia ISBAR implicou uma transmissão de informação escrita nas transições de equipas, este foi o item onde houve uma mudança mais significativa, da ausência total na primeira observação, para um cumprimento muito elevado (95%) na segunda observação. Como esperado, esta mudança de paradigma na transmissão de informação determinou uma diferença altamente significativa ($p<0,001$). No mesmo sentido, a utilização da metodologia ISBAR sofreu um aumento também altamente significativo ($p<0,001$), de 12,5% das situações, para um cumprimento absoluto. Ainda que no contexto da metodologia ISBAR se defenda que devem estar presentes todos os profissionais essenciais para a transmissão da informação, observou-se que isso não aconteceu em 25% das passagens de turno na observação 1 e em 15% das da observação 2, o que não se configura como uma melhoria, pois essas frequências são estatisticamente não diferentes ($p=0,402$). As interrupções, que como se observou na primeira parte do presente trabalho são percebidas como um problema por muitos enfermeiros, não melhorou ($p=0,650$) com a implementação da metodologia, tendo sido observadas em 37,5% e 45,0% das passagens de turno na primeira e na segunda observações, respetivamente. Antes da implementação da metodologia ISBAR o tempo disponibilizado para a passagem de turno era suficiente em 80% dos casos observados. Já depois da implantação da metodologia a frequência de passagens de turno em que o tempo foi suficiente foi reduzida para 52,5% ($p=0,018$), assim, com a metodologia ISBAR será necessário rever o tempo disponível para esta tarefa.

Esse aspeto do tempo investido na passagem de turno é confirmado pela comparação do tempo médio por doente (Tabela 16), que aumentou ($p=0,029$) de

2,27±0,56 para 2,66±0,88, apresentado ordem médias de 38,84 e 46,16 na primeira e na segunda observação, respetivamente. O aumento de tempo rondou os 0,4 minutos, em média, por doente. Ao ter em conta que o serviço pode ter nove doentes, este aumento médio pode ascender a 3,6 minutos. O tempo previsto para a passagem de turno está estabelecido, no SU do hospital onde decorreu o trabalho, em 15 minutos, se se considerar o tempo médio por doente determinado no presente estudo de 2,66 minutos, e ao considerar o total de 9 camas, o tempo da passagem de turno pode ascender a cerca de 24 minutos, o que ultrapassa em cerca de 60% os 15 minutos disponibilizados para o efeito.

Tabela 16.

Comparação do tempo médio, em minutos, utilizado por doente na observação 1 e observação 2.

Item	Observação 1		Observação 2		U Mann-Whitney; p
	MO	Média±DP	MO	Média±D P	
Tempo médio por doente	38,84	2,27±0,56	46,16	2,66±0,88	573,500; 0,029

Como um dos problemas que se pode colocar ao avaliar o tempo necessário para a passagem de turno é a quantidade de doentes, procedeu-se à comparação das frequências do item relativo à adequação da quantidade de tempo necessária ser suficiente, em cada uma das observações independentemente, entre três categorias de quantidade de doentes, múltiplas de três. Como se pode observar na tabela 17. Na primeira observação (segundo momento cronológico), há uma ligeira redução da frequência de casos em que o tempo é considerado insuficiente, ainda que essa redução de 100% nas passagens de turno com um a três doentes para 62,5% quando a passagem de turno envolve 6 a 9 doentes não tenha atingido valores de significância estatística ($p=0,068$) aponta uma tendência latente. Já na observação 2, após a implementação da metodologia ISBAR (terceiro momento cronológico), a insuficiência de tempo foi registada somente em 20% das situações com 1 a 3 doentes, e aumentou ($p=0,006$) para 80% com número de doentes máximo.

Tabela 17.

Comparação dos valores médios de conformidade em função do número de doentes, na observação 1 e observação 2. Apresentam-se somente as médias de ordens dos itens onde foram detetadas diferenças significativas.

Tempo suficiente	Observação 1				Observação 2			
	Número de doentes				Número de doentes			
	1-3	4-6	6-9	X ² ; p	1-3	4-6	6-9	X ² ; p
Sim	100	89,5	62,5	5,378; 0,068	80,0	70,0	20,0	10,326; 0,006
Não	0	10,5	37,5		20,0	30,0	80,0	

¹ As percentagens são apresentadas para cada número de doentes (soma em coluna)

A segunda parte da grelha de observação incluiu a quantificação dos índices de conformidade associadas ao número de doentes, para um conjunto de itens

relacionados com a identificação adequada do doente, com aspetos relacionados com a causa de admissão, antecedentes e anamnese, avaliações e recomendações. Os resultados foram expressos em percentagem de conformidade em cada item, e calculou-se também um valor de conformidade média de todos os itens, que são apresentados para cada uma das observações na tabela 18, assim como a comparação estatística entre ambas.

Como se pode observar na tabela 18, dos 18 itens que constituíram a grelha de observação, em 12 foram registadas melhorias significativas, o que representa melhoria em 67% dos itens avaliados. Também no total, que foi obtido pela média dos anteriores se registou uma melhoria de $47,8 \pm 9,5\%$ para $68,9 \pm 9,4\%$ ($p < 0,001$). Nos aspetos relativos à identificação, aqueles relativos à identificação do doente melhoraram ($p < 0,001$) de uma conformidade média de $49,2 \pm 38,0\%$ para $93,4 \pm 21,7\%$. As não conformidades observadas, principalmente na primeira observação estavam relacionadas com a não indicação do nome completo do doente. A identificação da pessoa significativa ou cuidador era um procedimento tendencialmente ausente na observação 1, com um nível de conformidade de $8,6 \pm 16,4\%$, e aumentou significativamente ($p < 0,001$) para $64,0 \pm 32,7\%$: apesar deste aumento, este é um aspeto que ainda tem algum espaço para melhorias.

No conjunto de itens relativos à situação atual e causa de procura do SU, observaram-se melhorias nos registos de data e hora de admissão ($p < 0,001$) e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar ($p = 0,006$), de um nível de conformidade de $41,2 \pm 28,2\%$ passou a $59,9 \pm 32,3\%$. A descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde não apresentou melhorias ($p = 0,209$) simplesmente porque o ponto de partida na observação 1 era já muito favorável, com um nível de cumprimentos da ordem dos 98%.

Tabela 18.

Comparação dos valores médios de conformidade, expressa em percentagem, dos vários itens avaliados na observação 1 e observação 2.

Item	Observação 1		Observação 2		U Mann-Whitney; p
	MO	Média±DP	MO	Média±DP	
1 – Identificação					
1.1-Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente;	27,59	49,2±38,0	53,41	93,4±21,7	283,500; <0,001
1.2-Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.	24,14	8,6±16,4	56,86	64,0±32,7	145,500; <0,001
2 – Situação atual/Causa					
2.1-Data e hora de admissão;	23,40	14,3±22,1	57,60	78,4±30,8	116,000; <0,001
2.2-Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;	38,90	97,5±7,1	42,10	99,4±0,4	736,000; 0,209
2.3-Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar.	33,36	41,2±28,2	47,64	59,9±32,3	514,500; 0,006
3 – Antecedentes/Anamnese					
3.1-Antecedentes clínicos;	34,73	71,0±33,2	46,28	88,6±16,8	569,000;0,017
3.2-Níveis de dependência;	34,23	67,3±30,6	46,78	82,7±28,6	549,000; 0,011
3.3-Alergias conhecidas ou da sua ausência;	28,34	3,7±7,2	52,66	41,5±36,5	313,500; 0,009
3.4-Hábitos relevantes;	34,13	12,5±19,8	46,88	28,4±31,4	545,000; 0,009
3.5-Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;	26,04	17,2±24,8	54,96	63,9±29,7	221,500; <0,001
3.6-Técnicas invasivas realizadas;	36,00	32,3±29,7	45,00	43,3±32,0	620,000; 0,081
3.7-Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar.	38,25	14,8±18,9	42,75	24,0±30,5	710,000; 0,349
4 – Avaliação					
4.1-Problemas ativos;	36,98	93,3±14,0	44,03	98,5±5,7	659,000; 0,035
4.2-Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa;	38,21	84,9±19,4	42,79	87,6±19,4	708,500; 0,331
4.3-Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;	34,20	82,2±26,0	46,80	93,8±15,1	548,000; 0,004
4.4-Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.	33,71	80,7±27,9	47,29	94,5±14,1	528,500; 0,002
5 – Recomendações					
5.1-Indicação do plano de continuidade de cuidados;	40,66	67,1±33,6	40,34	68,6±30,0	793,500; 0,949
5.2-Informação sobre consultas e MCDT agendados.	36,41	22,8±24,8	44,59	30,27±25,4	636,500; 0,111
TOTAL	23,24	47,8±9,5	57,56	68,9±9,4	109,500;<0,001

Dos sete itens observados relativos aos antecedentes e anamnese, observaram-se melhorias em cinco. Na comunicação de antecedentes clínicos, níveis de dependência

e hábitos relevantes as melhorias foram significativas ($p=0,017$, $p=0,011$ e $p=0,009$, respetivamente), aumentou em cerca de 15% os níveis de conformidade da primeira para a segunda observação. O registo e comunicação de alergias, ou a sua ausência, sofreu uma melhoria significativa ($p=0,009$), de um valor residual de $3,7\pm 7,2\%$ para $41,5\pm 36,5\%$, assim como a comunicação de terapêutica de ambatório e adesão à mesma ($p<0,001$), que aumentou de $17,2\pm 24,8\%$ para $63,9\pm 29,7\%$. A comunicação de técnicas invasivas realizadas e a presença ou risco de infeção, ainda que tenha sofrido um ligeiro aumento, não determinou diferenças significativas e continua a ser um aspeto com muita margem para melhoria, pois na segunda observação ainda tem níveis de cumprimento somente de $43,3\pm 32,0\%$ e $24,0\pm 30,5\%$, respetivamente.

