



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação
Crítica

Por
Nuno Filipe Basto da Silva

Porto – junho de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERNSHIP REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica

Por
Nuno Filipe Basto da Silva

Sob a orientação de Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto – junho de 2021

RESUMO

O presente Relatório encontra-se inserido no âmbito do XIII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) realizado na Universidade Católica Portuguesa na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Este documento resulta de um processo de aprendizagem que foi realizado ao longo dos estágios realizados na Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos (UCIC) e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) de um Hospital Central.

Este estágio visou o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, designadamente na abordagem à pessoa e família em situação crítica.

Com a elaboração deste relatório pretendo refletir sobre o meu percurso, através de uma análise crítica e reflexiva, descrevendo as atividades com base nos conhecimentos teóricos e técnicos, apoiados nos valores éticos e deontológicos, e clarificando quais os pontos-chave da minha evolução.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório baseia-se na descrição e avaliação crítico-reflexiva das atividades realizadas, utilizando a revisão bibliográfica, necessária e subjacente ao seu desenvolvimento. Pretendo que este relatório reflita o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, descrevendo as atividades realizadas para a consecução dos objetivos previamente definidos a que me propus alcançar.

Findo este percurso denoto que esta aprendizagem se revelou uma mais-valia no sentido de ter contribuído positivamente para o desenvolvimento das minhas competências científicas, profissionais, relacionais, metodológicas, sociais e éticas, promovendo a minha capacidade de reflexão acerca do saber ser, saber fazer, saber saber e saber estar, proporcionando a evolução da reflexão crítica, autonomia e tomada de decisão.

Fica ilustrado neste relatório o conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo o percurso de aprendizagem.

Palavras-chave: Doente Crítico; Competências especializadas; Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This Report is part of the XIII Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing (EEMC) held at the Universidade Católica Portuguesa, Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, which is composed of two internships that were carried out at UCIC and UCIP respectively.

This document is the result of a learning process that was carried out during the internships that were carried out in the Intermediate Cardiac Care Unit (UCIC) and in the Intensive Care Unit (UCIP) of a Central Hospital.

This internship aimed to develop the skills of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, namely in the approach to the person and family in critical situation.

With the preparation of this report, I intend to reflect on my path, through a critical and reflective analysis, describing the activities based on theoretical and technical knowledge, supported by ethical and deontological values, and clarifying the key points of my evolution. The methodology used in the preparation of this report is based on the description and critical-reflective evaluation of the activities carried out, using the bibliographic review, which is necessary and underlying its development. I intend that this report reflects the work developed during the internship, describing the activities carried out to achieve the previously defined objectives that I set out to achieve.

At the end of this journey, I denote that this learning proved to be an asset in the sense of having positively contributed to the development of my scientific, professional, relational, methodological, social and ethical skills, promoting my ability to reflect on knowing how to be, knowing how to do, knowing knowing and knowing how to be providing the evolution of critical reflection, autonomy and decision-making.

This report illustrates the set of skills acquired and developed throughout the entire learning path.

Keywords: Critically ill; Specialist Nurse; Medical-Surgical Nursing; Specialized Skills

“Se o conhecimento pode criar problemas, não é através da ignorância que podemos solucioná-los.”

Isaac Asimov

AGRADECIMENTOS

À minha família, mas em particular à minha esposa, pai, mãe e enteado que permitiram que eu fosse o Enfermeiro que sou hoje, de outra forma não seria possível.

À minha tia e madrinha Amélia Rego pela inspiração, dedicação, acompanhamento e pelo exemplo de humanismo e profissionalismo sempre demonstrado até ao fim da sua vida.

À Doutora Ana Sabrina Sousa pela orientação, disponibilidade e acompanhamento ao longo dos estágios e na elaboração deste relatório.

Aos enfermeiros tutores pelo apoio prestado no decorrer dos estágios.

A todos, muito Obrigado!

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIC - Balão intra-aórtico

BO - Bloco Operatório

CDI - Cardioversor Desfibrilhador Implantável

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção Geral de Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocardio

EEMC - Especialização em Enfermagem médico

MRSA - Staphylococcus aureus resistente à metilina

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Paragem CardioRespiratória

SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratório Agudo Grave por Coronavírus 2

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SU - Serviço de Urgência

TSV - Taquicardia Supraventricular

UCIC - Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

VRE - Enterococo Resistente à Vancomicina

Índice

0.	INTRODUÇÃO	- 13 -
1.	ESTÁGIO DA UNIDADE CURRICULAR VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA. -	17 -
2.	CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	21 -
3.	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	27 -
3.1.	Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	28 -
3.2	Domínio da melhoria da qualidade.....	37 -
3.3	Domínio da gestão de Cuidados	41 -
3.4.	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	45 -
3.5	Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	51 -
4.	CONCLUSÃO	55 -
	REFERÊNCIAS	57 -
	APÊNDICE	61 -

0. INTRODUÇÃO

Este relatório procura como primordiais objectivos contribuir para que o Mestrando possa aprofundar o seu estudo e desenvolver capacidade crítico-reflexiva, baseada na melhor evidência disponível e ainda, dar cumprimento à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório inserida no âmbito do XIII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa.

A elaboração deste relatório visa transmitir os objetivos/competências que adquiri durante o meu percurso desenvolvido ao longo deste último ano e que me permitiram tomar decisões fundamentadas e baseadas em evidências, dando visibilidade aos resultados da reflexão/pesquisa e aplicação do pensamento crítico, favorecendo a aquisição de uma maior autonomia e responsabilidade profissional.

O Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica inclui uma componente teórica e uma prática subdividida em três componentes de estágio: Serviço de Urgência; UCIC e Cuidados Intensivos. A carga horária correspondente a cada componente de estágio foi definida em cento e oitenta horas, com 20h que correspondem a orientação tutorial e 40h de estudo individual.