Nos itens da grelha de observação relacionados com a avaliação, a situação de partida era já bastante favorável, com níveis de cumprimento superiores a 80% nos quatro itens observados no segundo momento cronológico. Ainda assim, observaram-se melhorias em três deles, nomeadamente na comunicação de problemas ativos ($p=0,035$), alteração do estado de saúde e avaliação das medidas implementadas ($p=0,004$) e focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas ($p=0,002$). A comunicação de terapêutica medicamentosa e não medicamentosa passou de um nível de conformidade de $84,9\pm 19,4\%$ para $87,6\pm 19,4\%$, o que não determinou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,331$).

No domínio das recomendações, a implementação da metodologia ISBAR não se refletiu em melhorias significativas, o IC evoluiu de $67,1\pm 33,6\%$ para $68,6\pm 30,0\%$ ($p=0,949$) na conformidade da indicação do plano de continuidade de cuidados e de $22,8\pm 24,8\%$ para $30,27\pm 25,4\%$ ($p=0,111$) na Informação sobre consultas e MCDT agendados.

Do ponto de vista médio, ao comparar o índice de conformidade total, a melhora foi altamente significativa ($p<0,001$) de $47,8\pm 9,5\%$ para $68,9\pm 9,4\%$, ainda que o valor da segunda observação revele que ainda há espaço para melhorar a comunicação de acordo com a metodologia ISBAR.

Existem três mudanças de turno por dia, que necessariamente têm um perfil diferente, pelo número de profissionais envolvidos, pelo volume de doentes que procuram o SU nesse período e pelo momento do dia, que também poderá ter reflexos na comunicação. Assim, comparou-se o índice de conformidade para todos os itens da grelha de observação e para o total, entre os turnos noite para manhã (N→M), manhã para tarde (M→T) e tarde para noite (T→N). Esta comparação foi feita independentemente para os resultados da observação 1 e observação 2. Na tabela 19 apresentam-se os resultados dos itens em que se observaram diferenças significativas. Na primeira observação detetaram-se diferenças ($p=0,004$) no item relacionado com os antecedentes/anamnese “presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar”, com um maior cumprimento na mudança de turno T→N, e no item relacionado com avaliação “problemas ativos”, também com um nível de cumprimento maior na mudança T→N. A mudança de turno M→T foi a que apresentou menor nível de cumprimento. Na segunda observação, realizada após a implementação da metodologia, as diferenças situaram-se ao nível das recomendações, especificamente no item “Informação sobre consultas e MCDT agendados”, mais uma vez com a passagem de turno M→T com o menor nível de cumprimento.

Tabela 19.

Comparação dos valores médios de conformidade nas três passagens de turno, na observação 1 e observação 2. Apresentam-se somente as médias de ordens dos itens onde foram detetadas diferenças significativas.

Item	Observação 1 Mudança de turno				Observação 2 Mudança de turno			
	N→M	M→T	T→N	H Kruskal-Wallis; p	N→M	M→T	T→N	H Kruskal-Wallis; p
3 – Antecedentes/Anamnese								
3.7- Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar.	18,23	17,70	32,86	11,131; 0,004				
4 – Avaliação								
4.1-Problemas ativos;	23,77	17,27	25,50	6,606; 0,037				
5 – Recomendações								
5.2- Informação sobre consultas e MCDT agendados.					21,54	14,20	27,25	8,631; 0,013

N. Noite; M. Manhã; T. Tarde

Como o número de doentes está associado ao volume de trabalho, equacionou-se que poderia estar relacionado com o nível de cumprimento dos aspetos de comunicação da grelha de observação. Utilizou-se o agrupamento dos doentes em categorias múltiplas de três para fazer essa comparação, independentemente na primeira e segunda observação (Tabela 20). Na observação 1 detetaram-se diferenças em dois itens do domínio dos antecedentes/anamnese, as “*técnicas invasivas realizadas*” ($p=0,014$) e a “*presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar*” ($p=0,036$). Em ambos os casos confirma-se que o menor número de doentes contribui para um melhor cumprimento dos parâmetros da comunicação. Curiosamente, na segunda observação, no item “Identificação da pessoa significativa/cuidador informal”, detetou-se uma tendência ($p=0,05$) para os melhores resultados serem os registados com o número máximo de doentes.

Tabela 20.

Comparação dos valores médios de conformidade do número de doentes, na observação 1 e observação 2. Apresentam-se somente as médias de ordens dos itens onde foram detetadas diferenças significativas.

Item	Observação 1				Observação 2			
	Número de doentes				Número de doentes			
	1-3	4-6	6-9	H Kruskal-Wallis; p	1-3	4-6	6-9	H Kruskal-Wallis; p
1 – Identificação								
1.2-Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.					11,00	19,40	25,13	5,980; 0,050 [‡]
3 – Antecedentes/Anamnese								
3.6-Técnicas invasivas realizadas;	34,70	19,39	18,56	8,560; 0,014				
3.7-Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar.	32,00	19,58	18,00	6,668; 0,036				

[‡]O valor não atinge a significância, mas aponta-se pelo seu interesse como uma tendência

2.8 Discussão de resultados

As mudanças de turno entre as equipas de enfermagem são um processo que representa algum risco para a qualidade dos cuidados prestados, podem mesmo comprometer o prognóstico do doente, se forem cometidos alguns erros. Há falhas críticas em tratamentos que resultam de lapsos de comunicação durante a mudança de turno, e que poderiam ser evitadas (Schmidt et al., 2019). Num SU, este problema assume contornos ainda mais complexos, pois a grande diversidade de patologias dos doentes que estão em observação, a existência ou não de diagnóstico, assim como a elevada rotatividade dos doentes, leva a que a comunicação na passagem de turno tenha que ser realizada de forma suficientemente segura para evitar erros, que podem ser aspetos simples como a omissão de um detalhe, até aspetos mais graves, como trocar os cuidados a dois doentes com nomes semelhantes (Ahn et al., 2021; Cross et al., 2019). Além dos aspetos suprarreferidos, o SU é um serviço hospitalar onde os níveis de stress dos profissionais é habitualmente elevado, pois há muitas situações de morte eminente do doente, casos sociais complexos, momentos de muita afluência, doentes e acompanhantes com reduzida empatia, de entre outros (Yaakubov et al., 2020). A realização da passagem de turno de acordo com um algoritmo predefinido, como a metodologia ISBAR, melhora a segurança do doente, e por inerência dos cuidados como um todo, e dessa forma melhora também a segurança do enfermeiro, pois fica menos exposto a eventuais falhas que possa cometer (DGS, 2017). Vários trabalhos têm avaliado a perceção dos enfermeiros sobre o interesse da implementação da metodologia ISBAR, ou metodologias similares com base nos mesmos pressupostos, e os resultados são sempre muito favoráveis à implementação, pois a segurança que este método confere à transição de informação entre turnos, colmata uma das principais preocupações dos enfermeiros quanto a esse momento da sua atividade profissional (Abou Hashish et al., 2023; Karmila et al., 2019; Pun, 2021; Toren et al., 2022).

No presente trabalho, no primeiro momento cronológico, pretendeu-se avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição de cuidados das equipas de enfermagem. Para o efeito recolheu-se informação de carácter sociodemográfico e profissional de uma amostra de 59 enfermeiros do SU de um hospital do norte do país, e pediu-se a esse grupo de profissionais para responder a um questionário sobre a percepção de aspetos relacionados com a mudança de turno. O questionário original foi desenvolvido na Austrália (O'Connell et al., 2008), e foi adaptado, e ligeiramente modificado, para a população portuguesa por Tranquada (2013). No presente trabalho complementamos o questionário com as últimas sete questões. Os resultados foram organizados em aspetos relacionados tendencialmente com a autoavaliação da eficácia da comunicação, e com a adequação e qualidade da comunicação tendo em consideração o contexto, e não necessariamente aspetos relacionados com a receção da mensagem.

De uma forma geral a resposta dos enfermeiros foi muito favorável às questões incluídas no questionário, com pontuações médias acima do centro da escala de resposta. No domínio da compreensão da informação, há vários aspetos incluídos no questionário que são habitualmente registados como preocupações pelos enfermeiros envolvidos na passagem de turno. A capacidade de manter a concentração é um aspeto que é partilhado por grande parte dos enfermeiros que integraram o presente estudo. As passagens de turno exigem um nível bastante elevado de consciência que está associado à capacidade dos profissionais se concentrarem na produção e na compreensão da linguagem, traduzindo-a cognitivamente em elementos relacionados com o cuidado aos doentes (Spilioti et al., 2019). Para que a comunicação ocorra de forma eficaz é determinante que o enfermeiro esteja claramente concentrado, embora esse estado possa não ser um dado adquirido, particularmente após turnos muito desgastantes física e/ou emocionalmente, o que se configura como um sério obstáculo à qualidade da informação partilhada (Fealy et al., 2019).

Para além da concentração na tarefa, o conteúdo da informação partilhada é um tema que tem sido vastamente estudado. No presente trabalho confirmou-se que há uma percepção dos enfermeiros de que há informação importante que não é transmitida, ou está desatualizada, assim como há informação partilhada que seria desnecessária. Muitas vezes esta percepção de falhas na comunicação é determinada pela diferente experiência profissional e conhecimentos prévios dos enfermeiros, assim como aspetos pessoais, relacionados com a personalidade das partes envolvidas e competências de comunicação oral e escrita (Hada et al., 2019).

A oportunidade de esclarecer dúvidas é um aspeto que é muito consensual nos enfermeiros que participaram no presente estudo, tendo sido um dos itens com um valor médio de resposta mais elevado de todo o questionário "*Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi*" ($3,64 \pm 0,58$) e "*Consigo esclarecer a informação que foi transmitida*" ($3,37 \pm 0,61$). Esta visão dinâmica da comunicação na passagem de turno, que não se limita à entrega e receção acrítica de um conjunto de informações, é a principal virtude da passagem de turno ser feita em reunião entre os enfermeiros que estão de saída e os que estão a entrar (Pun, 2021; Yetti et al., 2021).

Os esclarecimentos adicionais são vistos sempre como uma excelente estratégia para garantir que a comunicação foi eficaz, em algumas instituições em que existe a aplicação de uma lista de verificação como o ISBAR, é incluída uma pergunta final de

confirmação da mensagem. Por exemplo, em trabalhos de investigação decorridos na Austrália para avaliar a perceção de enfermeiros sobre as práticas de transferência de informação na passagem de turno, é incluída uma questão “*Os enfermeiros de saída devem questionar os enfermeiros a entrar sobre aspetos que permitam clarificar e confirmar a informação discutida*”¹ (Slade et al., 2019).

Os aspetos relacionados com a compreensão clara da mensagem foram aqueles onde se detetaram correlações significativas com a perceção de quantidade de informação significativa transmitida avaliados no presente trabalho, o que reforça a ideia de que há um conjunto de aspetos relacionados com capacidade de concentração, memória, capacidade de síntese e de discriminar o essencial do acessório, que são características do enfermeiro que interessa cultivar, quer como emissor da mensagem e como recetor.

No domínio da eficácia da comunicação têm sido identificados vários obstáculos, desde logo a capacidade científica do emissor e do recetor, assim como a sua experiência, que pode levar a haver falhas de comunicação devido à utilização de vocabulário excessivamente técnico e específico, que pode ser do desconhecimento de uma das partes (Powell et al., 2020). Esse problema agrava-se se não houver um clima de camaradagem profissional e uma cultura de ensino e aprendizagem no serviço, havendo mesmo referência na literatura a *bullying* laboral por parte dos profissionais mais informados (E. M. Kim et al., 2022). Adicionalmente, se o enfermeiro que está a ter dificuldades em compreender a mensagem tiver pouca confiança nos seus conhecimentos, pode simplesmente fingir a compreensão do assunto, para não se expor, o que se configura como um comportamento altamente arriscado no contexto da passagem de turno (Rikos et al., 2019). Estes últimos autores observaram num estudo qualitativo que os enfermeiros gregos faziam a passagem de turno muito focados em aspetos clínicos, e tinham pouca confiança nos seus conhecimentos, atuavam principalmente como um instrumento executivo das instruções dos médicos, não davam tanta importância a aspetos de enfermagem avaliados por si próprios. Este foco nos aspetos médicos esteve na base de um dos itens incluídos no questionário utilizado no presente estudo “*É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente [i]*”, onde também houve uma forte tendência para os enfermeiros concordarem com essa possibilidade, revelado pela reduzida pontuação obtida, após a inversão das respostas ($1,98 \pm 0,75$). Ainda que o processo do doente esteja disponível para consulta, o seu conteúdo é fundamentalmente de carácter clínico (Kaltoft et al., 2022), e não inclui informações importantes para os cuidados de enfermagem, como o estado psicológico do doente, resistência à toma de medicamentos, indícios de infeção ou úlceras de pressão, ou, aspetos relacionais com a família, que devem ser atendidos na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno para garantir que a esses doente é prestado um cuidado personalizado, e se evitem erros que podem ser decorrentes desses “pequenos grandes” detalhes que cabe ao enfermeiro monitorizar e gerir (Hada & Coyer, 2021). Por estes motivos, quando se avalia a competência de comunicação e perceção de sistemas de passagem de turno, a aceitação da consulta do processo do doente como um instrumento central na continuidade de cuidados é pontuado negativamente (Gungor et al., 2022).

O conhecimento científico, obtido através do percurso acadêmico ou da formação complementar, assim como a experiência, foram os tópicos subjacentes às questões que no presente trabalho foram acrescentadas ao questionário. Observou-se uma vasta concordância com a importância destes aspectos para a execução de passagens de turno adequadas e para reduzir o risco associado a esse procedimento. Um desses itens, o que obteve uma maior pontuação “*Considero que tenho conhecimentos científicos suficientes para atribuição do respetivo significado a todas as situações que enfrento durante o turno*” ($3,25 \pm 0,51$). Este é um tema central na problemática da comunicação durante as passagens de turno, pois como fora apontado anteriormente, se a comunicação estiver a acontecer entre dois enfermeiros com diferentes conhecimentos, inevitavelmente há uma barreira. Ainda que o nosso trabalho tenha decorrido no SU, muita da literatura consultada foca-se em passagens de turno noutros serviços, que consideramos ser adequada para efeitos comparativos e de enquadramento e justificação, pois o racional subjacente é sempre uma comunicação adequada e eficaz. Tendo em consideração a especificidade de alguns serviços, a questão dos conhecimentos científicos diferentes entre enfermeiros é muitas vezes abordada como uma barreira à comunicação quando há transferência de doentes entre serviços, nomeadamente das unidades de cuidados intensivos para o internamento, pois a linguagem dos enfermeiros dos cuidados intensivos será tendencialmente muito técnica, e não necessariamente compreensível por outros enfermeiros com menor experiência nesse domínio (Ahn et al., 2021; Mastrogiovanni & Michelle Moccia, 2022; Wang et al., 2022).

A importância do ambiente em que decorre a passagem de turno foi também avaliada através do questionário aplicado no presente trabalho. Um dos aspectos considerados foi a possibilidade de fazer a passagem de turno na presença do doente. Este item teve uma concordância média dos enfermeiros ($2,63 \pm 0,74$), o que denota alguma heterogeneidade de perceções. Adicionalmente, foi um dos aspectos apontados pelos enfermeiros como possíveis melhorias na passagem de turno. Há uma certa unanimidade na literatura quanto ao interesse de fazer a passagem de turno na presença do doente. Quando o paciente está presente na passagem de turno há mais segurança, pois se houver alguma falha, o próprio doente pode alertar o enfermeiro e contribuir para corrigir a situação. O doente envolvido sente-se mais incluído e informado, o que pode contribuir para moderar a ansiedade característica da situação (Forde et al., 2020; Oxelmark et al., 2020). Ainda que os doentes gostem que a passagem de turno seja feita na sua presença, alguns estudos demonstram que os enfermeiros preferem fazer a passagem de turno sem a presença do doente, por poder comprometer a confidencialidade de algumas informações. Para ultrapassar este problema da confidencialidade, e tirar proveito da presença do doente, alguns autores propõem fazer a passagem de turno em boxes individuais, que em alguns serviços estão disponíveis. Essas estruturas para além das vantagens já apontadas, reduz a probabilidade de ocorrerem distrações, e permite manter uma maior concentração e fazer, entre as partes, verificações duplas, ou mesmo triplas, para assegurar que a mensagem comunicada foi devidamente compreendida pelo recetor (Paredes-Garza et al., 2022).

No contexto do ambiente, as distrações e interrupções são sistematicamente apontadas como barreiras a uma comunicação eficaz durante as passagens de turno. Durante este processo há uma comunicação por parte do enfermeiro de saída sobre o

estado do doente e informações complementares, que constituem em si a mensagem transmitida neste momento comunicacional. O enfermeiro que está a entrar no turno, com essa informação vai construir uma imagem mental do doente/processo, e delinear internamente um plano de cuidados, que vai orientar as suas atividades com o doente. Este processo é cognitivamente exigente, pelo que se for interrompido, por distrações ou solicitações, não fica concluído, e haverá um maior risco de o enfermeiro não prestar os cuidados mais adequados (Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Estas interrupções e distrações podem ser de vária ordem, estritamente profissionais, como telefonemas de outros serviços, médicos que precisam de apoio, equipamentos de monitorização a indicar emergência, doentes a pedir apoio, ou, podem ser mais de carácter menos profissional, em que a passagem de turno se assume como um momento social entre colegas, em que a conversa deriva para temas não relacionados com o objeto da passagem de turno, que é toda a informação relativa aos doentes (Abou Hashish et al., 2023; Ahn et al., 2021). Para ilustrar esta situação, parafraseando uma enfermeira que integrou um estudo qualitativo sobre passagem de turno desenvolvido por Fealy e colegas na Irlanda “[algumas pessoas] estão de facto sentadas à conversa, metade delas nem sequer estão a ouvir e ... também não estão a ouvir a informação de mudança de turno e não estão a ter isso em consideração²” (Fealy et al., 2019).

A maioria das características sociodemográficas e profissionais registadas no presente trabalho tiveram somente influências pontuais nos aspetos avaliados pelo questionário, sendo que a visão global que se pode extrair é de uma tendência para não haver influência do sexo e da idade do enfermeiro, pois só foram detetadas diferenças significativas num item, respetivamente. Mesmo se considerados valores de probabilidade ligeiramente superiores aos 0,05, só se acrescentou mais um item para cada variável intendente. O tempo de serviço, quer total, quer especificamente no SU, também demonstrou um efeito marginal só em duas questões. Ao nível das variáveis relacionadas com a formação, quer académica, quer profissionalizante, observou-se que os enfermeiros com mais habilitações/formação valorizaram mais as questões relacionadas com a importância do conhecimento, formação e experiência. Essa tendência é legítima, e traduz o padrão encontrado em vários estudos, em que o conhecimento e a formação são apontados como um pilar para o sucesso das passagens de turno. Dada a importância do conhecimento nesta matéria, não só, genéricos de enfermagem, mas também específicos sobre metodologias utilizáveis a apoiar o procedimento, como a ISBAR, têm sido feitos vários esforços para introduzir essa formação ainda durante a formação dos enfermeiros (J. H. Kim et al., 2022; Lee & Lim, 2021; Noh & Lee, 2020; Uhm et al., 2019). Para os enfermeiros que trabalham nos cuidados, há uma grande preocupação com fazerem formação adequada sobre os procedimentos associados às metodologias de mudança de turno, para poderem estar mais seguros das suas opções, e contribuir para a melhoria da segurança do doente e qualidade dos cuidados em geral (Breen et al., 2019; Haddeland et al., 2022; Pakcheshm et al., 2020; Pun, 2023).