Relativamente ao estágio da Unidade Curricular vigilância e decisão clínica, este foi realizado no Serviço de Urgência onde a opção por este serviço foi por ser um Hospital Central e existir uma grande afluência de doentes que apresentam diferentes situações de urgência/emergência o que possibilitou o desenvolvimento de competências numa vasta área de intervenção, principalmente em contexto de Sala de emergência. Apesar de ter trabalhado no SU durante 3 anos, nesse percurso não tive a oportunidade de exercer funções em contexto de sala de emergência. Tive ainda a oportunidade de voltar a pôr em prática o curso de Triagem de Manchester já adquirido anteriormente, utilizado para classificar a gravidade da

situação de cada utente que recorre ao Serviço de Urgência e, desta forma conseguir um atendimento mais rápido das situações de risco para a saúde em detrimento das situações com menor gravidade, classificando os mesmos com cores que significam prioridades.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório realizei estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos, por ser uma área vasta, que desperta em mim diversos interesses, quer ao nível pessoal quer ao nível profissional. A especificidade deste serviço que admite na sua maioria doentes com Síndrome Coronário Agudo, perturbações do ritmo cardíaco, ou diversas doenças graves do foro cardíaco com instabilidade hemodinâmica carecendo de implantação de pacemaker ou cardioversor desfibrilhador implantável (CDI), foram, para mim, fatores preponderantes na escolha deste serviço.

Por último, realizei estágio numa unidade cuidados intensivos polivalentes e multidisciplinar do mesmo hospital central, que admite doentes com todo o tipo de doença em situação de extrema gravidade e complexidade, representando assim, uma importantíssima mais-valia no percurso de um futuro enfermeiro especialista, dada a sua abrangência quer em termos técnicos quer em termos teóricos.

Os cuidados de enfermagem ao doente crítico revelam-se de grande complexidade, exigindo dos enfermeiros conhecimentos técnicos e científicos e atualizados, promovendo uma atuação oportuna, permitindo identificar rapidamente os focos de instabilidade e risco de falência orgânica e assim intervir em conformidade, preocupando-se com a manutenção da vida, suprimindo qualquer prática de obstinação terapêutica.

Ao longo deste longo percurso, procurei abordar o doente em estado crítico de forma holística, identificando necessidades, focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Consegui de forma exemplar desenvolver uma relação terapêutica com a família/pessoa significativa visando a prática de cuidados humanizados.

A metodologia por mim escolhida para a realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes actividades realizadas durante os vários módulos, confrontando-as com as actividades propostas no Projecto de Estágio, que procuram dar resposta aos diferentes objectivos a que me propus, assim como, através de uma análise crítica de possíveis situações/problema detectadas, sugerindo

estratégias e respectiva implementação, e a identificação das respectivas competências adquiridas ou desenvolvidas durante os três estágios.

Em jeito de conclusão, com este trabalho venho demonstrar de uma forma global as competências adquiridas, sua importância e relevância para o cabal desempenho da função de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Quanto à sua estrutura, o presente relatório será composto por três capítulos e dividido por domínios de competências.

Sendo este um estágio de especialidade, pretende-se que o enfermeiro demonstre não só os novos conhecimentos teóricos adquiridos, mas que dedique toda a sua experiência, sabedoria e capacidade de tomar decisões críticas numa área especializada de cuidados de enfermagem. Assim sendo, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da Ordem dos Enfermeiros (2011, p.1)

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

Este relatório será capaz de servir como de ponderação sobre as minhas práticas passadas durante o estágio e ainda de avaliação profissional, tendo como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos;
- Desenvolver capacidade de reflexão do processo de aprendizagem;
- Cumprir um parâmetro de avaliação da Unidade Curricular;
- Descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, que permitiram a aquisição de competências.

Na forma como está disposto os objetivos encontram-se reunidos e divididos segundo os domínios previstos pela Ordem dos Enfermeiros (2011) para os Enfermeiros Especialistas: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria da qualidade,

domínio da gestão dos cuidados, domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e ainda das Competências específicas do enfermeiro especialista. Esta organização, a meu ver, tanto facilita o leitor como na sua leitura como vai de encontro com as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros. As referências bibliográficas são elaboradas de acordo com a norma APA.

1. ESTÁGIO DA UNIDADE CURRICULAR VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

No âmbito da Unidade Curricular Vigilância e Decisão Clínica realizei o meu estágio no Serviço de Urgência (SU) de um hospital da região norte, inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Este estágio decorreu entre 29 de setembro de 2020 e 10 de novembro de 2020, com uma carga horária total de 180 horas de contacto, e 12 horas de orientação tutorial.

Tratando-se de um estágio de especialidade, pretende-se que o enfermeiro demonstre não só os novos conhecimentos teóricos adquiridos, mas que aplique toda a sua experiência, sabedoria e capacidade de tomar decisões críticas numa área especializada de cuidados de enfermagem.

Os resultados da prestação de cuidados num serviço de urgência estão diretamente relacionados com a capacidade de os membros trabalharem em equipa para atingir os objetivos propostos para cada pessoa e alcançar ganhos em saúde. Trabalhando neste método, toda a equipa acaba por crescer também e melhorar profissionalmente. Apesar da responsabilidade profissional sobre os cuidados de enfermagem de um utente ser atribuída a um enfermeiro, isso não impede que estes cuidados sejam prestados em equipa.

A minha atuação enquanto elemento em estágio na unidade, permitiu-me facilmente atuar como enfermeiro responsável por um conjunto de utentes, sob supervisão do enfermeiro Tutor, e também trabalhar em colaboração com os colegas nos vários momentos do turno, quer na avaliação primária, na tomada de decisão e discussão dos casos, na implementação dos planos de trabalho e das atitudes terapêuticas e no planeamento da alta.

O serviço de urgência de um hospital central aborda uma quantidade enorme de situações problema às quais temos de dar uma resposta efetiva e num curto período de tempo