Os aspetos que foram avaliados com o questionário sobre a perceção que os enfermeiros têm sobre várias vertentes envolvidas na passagem de turno, uns funcionam como benefícios, e outros como barreiras, e contribuem para compreender a complexidade daquilo que para um leigo poderia parecer um procedimento trivial. Tendo

em consideração que as falhas de comunicação são uma das principais causas de erro médico e de outras complicações para o doente, de entre as quais a deterioração do estado psicológico com risco de suicídio, torna-se determinante implementar estratégias para reduzir esse potencial problema (Hada & Coyer, 2021; Obaid et al., 2021). É também com a comunicação eficaz que se consegue empoderar os enfermeiros para a prestação de cuidados adequados e de qualidade. Ilustra-se a importância que a informação recebida na passagem de turno pode ter para um enfermeiro parafraseando uma enfermeira participante num estudo qualitativo sobre passagem de turno que decorreu em hospitais de pequena ou média dimensão na Austrália que, quase poeticamente aponta “*Quando voltei ao serviço, a mudança de turno foi uma luz no escuro, iluminando tudo o que tinha perdido. A informação recebida na passagem de turno é o que preciso de saber para o dia de trabalho. A [informação da] mudança de turno lança luz sobre a prestação de cuidados ao doente*” (Weston et al., 2022).

Numa segunda fase do presente trabalho procedeu-se a uma avaliação de alguns aspetos relacionados com a comunicação em dois momentos distintos. Um ponto de partida, ou segundo momento cronológico do estudo, antes da implementação da metodologia ISBAR, e outro após a sua implementação no SU, terceiro momento cronológico. O padrão observado vai muito de encontro ao esperado, pois houve uma melhoria em vários aspetos, ainda que, à data em que foi feita a avaliação pós implementação, ainda havia muito espaço para melhorias, como se depreende da percentagem média de conformidade ser de cerca de 69%, tendo melhorado de cerca de 48%.

Um dos itens avaliados foi a existência de informação escrita, que passou de inexistente no segundo momento cronológico, para um cumprimento da ordem dos 95% no terceiro momento. A existência desse suporte escrito tem inúmeras vantagens, nomeadamente um menor esforço de memória, e inerente risco associado às suas falhas, poder ser consultado posteriormente, como apoio a quem está a prestar cuidados ou para apurar responsabilidades em caso de complicações (Powell et al., 2020). A informação escrita em mudanças de turno, nomeadamente através da utilização de listas de verificação, não é exclusivo de enfermeiros ou serviços de saúde, sendo uma prática comum também noutras atividades profissionais em que importa dar continuidade ao trabalho da equipa anterior, como militares, marinheiros, produção e distribuição de energia, plataformas logísticas, de entre outros (Clark et al., 2019). Também nessas atividades a preocupação central é reduzir o risco, muitas vezes potenciado pelo cansaço.

A presença de todos os elementos da equipa durante a passagem de turno não melhorou, no presente trabalho, com a implementação da metodologia ISBAR, verificou-se na observação posterior à implementação um nível de incumprimento da ordem dos 15%. Este problema tem sido detetado em alguns trabalhos, pois em alguns serviços, como acontece frequentemente na sala de observação do SU, não é possível ter doentes completamente desacompanhados, ou há várias situações emergentes às quais é preciso dar resposta, e que relegam para segundo plano a participação na passagem de turno (O'Connor et al., 2020).

Quanto à existência de interrupções durante a passagem de turno, que como apontado anteriormente é um obstáculo identificado pelos enfermeiros para uma adequada passagem de turno, não melhorou com a implementação da metodologia

ISBAR. Este aspeto é muito dependente da própria dinâmica do SU, e provavelmente será dos que será mais difícil corrigir, ainda que alguns aspetos sejam estritamente dependentes dos próprios elementos da equipa que está envolvida na passagem de turno (Abou Hashish et al., 2023; Ahn et al., 2021).

O tempo disponibilizado é sempre um tópico importante no trabalho de enfermagem (Weston et al., 2022). Num SU, o tempo pode configurar-se como um parâmetro ainda mais complexo, pois em momentos como a entrada de doentes com trauma grave, decorrentes de acidentes com múltiplas vítimas, ou nos picos sazonais de procura dos SU associados a infeções respiratórias ou golpes de calor, o tempo dos enfermeiros do SU fica muito limitado para prestar cuidados, apoiar outros profissionais de saúde e comunicar devidamente na passagem de turno (Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). No presente trabalho determinou-se um valor médio por doente para a passagem de turno de cerca de 2,7 minutos no terceiro momento cronológico. Apesar de ter ocorrido um ligeiro aumento com a implementação da metodologia ISBAR, este tempo continua a ser bastante económico, se comparado com tempos de passagem de turno por doente apontados na literatura, como cerca de 10 minutos em contexto de serviço de urgência (Gungor et al., 2022) ou seis minutos em contexto de internamento (Sharp et al., 2019). Devido a uma maior personalização da passagem de turno para cada doente, no presente trabalho a perceção de falta de tempo aumentou quando o serviço tinha mais doentes.

No que se refere às observações efetuadas sobre aspetos específicos da metodologia ISBAR – Identificação, Situação Atual/Causa, Antecedentes/Anamnese, Avaliação, Recomendações, observou-se melhorias significativas em quase todos os itens avaliados. No primeiro momento cronológico havia já um forte cumprimento de aspetos relacionados com aspetos clínicos, cujo cumprimento permaneceu elevado ou melhorou ligeiramente no terceiro momento. Esta melhor prestação com aspetos relacionados com a Situação Atual/Causa decorre da primeira avaliação que é feita ao doente, que é o motivo pelo qual está naquele serviço de urgência, assim como determina os cuidados vitais que é necessário prestar. Tal como observado no presente trabalho, com a implementação da metodologia ISBAR, ou outra semelhante, nomeadamente a SBAR [que não valoriza especificamente os aspetos da identificação], há sempre melhorias em quase todos os parâmetros analisados (Kaltoft et al., 2022; Powell et al., 2020; Uhm et al., 2019; Zhou et al., 2022).

Apesar das melhorias conseguidas com a implementação do ISBAR ou similar, quer no presente trabalho, quer noutros da mesma natureza publicados, há aspetos que continuam a falhar, desde a simples identificação incompleta, alergias, balanço hídrico (O'Neill et al., 2023), alguns sinais vitais (Cross et al., 2019), confirmar medicação e fluidos em perfusão (Sharp et al., 2019), tratamento e planos de ação (Zhou et al., 2022), de entre outros aspetos.

Os resultados do presente trabalho são animadores pela melhoria observada no terceiro momento cronológico, havendo a expectativa que a situação melhore a partir do momento inicial, pois muitos dos parâmetros da metodologia ISBAR vão ser interiorizados, o que torna a sua utilização mais imediata. Seria desejável que a questão da potencial limitação de tempo fosse ultrapassada, e que o suporte escrito em papel fosse substituído por um suporte eletrónico portátil (Yuen et al., 2023). Existem vários trabalhos publicados que exploram as virtudes da *e-handover*, destaca-se a

possibilidade de incluir na aplicação de suporte a importação de dados fundamentais do processo clínico do doente, o que pode poupar ao enfermeiro algum tempo a registar essa informação, que se torna redundante com o que está registado num sistema informático (Zhou et al., 2022). Será porém necessário ter em atenção que a utilização de registos eletrónicos pode levar ao aumento de complexidade dos processos, com inclusão de informação acessória, que pode tirar o foco no essencial (O'Neill et al., 2023), para além dos eventuais problemas informáticos que pontualmente ocorrem.

3. Conclusão

A comunicação em saúde é um aspeto da máxima importância na prevenção de erros e por inerência, na melhoria dos cuidados prestados. Uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde que tem uma relação mais próxima com o doente, cabe-lhe garantir que, quando há uma equipa nova a assumir funções, no quadro da rotatividade do trabalho, todas as informações são devidamente comunicadas, no sentido que a equipa a entrar em funções fique com a informação necessária para continuar os cuidados adequadamente. A qualidade da comunicação, os aspetos individuais de competência de comunicação, a capacidade de concentração e o contexto em que acontece a passagem de turno são determinantes para que a comunicação seja eficaz.

No primeiro momento cronológico do presente estudo, a amostra incluiu predominantemente enfermeiros do sexo feminino (72,9%), com idade entre os 31-40 anos (67,8%). Em termos profissionais são predominantemente licenciados (67,8%), cerca de metade (50,8%) têm o curso de especialização e trabalham como enfermeiros entre 11 e 20 anos (47,5%), a maioria (61,0%) exerce funções no SU há menos de 10 anos, e com contrato sem termo com a instituição (76,3%).

A percepção que os enfermeiros têm sobre a comunicação durante as passagens de turno é genericamente favorável. Nos aspetos relacionados com a autoavaliação que o enfermeiro faz da sua receção da comunicação associada à passagem de turno, conforme objetivo 2, verificou-se que a grande maioria (16 em 19) dos itens têm uma pontuação superior ao centro da escala, ou seja, mais favorável é a sua percepção. Os enfermeiros mostraram valorizar muito a comunicação no contexto da equipa multidisciplinar, e, de uma forma geral, deram ênfase aos aspetos relacionados com a importância da formação e da experiência profissional com a qualidade da comunicação. Não obstante esta perspetiva positiva, os enfermeiros apontaram que é necessário repensar alguns aspetos da passagem de turno, e registaram o facto de haver, por vezes, informação subjetiva ou irrelevante envolvida no procedimento.

Quando as questões são colocadas mais no contexto da passagem de turno, a possibilidade de obter esclarecimentos adicionais, assim como a percepção de que está a receber informação atualizada, quando está a receber um turno, são aspetos que os enfermeiros valorizaram (objetivo 2). A ocorrência de interrupções durante as passagens de turno foi um dos aspetos mais consensuais sobre as falhas e aspetos que podem ser melhorados no procedimento, com 95% dos participantes a registarem a ocorrência dessas interrupções.

As habilitações académicas, e ser detentor de curso de especialista tiveram efeitos claros nos aspetos relacionados com a importância da formação e experiência profissional nas situações vivenciadas no contexto da passagem de turno, com os enfermeiros mestres ou com o curso de especialista a terem percepções mais favoráveis.

De uma forma geral, a percepção favorável do enfermeiro traduz-se no elevado nível de situações significativas (entre 70 e 90%) que cerca de 80% enfermeiros reportam conseguir transmitir durante a passagem de turno (objetivo 3). As características sociodemográficas tiveram pouca influência nas percepções registadas sobre a comunicação na transição de equipas, tendo-se registado nos homens uma percepção de maior subjetividade na informação transmitida, assim como uma maior percepção da importância da experiência profissional. A idade do enfermeiro revelou que os mais

jovens têm uma maior percepção de que há informação importante que não é transmitida. As habilitações académicas e ser detentor de curso de especialista tiveram efeitos claros nos aspetos relacionados com a importância da formação e experiência nas situações vivenciadas no contexto da passagem de turno, com os enfermeiros mestres ou com o curso de especialista a terem percepções mais favoráveis. O tempo de serviço demonstrou também influenciar alguns aspetos da percepção dos enfermeiros, com aqueles que trabalham entre 11 e 20 anos a terem uma percepção mais favorável sobre a importância do seu conhecimento na atribuição de significado às situações que vivencia durante o turno, e a considerar que o seu percurso académico o preparou adequadamente para as situações com que se depara. No que se refere ao tempo de serviço no SU, os enfermeiros que trabalham há mais tempo são mais sensíveis aos problemas das interrupções durante a passagem de turno, e os que trabalham no SU há menos anos têm uma melhor percepção sobre a importância de ler toda a informação escrita que lhes é fornecida durante a passagem de turno. Somente 36% dos participantes apontam a necessidade de fazer melhorias. Quando o fazem apontam essencialmente aspetos relacionados com a organização do processo de transição de cuidados e com o problema das interrupções.

No terceiro momento cronológico, após a implementação da metodologia ISBAR nas passagens de turno, observaram-se melhorias significativas. Alguns aspetos não melhoraram em relação ao segundo momento cronológico, como a identificação de todos os elementos, estarem todos os elementos presentes e haver interrupções. O tempo médio por doente nas passagens de turno aumentou significativamente, de 2,27 para 2,66 minutos.

Os resultados observados, relacionados com as cinco dimensões do ISBAR, Identificação, Situação atual/causa, Antecedentes/anamnese, Avaliação, Recomendações, foram muito favoráveis, havendo uma melhoria significativa em 12 dos 18 itens que compunham a lista de observação. Nos itens em que não se registou uma melhoria significativa, isso deveu-se, na maioria dos casos, à situação pré-implementação já ser muito correta.

A relação da qualidade da passagem de turno com qual a passagem de turno mostrou algumas fragilidades, com uma menor conformidade nas passagens da manhã para a tarde. Este padrão, muito pontual, detetou-se no segundo momento cronológico, no reporte de presença de risco de infeção e dos problemas ativos, e, no terceiro momento, na informação sobre consultas e >MCDT agendados. A relação com o número de doentes internados teve um padrão expectável no segundo momento cronológico, com a qualidade a decrescer à medida que o número de doentes aumenta, ainda que só detetadas em dois itens. No terceiro momento essa relação desapareceu, tendo-se detetado somente uma tendência não significativa com um padrão oposto – mais doentes, mais conformidade na identificação do cuidador.

Os resultados do presente trabalho apontam uma perspetiva favorável da percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a passagem de turno, ainda que alguns aspetos tenham margem para melhoria, relacionados com a objetividade e pertinência da informação, e com a necessidade de ter um contexto calmo que favoreça a concentração, logo sem interrupções. Este contexto é, por sua vez, facilitador da mudança, como se veio a verificar ao comparar a qualidade da passagem de turno antes

e depois de implementar a metodologia ISBAR, a observação de melhorias demonstra o interesse da sua utilização.

A implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados é um caminho que não ficou concluído no âmbito do presente trabalho, há mais a caminhar, melhorar detalhes e otimizar a sua utilização. Emerge deste trabalho a necessidade de fazer uma reflexão sobre dois aspetos – a necessidade de ter um ambiente sem interrupções para alcançar a melhor comunicação na passagem de turno, e equacionar prever mais tempo para essa atividade, para que possa acontecer com a calma e ponderação que, pela sua importância, merece.

Referências Bibliográficas

- Abou Hashish, E. A., Asiri, A. A., & Alnajjar, Y. K. (2023). Shift handover quality in Saudi critical care units: determinants from nurses' perspectives. *BMC Nursing*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01348-z>
- Administração Central do Sistema de Saúde, 2015. Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência. RT11/2015. Lisboa
- Ahn, J. W., Jang, H. Y., & Son, Y. J. (2021). Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 623–634. <https://doi.org/10.1111/jonm.13207>
- Arora, V. & Farnan, J. (2022). Patient handoffs. ©2023 UpToDate. www.uptodate.com
- Awale, S., Bajracharya, S. & Tveit, B. (2022). *ISBAR – COMMUNICATION TOOL FOR CLINICAL HANDOVER*. Diaconia University of Applied Sciences, Online Edition. ISBN: 978-952-493-408-4
- Bertrand, B., Evain, J., Piot, J., Wolf, R., Bertrand, P., Louys, V., Terrisse, H., Bosson, J., Albaladejo, P. & Picard, J. (2021). Positive communication behaviour during handover and team based clinical performance in critical situations: a simulation randomised controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*, 126 (4): 854e861 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.12.011>
- Breen, D., O'Brien, S., McCarthy, N., Gallagher, A. & Walshe, N. (2019). Effect of a proficiency-based progression simulation programme on clinical communication for the deteriorating patient: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2019 Jul 9;9(7):e025992. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025992>
- Burguess, A., Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education* 2020, 20 (Suppl 2):459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Castro, C., Marques, M. & Vaz C. (2022). Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem* 2022, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
- Chung, J., Li, W., Cheung, A., Ho, L. & Kwan Chung, J. O. (2022). Efficacy of a blended learning programme in enhancing the communication skill competence and self-efficacy of nursing students in conducting clinical handovers: a randomised controlled trial. *BMC Medical Education* (2022) 22:275 <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03361-3>
- Clark, J. R., Stanton, N. A., & Revell, K. M. A. (2019). Identified handover tools and techniques in high-risk domains: Using distributed situation awareness theory to inform current practices. *Safety Science*, 118(November 2018), 915–924. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.06.033>
- Coutinho, C. (2018). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e Prática* (2ª Edição, 2ª Reimpressão). Edições Almedina, S.A. ISBN: 978-972-40-5137-6

- Cross, R., Considine, J., & Currey, J. (2019). Nursing handover of vital signs at the transition of care from the emergency department to the inpatient ward: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 1010–1021. <https://doi.org/10.1111/jocn.14679>
- Curtis, K., Tzannes, A. & Rudge, T. (2011). How to talk to doctors – a guide for effective communication. *International Nursing Review*, 2011, 58, 13-20
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de Setembro de 2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2ª série, N.º187, de 24 de Setembro de 2021. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, (2014). Estrutura do sistema integrado de emergência médica e níveis de responsabilidade dos serviços de urgência. Diário da República n.º 153/2014, Série II: 20673-20678
- Direção-Geral de Saude (2005). Carta dos Direitos do Doente Internado
- Direção-Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º001/2017 de 8 de Fevereiro de 2017. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde
- Eiding, H., Kongsgaard, U. & Braarud, A. (2019). Interhospital transport of critical ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian journal of trauma resuscitation and emergency medicine*, 2019, 27 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>
- Ehlers, P., Seidel, M., Schacher, S., Pin, M., Fimmers, R., Kogej, M. & Gräff, I. (2021). Prospective observational multisite study of handover in the emergency department: Theory versus practice. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 401-409. <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.2020.9.47836>
- Fealy, G., Donnelly, S., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M., Mylotte, E., Nicholson, E., & Zaki, M. (2019). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 80–88. <https://doi.org/10.1111/jocn.14643>
- Feng, R., Tsai, H. & Li, Y. (2018). Constructing an Interdepartmental Information Integration System for Discharge Planning Services. *Nursing Informatics*, 2018. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-126>
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación* 49, pp. 32-48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Forde, M. F., Coffey, A., & Hegarty, J. (2020). Bedside handover at the change of nursing shift: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3731–3742. <https://doi.org/10.1111/jocn.15403>
- Gadea-Company, P., Casal Angulo, C. & Hurtado Navarro, C. (2023) Impact of the implementation of Identification – Situation – Background – Assessment - Recommendation (ISBAR) tool to improve quality and safety measure in a lithotripsy and endourological unit. *PLoS ONE* 18(6): e0286565.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286565>

- Gungor, S., Akcoban, S., & Tosun, B. (2022). Evaluation of emergency service nurses' patient handover and affecting factors: A descriptive study. *International Emergency Nursing*, 61(January), 101154. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101154>
- Hada, A., Jack, L., & Coyer, F. (2019). Using a knowledge translation framework to identify barriers and supports to effective nursing handover: A focus group study. *Heliyon*, 5(6), e01960. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01960>
- Hada, A., & Coyer, F. (2021). Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes—Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nursing and Health Sciences*, 23(2), 337–351. <https://doi.org/10.1111/nhs.12825>
- Haddeland, K., Marthinsen, G., Soderhamm, U., Flateland, S. & Moi, E. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive & Critical Care Nursing*, 2022, 70, 103195. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Hou, Y., Lu, L., Lee, P. & Chang, I. (2019). Positive Impacts of Electronic hand-off systems designs on Nurses' communications effectiveness. *J Nurs Manag.*, 2019, 27:1055-1063. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>
- Jaulin, F., Lopes, T. & Martin, F. (2021). Standardised handover process with checklist improves quality and safety of care in the postanaesthesia care unit: the Postanaesthesia Team Handover trial. *British Journal of Anaesthesia*, 127(6): 962-970. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.07.002>
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Karmila, R., Handiyani, H., & Rachmi, S. F. (2019). Factors relating to nurse satisfaction with communication during the bedside handover. *Enfermeria Clinica*, 29, 640–647. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.098>
- Kim, E. M., Kim, J. H., Kim, C., & Cho, S. (2022). Experiences of handovers between shifts among nurses in small and medium-sized hospitals: A focus-group study. *Nursing and Health Sciences*, 24(3), 717–725. <https://doi.org/10.1111/nhs.12970>
- Kim, J. H., Lim, J. M., & Kim, E. M. (2022). Patient handover education programme based on situated learning theory for nursing students in clinical practice. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ijn.13005>
- Lee, D. H., & Lim, E. J. (2021). Effect of a simulation-based handover education program for nursing students: A quasi-experimental design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18115821>
- Lei nº156/2015, de 16 de Setembro de 2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série I – nº181/2015 de 16 de Setembro de 2015. Lisboa. Portugal