Para uma prática de excelência o enfermeiro deve incluir na sua atividade uma perspectiva ética, a relação entre o enfermeiro e o doente/família deve centrar-se em valores e princípios, sendo a dignidade humana o verdadeiro pilar das tomadas de decisão e intervenção de enfermagem. Os cuidados devem ser cada vez mais centrados no humanismo, respeitando as tradições, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico. Mas perante este cenário pandémico temos uma limitação na presença de família junto do doente durante a permanência no serviço de urgência, por isso a nossa maior incidência será nos cuidados ao doente e muito limitativo para com a família. No contexto do Serviço de Urgência onde prevalece na sua maioria das circunstâncias situação de carácter urgente e emergente, muitas vezes condicionam o profissional de saúde, por isso, cabe ao enfermeiro cuidar da pessoa em situação crítica de uma forma holística. Durante a minha atividade de estágio nas várias áreas por onde passei, considerei fundamental antes de qualquer procedimento seguir uma série de passos que considero serem fundamentais para uma prática profissional com responsabilidade, com ética e legal. Portanto, antes de qualquer procedimento, procedi à minha apresentação como sendo enfermeiro, visto que numa parte dos serviços onde passei estávamos com equipamento de proteção individual que não permite distinção de profissionais ao doente. Em seguida, efetuei a confirmação da identidade do doente, tendo em conta uma série de dados (nome completo, data de nascimento e número de processo). Antes de qualquer procedimento, informei o doente das intervenções a executar, esclarecendo qualquer questão. O SU tem um ambiente de stress e de grande afluência e muitas vezes com recursos humanos limitados, tenho consciência que esta abordagem pode ficar negligenciada, mas é neste sentido que devemos abordar o doente na prestação de cuidados sendo um dos aspetos onde nós, enfermeiros, podemos mostrar a diferença. Para reforçar o anterior referido, no Capítulo II do Artigo 5º de A Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano refere que: “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”. (Resol. nº1/2001, de 03 de janeiro da AR, 2018) Após a abordagem da

identificação do doente, no momento de administração de qualquer fármaco tive o cuidado de perguntar se o doente tinha história ou conhecimento de alergia. O procedimento, assim como a transmissão da informação, deve ser realizado, dentro das possibilidades, em local tranquilo, e promovendo a privacidade do doente, colocando-o em gabinetes em caso de possibilidade. Como é quase impossível a colocação dos doentes em gabinetes, devemos criar barreiras físicas como as cortinas, o que limita a barreira sonora. Como os espaços físicos não são os desejáveis e as condições não são as melhores, cabe ao enfermeiro otimizar as condições presentes nunca esquecendo a privacidade, e desta forma possibilitando a confidencialidade da informação e atos. Ao Serviço de Urgência recorrem pessoas de várias etnias, por isso é importante ter conhecimento das particularidades de cada uma, no sentido de evitar alguns constrangimentos, mas nunca diferenciando os cuidados de enfermagem. Por este motivo qualquer prescrição ou intervenção deve ser sempre avaliada pelo enfermeiro, tendo a consciência que a mesma vai de encontro às necessidades do doente. Em qualquer área antes de qualquer procedimento devemos ter o cuidado de consultar o processo clínico, no sentido de perceber a situação clínica do doente e desta forma, refletir sobre as intervenções, assim como estar desperto para a necessidade de anteceder cuidados. Perante a presença de doente com maior gravidade, a falência orgânica ou a instabilidade hemodinâmica pode acontecer de forma imprevisível, por isso, é importante ter consciência dos vários cenários e anteceder precocemente problema, assim como ter acesso fácil e de forma operacional a todo o material necessário a utilizar nestes cenários.

Aos enfermeiros do SU é pedido que tenham uma grande capacidade de avaliar a gravidade de uma situação com o máximo de eficiência possível e sobretudo que tenham capacidade de tomada de decisão adequada. Durante o meu estágio procurei estabelecer sempre prioridades utilizando critérios objetivos e mensuráveis para ficarem bem documentados, de forma a atuar de forma concisa em quem precisa mais dos nossos cuidados. No entanto, por vezes é necessário dizer “esta pessoa não me parece bem”, sem termos verdadeiros dados para o afirmar. Existem pequenos detalhes que vemos nos olhos, na respiração, na postura ou no tom de pele que nos levam a pensar que algo de grave poderá vir a acontecer e decidimos colocar essa pessoa sob vigilância apertada, avaliando todos os parâmetros vitais continuamente.

Cada um dos casos encontrados ao longo do estágio, foram aparentemente simples, com resolução após a administração de medicação ou atitudes terapêuticas. No entanto, se tivermos em conta que as unidades se encontravam superlotadas com utentes muito urgentes a necessitar de cuidados e só existiam dois enfermeiros disponíveis para prestar cuidados, percebemos que as condições para vigiar e monitorizar não foram as melhores. No entanto, parece-me que a minha atuação foi de encontro às necessidades exigidas em todo o percurso, desde o acolhimento nas UDC, a avaliação das situações clínicas, a implementação das atitudes terapêuticas, a preparação e administração de fármacos, a vigilância dos efeitos desejados e secundários e a preparação da alta.

Para Ferreira, A., e Kurcgant, P. (2009), nos dias de hoje é inquestionável para a maioria das organizações a necessidade de capacitar seus profissionais, por meio de uma educação reflexiva e participativa. No entanto, como refere Mira, S. et al (2011), as organizações são pressionadas economicamente pelo mercado e colocam em risco a imagem social que possuem por arrastarem o treino em detrimento da urgência na produção.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Em Portugal, as primeiras Unidades de Cuidados Intensivos surgiram no final da década de 50 do século vinte, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas em Portugal. A evolução científica e tecnológica teve claras repercussões no modelo de cuidados prestados que foram de certa forma acompanhadas por modificações estruturais nas organizações em que as mesmas se inserem, num movimento que ficou conhecido como “A UCI sem paredes”, pivot multidisciplinar e omnipresente da abordagem intra-hospitalar do doente crítico e já não enquanto isolados dentro do hospital (Ministério da Saúde, 2016).

Em Portugal, existe uma vasta rede de unidades de cuidados intensivos, no entanto encontra-se muito centralizadas no litoral. A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, deste hospital, corresponde a uma dessas unidades e foi constituída como um dos campos de estágio do meu curso. A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) assume a responsabilidade do cuidado ao doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, seja no Serviço de Urgência, nas unidades intensivas, intermédias ou no internamento (Ministério da Saúde, 2017). A UCI está vocacionada para a assistência a pessoas em situações de alto risco, sendo “[...] dotadas de recursos humanos (médicos e enfermeiros) qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24h por dia [...]” (Ministério da Saúde, 2003). Este serviço prestando cuidados minuciosos e qualificados, de forma contínua, ao doente crítico, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções vitais, além de observação contínua para detetar e prevenir precocemente as complicações, podendo carecer de apoio tecnológico (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

A decisão de admissão de um doente numa Unidade de Cuidados Intensivos, deve ser baseada no potencial benefício que daí pode provir, pelo que Smith & Mick, (1999) referem que doentes demasiado estáveis para beneficiar dos cuidados ou doentes sem

potencial de recuperação de uma qualidade de vida aceitável não devem ser admitidos.

Os mesmos autores, defendem ainda que a idade por si só, não deve dificultar acessibilidade dos cuidados intensivos. Por isso foram criados os critérios de admissão de doentes nas UCIs que se apresentam descritos na diversa literatura existente e tem por base alguns princípios (Bernardino, 2007):

- Monitorização que não possa ser providenciada fora da UCI;
- Suporte ventilatório para resolver situações de falência em pessoas previamente saudáveis ou para tratar exacerbações severas;
- Suporte hemodinâmico, recorrendo a uma recolocação intensiva de fluídos e infusão de medicação vasoativa;
- Recursos humanos devidamente preparados para prestar cuidados específicos.

Sendo o local de estágio Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, existem na unidade doentes em unidade de cuidados intermédios. Portanto, as Unidades de Cuidados Intermédios surgiram pela necessidade de manter em vigilância doentes com patologia aguda e potencialmente grave ou tendencialmente instável e que não carecessem, porém, de intervenção em ambiente de cuidados intensivos. Na realidade, elas surgiram como um local, no hospital, de downstaging de Cuidados Intensivos. Apesar de com algumas décadas de existência no estrangeiro, elas apenas recentemente surgiram no nosso país e encontraram rapidamente o seu lugar e a importância devida no hospital e no cuidar de doentes agudos. São normalmente Unidades Polivalentes e, como tal, com uma panóplia de patologias cuja equipa médica e de enfermagem que lá trabalha necessita de saber abordar, desde a sua etiologia até ao tratamento, que muitas vezes passa por procedimentos técnicos invasivos. (ACIM, 2012). Portanto, o reconhecimento social da profissão de enfermagem como autónoma, está intimamente relacionado com um desempenho profissional competente, responsável e com elevados padrões de qualidade. Ao analisarmos a profissão de Enfermagem, podemos encontrar este dado legitimado e traduzido na regulação do exercício profissional e na criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) e respetivos estatutos, bem como, com a elaboração do código deontológico. (Nunes, 2003) É por esta premissa que a formação específica e especializada é validada. A crescente complexidade tanto dos equipamentos, como das técnicas e procedimentos realizados, resulta na elevada capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves. É, portanto, cada

vez mais importante num mundo de crescente segmentação a especialização de conhecimento baseado na evidência.

Escolhi a UCIC como módulo opcional pelo facto de as doenças cardiovasculares serem a principal causa de morte em Portugal, representando 29,5% dos óbitos (DGS, 2017) e por serem uma das mais importantes causas de incapacidade. Sendo o enfarte agudo do miocárdio (EAM), o acidente vascular cerebral (AVC) e a morte súbita inesperada, uma importante consequência das doenças cardiovasculares que resultam de atividades de vida diária sedentárias e fatores de risco corrigíveis.

A estrutura física da UCIC enquadra-se no conceito de unidade aberta, composta por onze camas e duas salas de apoio utilizadas como rouparia e material de consumo clínico. No centro da unidade está instalada uma central de telemetria que permite vigilância/monitorização contínua e pormenorizada de todos os utentes internados.

As Unidades de Cuidados Intermédios estão direcionadas para o tratamento de utentes em estado de saúde grave, passíveis de recuperação ou em risco de vida, o que exige a monitorização constante dos seus sinais vitais a fim de antecipar possíveis complicações.

A estrutura física da UCIP enquadra-se igualmente no conceito de unidade aberta composta por 14 camas, sendo que duas são de isolamento. Apresenta ainda, uma sala de sujos, uma rouparia e uma terceira de material de apoio clínico. Os doentes de cuidados intensivos são maioritariamente doentes provenientes do SU e do Bloco Operatório, havendo exceções, tais como, doentes provenientes de outras unidades hospitalares e/ou do serviço de internamento deste hospital. As unidades de cuidados intensivos são para Novoa e Valderram (2006) locais onde é dada extrema atenção a pessoas em falência orgânica e multiorgânica, que mobilizam recursos tecnológicos de elevada complexidade e que exigem por parte dos seus profissionais muito trabalho técnico minucioso e de permanente concentração.

O ambiente *sui generis* das unidades de cuidados intensivos, integra um espaço com recursos técnicos e humanos de grande diferenciação, onde se prestam cuidados a doentes com estado de saúde crítico ou que apresentem potencial risco para tal e necessitam de vigilância contínua e intensiva. Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com formação aprofundada nesta área de intervenção. O planeamento e a intervenção de cuidados têm como principal objetivo dar respostas às necessidades imediatas de estabilização e manutenção das funções vitais. Neste sentido, o recurso a meios tecnológicos e de

monitorização adequados, representam uma mais-valia no tratamento de situações potencialmente reversíveis.

Assim sendo, concentrar competências, saberes e tecnologia em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de recuperar as funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O enfermeiro deve ser um profissional na área da saúde capaz de adquirir competências holísticas que permitam o desempenho da prática de excelência.

A Ordem dos Enfermeiros define o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro da AR, 2011). Desta forma, planeei as atividades a realizar em cada campo de estágio, tendo como fio condutor as competências comuns e específicas do EEMC.

O processo de aquisição de competências passa por colocar em prática todo o processo de enfermagem, tendo como objetivo conhecer de forma contínua a pessoa alvo de cuidados, para assim, detetar precocemente possíveis complicações promovendo uma atuação eficaz e em tempo útil.

Durante a execução deste relatório fiz a descrição critico-reflexiva das principais áreas de intervenção assim como do problema/resolução, sugerindo opções de melhoria sempre baseado nas competências de um enfermeiro especialista.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, são “Competências Comuns” as partilhadas por todos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados.

Segundo o Artigo 4º, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, existem quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais

Perante estes domínios identificados, considero importante traçar atividades no sentido de desenvolver competências no âmbito da minha ação, sendo domínios comuns devem estar sempre presentes durante a prestação de cuidados do enfermeiro especialista. Em cada objetivo delineei uma conduta contínua da forma como atingi os objetivos e tento descrever detalhada e criticamente os esforços para atingir a meta.

3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A enfermagem rege-se por um código deontológico, cumprindo a sua obrigação de uma prática de qualidade, para com a sociedade.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiros (2009, p. 2): “São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”.