- Leonardsen, A., Moen, E., Karlsøen, G. & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports* 2019; 9:8041. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>
- Li, M., Shu, Q., Huang, H., Bo, W., Wang, L., & Wu, H. (2020). Associations of occupational stress, workplace violence, and organizational support on chronic fatigue syndrome among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1151–1161. <https://doi.org/10.1111/jan.14312>
- Loefgren Vretare, L., & Anderzén-Carlsson, A. (2020). The critical care nurse's perception of handover: A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 58, 102807. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102807>
- Lopes, M. (2021). *Enfermagem de urgência e emergência*. LIDEL – Edições técnicas, Lda. Lousã
- Mannix, T., Parry, Y. & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 2017, 25, 215-222
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ªed. Lisboa: Edições Sílabo, ISBN: 9789726184522.
- Mastrogiovanni, M. J., & Michelle Moccia, J. (2022). Optimizing handover in patients with stroke symptoms utilizing an organized protocol between emergency department providers and emergency medical personnel. *International Emergency Nursing*, 61(November 2021), 101129. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101129>
- Moi, E., Söderhamm, U., Marthinsen, G. & Flateland, S. (2019). The ISBAR tool leads to conscious, structured communication by healthcare personnel. *Sykepleien Forskning* 2019;14(74699):e-74699. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699en>
- Noh, Y. G., & Lee, I. (2020). Effects of a stepwise handovers ISBARQ programme among nursing college students. *Nursing Open*, 7(5), 1551–1559. <https://doi.org/10.1002/nop2.537>
- Obaid, L. M., Al Baker, A., Husain, J. A., Cabania, G., & Roque, S. (2021). Using lean management approach in improving clinical team leader handover process: Nursing services. *BMJ Open Quality*, 10(3), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2021-001375>
- O'Connell, B., Macdonald, K. & Kelly, C. (2008). Nursing Handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*. 30 (1): 2-11
- O'Connor, D. T., Rawson, H., & Redley, B. (2020). Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: An observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards. *Australasian Emergency Care*, 23(1), 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.004>

- O'Neill, K., Powell, M., Lovell, T., Brown, D., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2023). Improving the handover of complex trauma patients by implementing a standardised process. *Australian Critical Care*, 36(5), 799–805. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.020>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *DIVULGAR – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 16 pp.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 45 pp.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem; nº233; Diário da República, 2ªsérie, dezembro; Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Conselho de Enfermagem 2016-2019. Parecer nº61/2017. Atribuição de tempo para a Passagem de Turno. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). 3ª Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 25 de novembro de 2017. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista*. Lisboa
- Organização Mundial de Saúde (2020). Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, Towards Zero Patient Harm in Health Care*
- Oxelmark, L., Whitty, J. A., Ulin, K., Chaboyer, W., Oliveira Gonçalves, A. S., & Ringdal, M. (2020). Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 103444. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103444>
- Paredes-Garza, F., Lázaro, E., & Vázquez, N. (2022). Nursing bedside handover in an intensive care unit with a mixed structure: Nursing professionals' perception. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4314–4321. <https://doi.org/10.1111/jonm.13834>
- Pakcheshm, B., Bagheri, I. & Kalani, Z. (2020). The impact of using “ISBAR” standard checklist on nursing clinical handoff in coronary care units. *Nursing Practice Today*, 2020; 7(4): 266-274. <https://doi.org/10.18502/npt.v7i4.4036>
- Ponce, P., Mendes, J. (Coord.) (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda. Lisboa
- Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2020). Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Australian Critical Care*, 33(6), 538–545. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.004>
- Pun, J., Chan, E., Man, M., Eggins, S. & Slade, D. (2019). Pre-and post evaluations of

- the effects on the Connect, Ask, Respond and Emphatise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 2019;28:3001-3011. <https://doi.org/10.1111/jocn.14871>
- Pun, J. (2021). Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context. *BMC Nursing*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00624-0>
- Pun, J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Frontiers in Psychology*, 14(February), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>
- Pun, J. (2023). Developing an ESP workshop to promote handover practices in nursing communication: A case study of nurses in a bilingual hospital in Hong Kong. *English for Specific Purposes*, 71, 123–138. <https://doi.org/10.1016/j.esp.2023.04.002>
- Rede de Referência de Medicina Intensiva (2016) [RRH-Medicina-Intensiva.pdf](https://www.sns.gov.pt/RRH-Medicina-Intensiva.pdf) ([sns.gov.pt](https://www.sns.gov.pt))
- Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho de 2015. – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 123/2015, Série II de 26 de junho de 2015. Lisboa, Portugal
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019.– Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série – N.º26 – 6 de fevereiro de 2019. Lisboa, Portugal
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série – N.º135 – 16 de Julho de 2018. Lisboa, Portugal
- Rikos, N., Linardakis, M., Economou, C., Rovithis, M., & Philalithis, A. (2019). The nurses' own views about the inter-shift handover process. *Contemporary Nurse*, 0(0), 1–28. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1606723>
- Rikos, N., Linardakis, M., Merkouris, A., Rovithis, M., & Philalithis, A. (2019). Exploration of the experiences, opinions and attitudes of nurses on inter-shift handover procedures. *Archives of Hellenic Medicine*, 36(4), 515–525.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel. ISBN: 9789897521683
- Sharp, L., Dahlén, C., & Bergenmar, M. (2019). Observations of nursing staff compliance to a checklist for person-centred handovers – a quality improvement project. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 892–901. <https://doi.org/10.1111/scs.12686>
- Schmidt, T., Kocher, D., Mahendran, P. & Denecke, K. (2019). Dynamic Pocket Card for Implementing ISBAR in Shift Handover Communication. *German Medical Data Sciences*. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>

- Slade, D., Murray, K. A., Pun, J. K. H., & Eggins, S. (2019). Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handovers: An Australian hospital study. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 161–171. <https://doi.org/10.1111/jonm.12661>
- Spilioti, T., Aldridge-Waddon, M., Bartlett, T., & Ylänne, V. (2019). Conceptualising language awareness in healthcare communication: the case of nurse shift-change handover meetings. *Language Awareness*, 28(3), 207–226. <https://doi.org/10.1080/09658416.2019.1636803>
- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J. & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 2016, 61, 175-172. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006>
- Thomson, H., Tourangeau, A., Jeffs, L. & Puts, M. (2018). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 876-886. <https://doi.org/10.1111/jan.13499>
- Toren, O., Lipschuetz, M., Lehmann, A., Regev, G. & Arad, D. (2022). Improving Patient Safety in General Hospitals Using Structured Handoffs: Outcomes From a National Project. *Frontiers in Public Health*, 2022, 10, 777678. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777678>
- Tortosa-Altred, R., Reverté-Villarroya, S., Martínez-Segura, E., López-Pablo, C. & Berenguer-Poblet, M. (2021). Emergency handover of critical patients. A systematic review. *International Emergency Nursing* 56 (2021) 100997
- Tranquada, M. (2013). *A COMUNICAÇÃO DURANTE A TRANSIÇÃO DAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirurgica de um Hospital Português* (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE Business School, 2013, Lisboa, Portugal
- Uhm, J. Y., Ko, Y. J., & Kim, S. (2019). Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 80(April), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.034>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª Edição, 2ª Impressão). Edições Sílabo, Lda. ISBN: 978-989-561-097-6
- Vinu, M. & Kane, B. (2016). The Use of a Digital Structured Format for Nursing Shift Handover to Improve Communication. *IEEE 29th International Symposium on Computer-Based Medical Systems*, 2016. <https://doi.org/10.1109/CBMS.2016.72>
- Wang, L., Ma, Y. J., Chen, X. T., Zhang, J., & Liu, T. (2022). The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation technique. *Frontiers in Public Health*, 10(5). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1029573>
- Weston, E. J., Jefferies, D., Stulz, V., & Glew, P. (2022). Exploring nurses' perceptions of clinical handover in regional health care facilities: A exploratory qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3113–3122. <https://doi.org/10.1111/jonm.13719>

- Yaakubov L, Hoffman Y, Rosenbloom T. Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth and their association in emergency room physicians and nurses. *Eur J Psychotraumatol.* 2020 Dec 3;11(1):1830462. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1830462>
- Yetti, K., Dewi, N. A., Wigiarti, S. H., & Warashati, D. (2021). Nursing handover in the Indonesian hospital context: Structure, process, and barriers. *Belitung Nursing Journal*, 7(2), 113–117. <https://doi.org/10.33546/bnj.1293>
- Yuen, E. Y. N., Street, M., Abdelrazek, M., Blencowe, P., Etienne, G., Liskaser, R., Choudhary, N., & Considine, J. (2023). Evaluating the efficacy of a digital App to enhance patient-centred nursing handover: A simulation study. *Journal of Clinical Nursing, April*, 7626–7637. <https://doi.org/10.1111/jocn.16782>
- Zhou, J., Zhang, F. & Wang, H. (2022). Quality and efficiency of a standardized e-handover system for pediatric nursing: A prospective interventional study. *John Wiley & Sons Ltd. J Nurs Manag.* 2022 ; 30:3714–3725. <https://doi.org/10.1111/jonm.13549>

Anexos

ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética para a realização do estudo

Exma. Senhora
Enfermeira Cátia Diana Gomes Beça Alves
Serviço de Urgência Geral- UHVila Real
Frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, a pessoa em situação crítica da Escola Superior de Bragança

Por incumbência do Sr. Vice-Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, remete-se documento relativo ao assunto em apreço, sobre o qual a Comissão Ética, em reunião do dia 09 de agosto de 2023 emitiu, o seguinte parecer:

"Parecer condicionado à alteração do questionário (idade deve ser expressa em escalões etários)."

Mais se informa que sobre o mesmo recaiu a seguinte deliberação do CA de 10 de agosto de 2023:

"Homologado."