Sendo assim, o meu desempenho obedece a esse código, tendo eu o dever de zelar pelos valores universais.

As competências que regem este domínio vão ao encontro de uma conduta ética e moral de acordo com o quadro de valores e crenças assumido na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, respeitando assim, os direitos humanos.

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da sua experiência profissional e de vida

O tempo de experiência profissional de ano no Serviço de Urgência e os 2 meses de estágio bem recente também no serviço de Urgência com a pessoa em situação urgente/ emergente/ crítica foram essenciais e de uma mais-valia para a realização deste estágio e consequente realização deste objetivo.

As competências e os conhecimentos adquiridos no SU sobre as atuações em casos de pessoas com instabilidade hemodinâmica, bradicardias, taquicardias, dispneias marcadas, paragens ventilatórias ou cardiorrespiratórias, enfartes agudos do miocárdio, choques distributivos e cardiogénicos em fase aguda foram essenciais na fase da avaliação e atuação imediata e respectiva prestação de cuidados no estágio da UCIC.

A experiência de 4 anos na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos, proporcionou-me a aquisição de competências técnicas e científicas que contribuíram para enriquecer o meu desempenho no local de estágio, pela semelhança na distribuição da unidade e dos doentes, pelo mesmo tipo de sistema operativo e pela prática das competências do doente crítico e instável.

Estas competências passam pela actuação em casos de acidentes vasculares cerebrais, crises convulsivas, choques sépticos neurogénicos ainda que numa fase mais estabilizada, apesar de muitas vezes após a saída do bloco ou vindos da UCIP após extubação requerem muitos cuidados e vigilância.

A mobilização de conhecimentos adquiridos com a experiência profissional, a aquisição de competências e a gestão adequada de conhecimentos que realizei foram um processo ativo e diário, permitindo-me ao longo dos estágios entender melhor a fase de estabilização hemodinâmica e adequar os meus cuidados de forma a dar continuidade ao trabalho até aqui realizado, assim como melhorar os cuidados prestados à pessoa, e participar em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, contribuindo assim para o meu crescimento pessoal, profissional e para o meu percurso permitindo-me atingir o objetivo proposto.

A essência da Enfermagem e a sua principal arma terapêutica é a relação interpessoal (enfermeiro, doente, família e outros profissionais), em que cada um possui crenças, valores e desejos de natureza individual, fruto das experiências que vivem e desenvolvem. Neste aspeto a UCIP constitui um espaço e contexto com características particulares que influenciam as equipas e profissionais, os doentes e as famílias.

Durante este tempo de vida profissional, já tive oportunidade de contactar com algumas situações de carácter ético e legal nas quais representaram novidade para mim e que foram fonte de aprendizagem. Neste estágio na UCIP, surgiu uma situação que é de frequência reduzida no serviço. Tive oportunidade de prestar cuidados a um utente de 46 anos vítima de um aneurisma, não havendo, no entanto, oportunidade de contactar com a família presencialmente devido à situação pandémica em vigor. No dia 25 janeiro 2021 o utente deu entrada no hospital proveniente da sua residência por quadro de cefaleias, apresentando antecedentes dislipidemia.

Após efetuar estudo analítico e TAC é submetido a intervenção cirúrgica e encaminhado para os cuidados intensivos para suporte das suas funções vitais. Pela evolução da situação clínica e após realização de exames complementares de diagnóstico, acabaram por ser realizadas provas de morte cerebral, sendo que posteriormente foi atestado o diagnóstico de morte cerebral. Foi decidido que deveria ser realizado investimento para a manutenção de órgãos, dada indicação de ser submetido à doação de órgão no bloco operatório. O processo de

definição e critérios de morte cerebral é rigoroso.

Segundo a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei nº. 12/93, de 22 de abril, a certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

- Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- Ausência de respiração espontânea;
- Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas anteriormente.

O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral: reflexos foto-motores com pupilas de diâmetro fixo; reflexos oculocefálicos; reflexos oculo-vestibulares; reflexos córneo-palpebrais e reflexo faríngeo. A realização da prova de apneia é confirmativa da ausência de respiração espontânea. A verificação da morte cerebral requer:

- Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo de 6 horas;
- Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;
- A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);
- Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado. No ambiente de cuidados intensivos somos frequentemente colocados à prova com questões éticas e deontológicas que nos obriga a uma pesquisa constante no sentido de honrar com os princípios essenciais à nossa profissão.

Assim sendo, o profissional de enfermagem deve ser capaz de tomar decisões adequadas no momento das suas intervenções autónomas, para além de uma preocupação

com o ato de cuidar (Nunes, 2007). A tomada de decisão é uma prática fundamental e inevitável nos cuidados de saúde. No dia-a-dia do enfermeiro, existe um constante confronto com questões problemáticas que requerem recolha de informação preliminar, a equação de várias hipóteses, o raciocínio explicativo, a análise de possíveis alternativas e a escolha, por fim, daquela que for sustentada de maior evidência.

Deste modo, considero que, ao longo do meu estágio num ambiente dinâmico e de grande exigência devida à sensibilidade da situação clínica dos doentes, consegui desenvolver competências na tomada de decisão ética, tendo sempre presente na minha prática, o respeito pelo dos utentes, à informação, confidencialidade e segurança da mesma. Para além disso, nunca descorei da privacidade, dignidade, autodeterminação e valores humanos, tal como descreve o código deontológico.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada

Durante os estágios na UCIC e na UCIP existiram numerosas situações que me fizeram refletir e que foram contra aquilo que eu como enfermeiro preconizava e achava serem corretas.

À medida que o estágio foi decorrendo, apercebi-me que o método de preparação da medicação pode dar azo a diversos erros, pois numerosas vezes a medicação era transcrita para uma folha ou etiquetas por uns colegas e preparada por outros, para as 12h do turno, o que a meu ver não é seguro, pois cada enfermeiro está responsável pelos seus doentes sabendo as patologias, alergias, indicações e contra indicações e se não for o enfermeiro responsável pelo doente a preparar e administrar a medicação, não vai ter a percepção e atenção para detetar algum erro, colocando assim, tanto o enfermeiro que administrou a medicação como o enfermeiro responsável pelo doente, numa posição delicada, terceiro pois o facto de estar preparada para as 12h faz com que este mesmo armazenamento da medicação esteja sujeito a descuidos, quarto e mais importante, a segurança do doente. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), a ocorrência de eventos relacionados com erros de medicação afeta milhares de pessoas em todo o mundo. Um erro de medicação pode ocorrer em qualquer

processo do Sistema de Medicação, com maior propensão para a ocorrência durante a preparação e a administração de medicamentos. Assim sendo, defendo que independentemente do trabalho de equipa, a responsabilidade profissional que nos é exigida não pode ser descorada, e devemos no dia-a-dia na nossa prática usar sempre a tríade: um enfermeiro – um medicamento – uma pessoa, para que não exista qualquer dúvida. Nos meus turnos procurei sempre primeiramente preparar eu a medicação dos meus doentes e preparar as perfusões em função das necessidades, apoiando posteriormente os restantes colegas no que fosse necessário.

Consegui perceber que, em algumas situações de emergência, os registos de enfermagem não são realizados tal como seria desejável, ou seja, perante uma pessoa em situação crítica, o estabelecimento de prioridades é um princípio fundamental, ficando os registos para efetuar posteriormente, mas não os devemos esquecer ou negligenciar, uma vez que são eles que justificam a nossa intervenção e mais que isso, são através deles que se percebe o trabalho desenvolvido em determinado utente.

Outra situação que aconteceu recorrentemente na UCIP por mim percebida (talvez pela situação pandémica em que vivemos), do qual me apercebi, é o facto de nós não documentarmos o que acontece em determinada situação. Para Oroviogioicoechea et al (2007), através da informatização, os dados são escritos uma vez, mas lidos várias vezes, pelo que é importante não só ter os dados corretos como ter a forma correta, com a linguagem correta que permita a sua compreensão e que sejam utilizados pelos restantes profissionais de saúde. Adicionalmente a utilização estruturada de dados e a linguagem comum permite planejar as intervenções de forma eficaz o que levará a resultados mais completos

Os planos de cuidados e os registos de Enfermagem, utilizam a linguagem classificada – CIPE, o que permite uniformizar os registos, dando visibilidade aos cuidados e ao impacto dos cuidados na melhoria do doente. Os registos de enfermagem, reforçam os raciocínios analítico-interpretativos inerentes ao processo de cuidados presentes em cada situação específica, permitindo contribuir para a melhoria da perceção da imagem/estatuto da enfermagem. Relativamente ao aplicativo informático utilizado para realizar os registos e documentar todo o processo e respetiva evolução clínica, diz respeito à B-Simple.

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

A capacidade de trabalhar em equipa advém não só, mas também da personalidade de cada um, existindo pessoas que são mais sociáveis e como tal uma maior facilidade de adaptação para integrar novas equipas que outros. Estas competências não estão só direcionadas ao enfermeiro especialista, mas sim a todos os enfermeiros em geral, permitindo assim a toda a equipa um desenvolvimento e crescimento profissional, daí que o método de trabalho utilizado foi sempre o de equipa, não obstante do facto da responsabilidade sobre os cuidados de enfermagem de um utente ser atribuída a um enfermeiro. Normalmente o papel de líder ficava com o profissional mais diferenciado, que se encontrava de momento na unidade.

Numa área de atuação tão específica como a UCIC e UCIP torna-se fulcral o desenvolvimento das bases de conhecimento sólidas, uma comunicação universal para todos os elementos da equipa multidisciplinar, e a equipa reconhecer as suas funções e as desempenhar de uma forma organizada para um trabalho interdisciplinar fundamentado em pilares sólidos, levando ao sucesso na prestação de cuidados, pois estes estão diretamente proporcionais à capacidade de atingir os objetivos propostos.

Tanto na UCIC como na UCIP a minha atuação passou por colaborar com os colegas nos vários momentos do dia, desde a avaliação inicial à tomada de decisão e discussão dos casos, à implementação dos planos de trabalho e das atitudes terapêuticas, ao planeamento da alta, permitindo-me também discutir as atuações e execuções de tratamentos complexos. No entanto, grande parte dos cuidados que prestei foi em parceria com as enfermeiras tutoras. Obtive feedbacks muito positivos das equipas relativamente à minha prestação de cuidados e postura, o que me alegra, motiva para continuar a melhorar.

Não se pode descorar a relação entre a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e auxiliares) visto que todos eles permanecem nas unidades as doze horas correspondentes ao turno diário, havendo assim, uma continuidade de cuidados e de momentos de avaliação.

Na UCIP o rácio é de 1 enfermeiro para cada 2 doentes visto que a especificidade e a complexidade de cada doente assim o exigem.

Segundo o Regulamento 743/2019, com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, recomenda-se que sejam utilizados os rácios

enfermeiro/cliente de acordo com a tipologia de UCI e da sua necessidade clínica, na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.

No caso das unidades de cuidados intensivos de nível III, o rácio é de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 clientes, em todos os dias da semana.

Comunicar resultados da prática clínica e aspetos complexos de âmbito profissional e académico de forma fundamentada

“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2015, p.103), logo para que a enfermagem continue como uma profissão independente com um corpo de conhecimento científico próprio, nós enfermeiros temos o dever e a obrigação de atuar com responsabilidade profissional em cada gesto ou prática do nosso dia-a-dia. Na minha prática profissional, tanto enquanto aluno, como enquanto enfermeiro, a reflexão está presente diariamente pois, são diversas as oportunidades que nos levam a refletir. Procurei sempre ser assertivo e específico na partilha das informações sobre os cuidados prestados e sobre o processo de enfermagem.

Durante todo o decorrer dos estágios fui capaz de comunicar e debater temas da prática de enfermagem com os meus orientadores, tendo realizado diversas pesquisas acerca dos temas que foram surgindo e que provocaram em mim maior interesse e ao qual não tinha total conhecimento. No entanto, dada a situação pandémica e o excesso de horas por mim durante este período não me foi de todo possível desenvolver, expor e/ou fundamentar de forma escrita.

Tomar decisões fundamentadas numa prática baseada na evidência, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas

O Código deontológico dita a forma como devemos agir perante as diversas situações que nos deparamos independentemente do local onde trabalhamos. Sendo assim, adequiei a minha prática em prol do bem-estar da pessoa, respeitando a vida, a autonomia, os direitos, a privacidade, a dignidade humana, bem como as suas crenças e valores. A ética e a deontologia profissional são dois caminhos paralelos para atingirmos a nossa realização.