Com os melhores cumprimentos,

Carla Fonte

CARLA FONTE <[redacted]>
para mim ▾

sexta, 11/08, 14:59 ☆ ↶ ⋮

No seguimento, conforme despacho do Sr. Vice-Presidente da CES.

Carla Fonte

De: JOSE FACEIRA <[redacted]>

Enviada: 11 de agosto de 2023 14:28

Para: CARLA FONTE <[redacted]>

Assunto: Re: CES REG. 3471 Titulo de Investigação: " Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem à Pessoa Crítica, no Serviço de Urgência - Implementação da metodologia ISBAR "

Boa tarde:

Após análise verifica-se que o guia de colheita de dados obedece aos requisitos exigidos pela CES, conforme deliberado na preterida reunião.

Atentamente:

José Faceira

ANEXO II – Instrumento de recolha de dados – Questionário

Termo de Consentimento Informado de participação no estudo “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência – Implementação da metodologia ISBAR”

Caro participante,

O estudo denominado “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência – Implementação da metodologia ISBAR”, surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Bragança, do Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, com o Objetivo Geral de conhecer a percepção dos enfermeiros de um Serviço de Urgência, que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, relativamente à informação transmitida nas passagens de turno.

Assim, solicita-se a sua colaboração para o Preenchimento do Questionário: “Handover Evaluation Scale”, adaptado em Portugal (Tranquada, 2013), e a sua autorização para ser realizada uma colheita de dados durante as passagens de turno de Enfermagem.

A sua participação é voluntária, porém imprescindível para o desenvolvimento do presente estudo, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Sempre que solicitada, ser-lhe-á fornecida informação adicional relativa ao estudo em questão.

Os dados recolhidos destinam-se a fins estritamente científicos, sendo utilizados apenas no âmbito deste estudo, e eliminados após a sua conclusão. Será garantida a confidencialidade e o anonimato de todos os inquiridos.

Para qualquer dúvida contactar o investigador Cátia Alves (email: katia.dgba@gmail.com).

Declaro ter lido e compreendido este documento, tomando conhecimento que sou livre de recusar continuar a participar no estudo a qualquer momento. Concordo com as condições apresentadas, consentindo de forma livre e esclarecida, permitindo a utilização da informação recolhida, no pressuposto da confidencialidade e anonimato assegurados pela responsável do estudo.

Assinatura: _____

Vila Real, ____ de _____ de 2023

Instrumento de recolha de dados - Questionário

Caracterização demográfica e socioprofissional dos participantes

1. Sexo

1	Feminino	
2	Masculino	

2. Grupo etário

Grupo etário	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Idades	≥20<25	≥25<30	≥30<35	≥35<40	≥40<45	≥45<50	≥50<55	≥55<60	≥60<65

3. Tempo de exercício profissional como Enfermeiro (anos): _____

4. Tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência (anos): _____

5. Vínculo à instituição

1	Contrato trabalho funções públicas	
2	Contrato individual de trabalho termo indeterminado	
3	Contrato individual de trabalho termo certo	
4	Contrato substituição	

6. Grau académico

1	2	3	4
Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento

7. Curso de Especialização em Enfermagem

1	Sim		Qual?	
2	Não			

O seguinte questionário é composto por afirmações referentes à passagem de turno de enfermagem nas áreas específicas: Sala de Observações e Sala de Decisão Clínica. Em cada frase deverá expressar a sua opinião de acordo com a seguinte escala:

4 – Concordo totalmente; 3 – Concordo parcialmente; 2 – Discordo parcialmente; 1 – Discordo totalmente.

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

19.Sinto que há informação importante que não é transmitida.				
20.Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado (a) para terminar rapidamente.				
21.Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno.				
22.Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno.				
23.Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso.				
24.É importante reformular a estrutura das passagens de turno.				

Questionário “Handover Evaluation Scale” (O’Connell, B.;Macdonald, K. &Kelly, C., 2008) adaptado em Portugal por Tranquada (2013)

Considerando a sua perceção pessoal indique o grau de concordância com as seguintes afirmações. Deverá expressar a sua opinião de acordo com a seguinte escala:

4 – Concordo totalmente; 3 – Concordo parcialmente; 2 – Discordo parcialmente; 1 – Discordo totalmente.

	1	2	3	4
1.Considero que tenho conhecimentos científicos suficientes para atribuição do respetivo significado a todas as situações que enfrento durante o turno.				
2.Considero que o meu percurso académico, até ao presente momento, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno.				
3.Por vezes deparo-me com novas situações para as quais não estou cientificamente preparado.				
4.Considero que a minha experiência profissional, até ao presente, me preparou para todas as situações com que me deparo durante o turno.				
5.Considero que a interação com a equipa multidisciplinar tem resultado auxiliadora no esclarecimento de situações dúbias que vivencio durante os turnos.				
6.Considero que o nível de formação não tem relação com as situações às quais eu atribuo significado.				
7.Não há relação entre nível de conhecimentos e atribuição de significado para as situações que vivo em cada turno.				

39. Qual a percentagem de situações significativas, que ocorrem durante o turno, considera conseguir transmitir habitualmente durante a passagem de turno?

10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

40. Tem alguma sugestão para melhorar a passagem de turno e a qualidade da informação nela transmitida?

Sim	
Não	

41. Se sim, qual/quais?

ANEXO III – Autorização para utilização da escala



mariana.tranquada@

segunda, 24/07, 17:48 (há 16 horas)

para mim ▾

Boa tarde Cátia,

Tem a minha autorização para utilizar a escala adaptada por mim.

Bom trabalho,

Mariana Tranquada

ANEXO IV – Guia de observação da Comunicação Oral na Passagem de Turno de Enfermagem

Guia de observação da Comunicação Oral na Passagem de Turno de Enfermagem

(Elaborado com base na Norma 001/2017 da DGS)

Observador:	Serviço:
Data:	
Hora início:	Nº doentes:
Hora fim:	

	S	N
1.Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição, estão identificados?		
2.A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?		
3.Na transição de cuidados é utilizada a metodologia ISBAR?		
4.Estão presentes todos os elementos/profissionais essenciais para a transmissão de informação?		
5.Existem interrupções durante a passagem de turno?		
6.É disponibilizado o tempo suficiente para permitir a passagem de informação?		

Descrição	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 – IDENTIFICAÇÃO									
1.1-Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente;									
1.2-Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.									
2 – Situação atual/Causa									
2.1-Data e hora de admissão;									
2.2-Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;									
2.3-Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar.									

3 – Antecedentes/Anamnese									
3.1-Antecedentes clínicos;									
3.2-Níveis de dependência;									
3.3-Alergias conhecidas ou da sua ausência;									
3.4-Hábitos relevantes;									
3.5-Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;									
3.6-Técnicas invasivas realizadas;									
3.7-Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar.									
4 – Avaliação									
4.1-Problemas ativos;									
4.2-Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa;									
4.3-Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;									
4.4-Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.									
5 – Recomendações									
5.1-Indicação do plano de continuidade de cuidados;									
5.2-Informação sobre consultas e MCDT agendados.									

Elaborado com base na Norma 001/2017 da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

ANEXO V – Instrumento padronizado para a passagem de turno, baseado na metodologia ISBAR

Data: _____ Turno: _____		Enfermeiro Responsável: _____	
Identificação	Situação	Background (Antecedentes >)	Recomendações
Nome: _____ Idade: _____ Situação social: _____	Data de admissão: _____ Motivo de entrada no SU: _____ Especialidade: _____ MCDT's: _____ Diagnóstico: _____ Feridas: _____	Antecedentes: _____ Medicação habitual: _____ Hipocoagulação: _____ Alergias: _____ OBS: _____	Avaliação Glasgow: _____ Sinais Vitais: Temp. A. _____ °C TA _____ FC _____ FR _____ SpO2 _____ Dor: _____ Oxigenoterapia: CN _____ VM _____ MAD _____ VNI _____ Dieta: _____ SV _____ Diurese _____ Obs: _____ SNG _____ Obs: _____ Perfusões: _____ Outros: _____ Isolamento: _____ Plano de cuidados: _____ MCDT's: _____
Nome: _____ Idade: _____ Situação social: _____	Data de admissão: _____ Motivo de entrada no SU: _____ Especialidade: _____ MCDT's: _____ Diagnóstico: _____ Feridas: _____	Antecedentes: _____ Medicação habitual: _____ Hipocoagulação: _____ Alergias: _____ OBS: _____	Avaliação Glasgow: _____ Sinais Vitais: Temp. A. _____ °C TA _____ FC _____ FR _____ SpO2 _____ Dor: _____ Oxigenoterapia: CN _____ VM _____ MAD _____ VNI _____ Dieta: _____ SV _____ Diurese _____ Obs: _____ SNG _____ Obs: _____ Perfusões: _____ Outros: _____ Isolamento: _____ Plano de cuidados: _____ MCDT's: _____

ANEXO VI – Ação de formação apresentada no SU “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde “

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

CHTMAD, Serviço de Urgência/VIMER da Unidade de Vila Real
Vila Real, 25 de maio de 2023



Ana Sálguido
Cátia Inês
Nádia Frazão
Marlene Caetano

1

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Objetivos

Objetivo Geral:

Habilitar os enfermeiros do Serviço de Urgência (SU) do CHTMAD - Unidade de Vila Real, para utilizarem a metodologia ISBAR na transição de cuidados de saúde ao doente na Sala de Observações (SO) e Sala de decisão Clínica (SDC).

Objetivos específicos:

1. Apresentar o instrumento padronizado para transmissão de informação (Ficha de Registo ISBAR);
2. Dar a conhecer a norma interna "Comunicação eficaz da transição de cuidados de saúde";
3. Sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivos

2

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Objetivos

Introdução

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como um dos objetivos "consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS".

↓

Aumento da segurança de comunicação

3

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Objetivos

Introdução

Em Portugal a Direção Geral de Saúde em 2017 elaborou uma norma (Norma nº 001/2017 de 06/02/2017) onde refere que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

4

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Objetivos

Norma Interna "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

- **Comunicação eficaz**
Toda a transmissão de informação entre profissionais de saúde, caracterizada como oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor (DGS, 2017).
- **ISBAR**
Ferramenta padronizada de comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança do doente na transição de cuidados. Permite memorizar construções complexas, de modo simples, para serem utilizadas na transmissão verbal.
I – Identificação, S – Situação atual, B – Antecedentes, A – Avaliação e R – Recomendações.