Tendo em conta que, Deodato (2008) fala-nos no dever de o enfermeiro fundamentar a sua prática no direito ao cuidado dos cidadãos. Durante o meu estágio tentei sempre integrar o doente na participação dos cuidados a si mesmo, tendo em conta as suas limitações e informei sempre o doente das intervenções que planeei executar obtendo assim o consentimento informado e abstendo-me de juízos de valor sobre as suas decisões e comportamentos, respeitando sempre as opções morais, culturais e religiosas, zelando assim pela liberdade e dignidade humana do mesmo. Segundo Garcia et al (2008) o consentimento informado destaca-se perante uma nova forma de entender a relação profissional de saúde- doente alicerçada no princípio da autonomia.

Colaborar na integração de novos profissionais

A situação pandémica causada pelo vírus SARS-CoV-2 obrigou vários serviços a enveredar por uma reestruturação em que foi necessária uma inclusão de novos elementos. Tal não se veio a verificar na UCIC visto que foram mobilizados enfermeiros do internamento de Cardiologia para reforçar a equipa da UCIC. Como tal e infelizmente, o objetivo a que me propus não foi possível ser alcançado, por falta de oportunidade.

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura

Apesar de ter passado por três estágios, não posso dizer que consegui na íntegra relacionar-me com a família de forma terapêutica, pois toda esta condicionante pandémica que vivemos

afectou em parte esta ligação. Contudo, tenho a noção que ainda assim, todas elas me proporcionaram momentos de abordagem à pessoa e família, bastante diferentes. Tentei, mesmo que por telefone, informar a família da situação clínica e dos procedimentos efectuados promovendo assim o direito à informação e colocar a família em contacto com o doente para que se sentissem mais amparados. Como vem descrito no código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 89º, “A humanização passa (...) pela relação interpessoal e por um ambiente cuidado e potenciador de desenvolvimento de saúde”.

O respeito pelos direitos humanos, ao longo do tempo, vem alcançando cada vez mais atenção e preocupação. Observa-se, por sua vez, uma maior sensibilização desta temática, à medida que existe uma evolução da profissão da enfermagem. Esta evolução processa-se no sentido de o Ser Humano ser considerado um ser biopsicossocial e espiritual, inserido no meio ambiente. Sendo que os cuidados devem ser cada vez mais humanizados, respeitando as tradições, religiões e todos os demais, como está previsto no Código Deontológico. Portanto, Segundo Renaud (1999), “a dignidade é um conceito ético, porque enquanto qualidade ela qualifica o ser humano como portador de respeito”. Sob um ponto de vista ético, a interação estabelecida entre o enfermeiro e o utente/família, deve assentar em valores e princípios, sendo o respeito pela dignidade humana a base desta relação e de todas as decisões e intervenções por parte da enfermagem. É entendido como um princípio moral básico e um dos principais direitos humanos, consagrado no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1978), que declara que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, que dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”

De acordo com Ramos (2008:112), “Existe em geral uma desvalorização da comunicação nos serviços de saúde e este facto é responsável por um certo nível de insatisfação dos profissionais e saúde e dos próprios doentes”. Como tal, a qualidade da comunicação e dos cuidados ao doente exige a participação de todos, família, doentes e profissionais.

Por vezes, pelo primeiro olhar, o doente “aproxima-se” de nós ou “afasta-se”, como refere Bernardo (1984:105), “O contacto do olhar ativa o outro e encoraja-o, se mostra interesse, e destrói-se se mostra indiferença”.

3.2 Domínio da melhoria da qualidade

Este domínio caracteriza a prestação de cuidados do enfermeiro, e é o que o distingue de muitos outros, pelo desenvolvimento interpessoal e de estratégias de aperfeiçoamento dos cuidados prestados. A qualidade nos cuidados é e será sempre uma área que podemos sempre aperfeiçoar e elevar, adequando-a sempre a cada indivíduo com sendo único.

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, utilizando uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e família

O processo de enfermagem é composto por etapas interdependentes e complementares que no seu conjunto resultam em intervenções de enfermagem satisfatórias para os indivíduos, grupos ou comunidades. Estas etapas ou fases compreendem o histórico, o diagnóstico, o plano assistencial, a prescrição, a evolução e o prognóstico (Horta, 1979). Este é aplicado de forma diferente numa unidade de cuidados intermédios/intensivos relativamente ao que é realizado no serviço de internamento, onde somos “obrigados” a focar as nossas ações nas complicações e manifestações da doença, priorizando aspetos mais técnicos tendo ainda, que ter em conta outros aspectos como por exemplo, a instabilidade em que o doente se encontra. Desta forma, a colheita de dados permite-nos olhar a saúde da pessoa e ajuda-nos a relacionar causas e medidas de atuação recorrendo assim aos diagnósticos de enfermagem mais adequados.

No estágio usei o processo de enfermagem pois considero que é um instrumento crucial na prática do dia-a-dia, pois baseia-se no método sistemático e organizado que visa aos enfermeiros um maior controlo da sua prática, pois além de minimizar os erros, permite visualizar o doente de forma holística. Segundo Garcia, (2009: 419-424), “*a implementação do processo de enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para a sua realização; e as acções principais e alternativas que o fenómeno demanda, para que se alcance um determinado resultado*”, sendo assim a prática do processo de enfermagem é considerada primordial para a qualidade dos cuidados prestados.

No aperfeiçoamento de competências como enfermeiro especialista, foquei-me na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na capacidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente, assim como na assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que o doente se encontrava, e na comunicação, visto que muitas das doenças cardiovasculares resultam de estilos de vida sedentários, inapropriados e de fatores de risco passíveis de ser adaptados e modificados. Existe ainda uma vasta tarefa nesta área por parte da equipa de enfermagem, tanto no que toca a ensinamentos de estilos de vida saudáveis, como na partilha de informação. Este tipo de trabalho sempre que possível deve ser feito por um especialista dado que as explicações a fornecer exigem um saber aprofundado na área médico-cirúrgica aplicado à situação específica do familiar e a gestão da informação, havendo sempre a necessidade de adaptar a linguagem tendo em conta a cultura, idade e estado emocional e cognitivo.