5

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Objetivos

Norma Interna "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

- **Transição de cuidados de Saúde**
Qualquer momento da prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados ao doente e de informação entre os prestadores, que tem como objetivo a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017).
Na transição de cuidados inclui-se a passagem de turno de enfermagem.

6

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Norma Interna "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

APLICAÇÃO


Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), Unidade de Vida real, nas áreas específicas da Sala de Observação (SO).

REQUISITOS

Os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral devem conhecer a técnica ISBAR e adequar o seu uso na transmissão de informação nas passagens de turno nas áreas de trabalho específicas.

RESPONSABILIDADES

Cumprir e todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral da área de prestação de cuidados, nas áreas especificadas anteriormente, o estrito cumprimento desta norma.




7

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Norma Interna "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Passa a ser utilizado nas passagens de turno uma folha padrão disponibilizada no ambiente de trabalho dos computadores das áreas de cuidados específicas;
- Deve ser preenchida pelo enfermeiro de serviço no turno quando da entrada do doente, com toda a informação relevante ao mesmo nos três primeiros campos (Identificação, Situação atual e Antecedente), sendo guardada em suporte digital e posteriormente impressa;
- Os campos Avaliação e Recomendações devem ser preenchidos manualmente pelo enfermeiro responsável ao longo do turno.




8

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Norma Interna "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

Etapas do projeto de melhoria

1. Formação inicial: apresentação do conceito e metodologia no dia 20/11/2022;
2. Formação Intermédia: folha de registo ISBAR e norma interna "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde";
3. Observação da comunicação oral na passagem de turno de enfermagem;
4. Implementação (período experimental) da folha de registo ISBAR inicialmente na Sala de Observação (SO) e posteriormente na Sala de Decisão Clínica (SDC);
5. ...




9

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Folha de Registo ISBAR

Identificação	Situação	Recomendações	Avaliação	Responsabilidades
Nome: _____	Idade: _____	Antecedentes: _____	Medidas: _____	Observações: _____
Sexo: _____	Alergias: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Medicamentos: _____	Resposta: _____	Assinatura: _____



10

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Folha de Registo ISBAR

Identificação	Situação	Recomendações/Intervenções
Nome: _____	Idade: _____	Antecedentes: _____
Sexo: _____	Alergias: _____	Medicamentos: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____
Identificação: _____	Medidas: _____	Resposta: _____



11

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Folha de Registo ISBAR

Avaliação	Recomendações
Medidas: _____	Resposta: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____
Resposta: _____	Assinatura: _____



12

Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

— Bibliografia

- Despacho nº 9380/2021, de 24 de Setembro de 2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2024. Diário da República, 2ª série, N.º187, de 24 de Setembro de 2021. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º001/2017 de 8 de Fevereiro de 2017. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde




13

Obrigada!

14


ANEXO VII – Norma interna apresentada para implementar no SU “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

 SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER			<i>IDENTIFICAÇÃO</i>		
			000		
SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER	<i>PROCESSO</i>		<i>Revisão</i>		<i>Pág.</i>
	Política/Norma/Procedimento		Nº	1	1/8
Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde		Mês/Ano			
<i>RESUMO DE REVISÕES</i>					
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>			<i>DATA PROX. REVISÃO</i>	
<i>Maio/2023</i>	Publicação Inicial			<i>08/2023</i>	

SUMÁRIO

1. OBJETIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. REVISÃO E DISTRIBUIÇÃO
9. ANEXOS

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Grupo coordenador		
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER			<i>IDENTIFICAÇÃO</i>		
			000		
SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER	<i>PROCESSO</i>		<i>Revisão</i>		<i>Pág.</i>
	Política/Norma/Procedimento		Nº	1	2/8
Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde		Mês/Ano			
<i>RESUMO DE REVISÕES</i>					
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>			<i>DATA PROX. REVISÃO</i>	
Maio/2023	Publicação Inicial			08/2023	

1. OBJETIVO

Objetivo Geral:

- Aplicar a metodologia de comunicação ISBAR durante os momentos de transição de cuidados no Serviço de Urgência Geral.

Objetivos específicos:

- Uniformizar os padrões de comunicação para uma comunicação eficaz e efetiva nas passagens de turno de Enfermagem;
- Reforçar a segurança dos doentes;
- Aumentar a segurança da comunicação;
- Diminuir a incidência de eventos adversos decorrentes do momento de transição de cuidados, relacionados com a comunicação.

2. APLICAÇÃO


Aplica-se ao Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar na área específica da Sala de Observações (SO).

3. REFERÊNCIAS

Despacho nº 9390/2021, de 24 de Setembro de 2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2ª série, Nº187, de 24 de Setembro de 2021. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde

Direção-Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017 de 8 de Fevereiro de 2017. Lisboa, Portugal: Serviço

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Grupo coordenador		
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER			IDENTIFICAÇÃO 000	
			Pág.	
SERVIÇO EMERGÊNCIA/ VMER	PROCESSO		Revisão	
	Política/Norma/Procedimento		Nº	1
	Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde		Mês/Ano	
			3/8	
RESUMO DE REVISÕES				
DATA	DESCRIÇÃO			DATA PROX. REVISÃO
Maior/2023	Publicação Inicial			08/2023

Nacional de Saúde

Ordem dos Enfermeiros (2017). Conselho de Enfermagem. Atribuição de tempo para a Passagem de Turno. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*


SO – Sala de Observações

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

Comunicação eficaz: Toda a transmissão de informação entre profissionais de saúde, caracterizada como oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. A utilização de ferramentas padronizadas que promovam uma uniformização na transmissão de informação contribuem para aumentar a eficácia da comunicação, assim como também contribuem para uma rápida tomada de decisão e desenvolvimento do pensamento crítico (DGS, 2017).

ISBAR: Ferramenta padronizada de comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança do doente na transição de cuidados. Permite memorizar construções complexas, de modo simples, para serem utilizadas na transmissão verbal, I – Identificação, S – Situação atual, B – Antecedentes, A – Avaliação e R – Recomendações. Técnica de comunicação de fácil memorização, que contribui para a rápida tomada de decisão, promove o pensamento crítico, diminui o tempo

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Grupo coordenador		
Data:	Data:	Data:

 SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER			<i>IDENTIFICAÇÃO</i>	
			000	
SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER	<i>PROCESSO</i>		<i>Revisão</i>	
	Política/Norma/Procedimento		Nº	1
	Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde		Mês/Ano	
			Pág.	
			4/8	
<i>RESUMO DE REVISÕES</i>				
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>			<i>DATA PROX. REVISÃO</i>
Maio/2023	Publicação Inicial			08/2023

da transferência de informação e promove a integração de novos profissionais, utilizável em vários contextos. (DGS, 2017).

Transição de cuidados de Saúde: qualquer momento da prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados ao doente e de informação entre os prestadores, que tem como objetivo a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017).

Na transição de cuidados inclui-se a passagem de turno de enfermagem. Esta é entendida como uma reunião da equipa de enfermeiros, que assegura a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal da informação, promove a melhoria contínua da qualidade de cuidados, mas também, é um momento de análise e reflexão das práticas (OE, 2017).

5. REQUISITOS


Os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral devem conhecer a técnica ISBAR e adequar o seu uso na transmissão de informação nas passagens de turno nas áreas de trabalho específicas.

6. RESPONSABILIDADES

Compete a todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral da área de prestação de cuidados, nas áreas especificadas anteriormente, o estrito cumprimento desta norma.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>	<i>APROVADO POR</i>
Grupo coordenador		
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

 SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER			IDENTIFICAÇÃO 000	
			Pág.	
SERVIÇO EMERGÊNCIA/VMER	PROCESSO		Revisão	
	Política/Norma/Procedimento Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde		Nº Mês/Ano	1
RESUMO DE REVISÕES				
DATA	DESCRIÇÃO			DATA PROX. REVISÃO
Maior/2023	Publicação Inicial			08/2023

A Norma 001/2017 da DGS estabelece que durante a transição de cuidados deve ser utilizada a técnica ISBAR na transmissão da informação, instituindo uma comunicação eficaz, de forma a garantir a segurança do doente (DGS, 2017).

A presente norma, baseada na Norma 001/2017 da DGS, pretende melhorar a transmissão de informação da equipa de Enfermagem nos momentos de passagem de turno na SO, através da utilização de um instrumento padronizado, baseado na metodologia ISBAR, com as devidas adaptações às especificidades do Serviço de Urgência.

Passa a ser utilizada nas passagens de turno uma folha padrão (Anexo I), disponibilizada no ambiente de trabalho dos computadores das áreas de cuidado específicas. Esta deve ser preenchida pelo Enfermeiro de serviço no turno aquando da entrada do doente, com toda a informação referente ao mesmo, nos primeiros três campos (Identificação, Situação atual e Antecedentes), sendo guardada em suporte digital e posteriormente impressa. Deve ser atualizada sempre que assim se justifique. Os campos Avaliação e Recomendações devem ser preenchidos manualmente pelo Enfermeiro responsável ao longo do turno.

Toda a informação registada deve ser transmitida verbalmente na passagem de turno, e impressa nova folha para continuação dos registos do turno seguinte.

8. REVISÃO E DISTRIBUIÇÃO

Revisão: de acordo com a Norma das Normas.

Distribuição: Ao Serviço de Urgência Geral,

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROVADO POR
Grupo coordenador		
Data:	Data:	Data:

Anexo VIII – Comprovativo de submissão de artigo científico

[Mill] Agradecimento pela submissão Caixa de entrada x



MILLENIUM <noreply@rcaap.pt>

03:36 (há 3 minutos) ☆ ↶ ⋮

para mim ▾

Cátia Alves,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem, no Serviço de Urgência – Perceção dos Enfermeiros" à revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/authorDashboard/submission/33823>

Nome de utilizador: katia-dgba

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

MILLENIUM