Visto não haver períodos de visitas presenciais, a minha atuação teve como foco sobretudo o doente, permitindo-me estar disponível para ouvir e comunicar com o mesmo sempre que suscitaram questões ou inseguranças. A comunicação é essencial no relacionamento com o doente e família, pois segundo Sousa (2010), só através da comunicação efetiva é que o profissional de enfermagem pode ajudar o doente a perceber os seus problemas, bem como a enfrentá-los e a envolver o próprio doente na experiência e ponderação de alternativas para a resolução dos mesmos.

Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica

Uma das ferramentas essenciais para o enfermeiro é o pensamento autocrítico, pois no exercício de todas as suas funções, desde o primeiro dia ao último do nosso percurso, devemos refletir individualmente de forma a rever todas as decisões tomadas e assim encontrar formas de melhorarmos profissionalmente e também pessoalmente. Não menos importante é a reflexão em equipa tanto sobre a minha atuação como a atuação da equipa no seu todo, pois como aluno é-me mais fácil aperfeiçoar e perceber as lacunas pois tenho um especialista da área a supervisionar as minhas práticas e tomadas de decisão, o que leva a uma reflexão conjunta e, por conseguinte, mais eficaz.

O facto de ser um enfermeiro com apenas sete anos de experiência e realizar o estágio na UCIC e UCIP, criou e proporcionou uma série de oportunidades de melhoria para mim e também para quem lá trabalha.

A forma contínua de transmitir informações sobre um utente na passagem de turno, a preparação e gestão de fármacos, a observação e interpretação de monitorização eletrocardiográfica, a interpretação da estabilidade ou disfunção hemodinâmica como um todo na pessoa, as boas orientações na prevenção e controlo da infeção e mesmo os cuidados de enfermagem prestados com tempo e qualidade foram alguns dos contributos que fiz questão de adquirir e transmitir.

Além de aprender e aperfeiçoar, também considero que pude ajudar partilhando os conhecimentos adquiridos ao longo da minha carreira profissional. O facto de ter experiências noutras áreas criou um leque de oportunidades tanto para mim como restante equipa. Só assim, podemos melhorar a nossa prática e atingir o nível desejado de especialista/mestre na área.

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC

No decorrer do estágio e pela minha experiência profissional, foi-me possível ter uma atuação pró-ativa, mediante os problemas vivenciados agindo de acordo com as reais necessidades dos utentes. Na prática de enfermagem para se poder atuar com criatividade é necessário ser detentor de um conjunto de conhecimentos e experiências em domínios diversificados.

Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC

No que toca aos cuidados prestados, o objetivo de todos os enfermeiros especialistas é atingir a melhor qualidade de cuidados possíveis, e eu não sou excepção, como tal todas as minhas prestações tiveram em vista a qualidade dos cuidados. Tive sempre atenção para elevar a qualidade dos cuidados por mim prestados ao máximo, e penso que como enfermeiro especialista tenho a obrigação de procurar melhorar e aperfeiçoar diariamente a qualidade dos cuidados prestados assim como de zelar pela de todos os enfermeiros ao meu lado. Nos cuidados prestados houve sempre a preocupação pelo respeito e pelas condições físicas do doente, efetuando a colheita de dados e gerindo a informação disponível de forma a criar e

manter em prática um plano de cuidados correto e atualizado através do processo de enfermagem no suporte informático Glintt®, introduzindo sempre que necessário medidas corretivas e adequando as atitudes terapêuticas que visassem a melhorias dos cuidados prestados. Segundo a OE (2007. pág. 1) “... tais aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitir, não apenas a documentação da actual prática de enfermagem, visando as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticos, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) [...] por forma a garantir o acompanhamento dos cuidados de enfermagem, em todos os contextos da sua prática. Formulei diagnósticos de enfermagem recorrendo à taxonomia da CIPE”. Acompanhei doentes para o laboratório de hemodinâmica e sala de Pacemaker, transmitindo sempre toda a informação necessária para que se mantivesse a continuidade dos cuidados.

Descrever a estrutura física e organizacional da UCIC e UCIP

A UCIC é uma unidade de cuidados intermédios cardíacos que se situa no 4º piso da ala A, que é composta por 11 camas e tem em parceria na prática dos cuidados, a sala de pacemaker que se encontra também no 4º piso da Ala A e o laboratório de hemodinâmica que se encontra no piso 0 na ala A também. Em termos de experiência profissional, fiquei surpreendido pois, numa unidade tão específica em que os enfermeiros são quase obrigados a realizar formação contínua, frequentemente para se manterem atualizados e onde a necessidade de enfermeiros especialistas deveria ser maior, os enfermeiros séniores correspondem a menos de um quarto de equipa, existindo apenas 2 enfermeiros especialistas, sendo os restantes enfermeiros maioritariamente jovens contratados com poucos anos de experiência na área. Já a equipa médica, é uma equipa experiente com anos de experiência na área e com um rácio superior ao de enfermeiros por turno, como já é habitual neste hospital e em todo o país.

A UCIP é uma unidade que se enquadra no conceito de unidade aberta, composta por 14 camas, sendo que duas são de isolamento. Apresenta ainda, uma sala de sujos, uma rouparia e uma terceira de material de apoio clínico.

3.3 Domínio da gestão de Cuidados

A gestão dos cuidados está implícita às chefias, mas também é da responsabilidade do enfermeiro especialista, considerando-se uma das áreas primordiais. É importante entender que uma correta gestão da equipa é directamente proporcional ao benefício dos doentes. Nesta abordagem ao doente crítico, em que nos é apresentado um ambiente bastante complexo e com elevada capacidade de mudança, torna-se importante adquirir uma capacidade na decisão clínica e tomada de decisão de forma consciente. Existem vários fatores que a tomada de decisão resulte num objetivo desejado como a racionalidade, competência e a consciência. Em todo o momento na abordagem ao doente crítico existe uma constante necessidade de responsabilização das decisões, como tal, estas decisões devem ser claras, racionais e sustentadas de forma a promoverem a defesa do profissional de saúde. Ao longo da vida profissional do enfermeiro só é possível desenvolver-se quando a formação é reflexo das imensas questões que colocamos à nossa prática, tendo um papel essencial e fundamental para o desenvolvimento teórico e prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade de cada um, conduzindo desta forma a alterações permanentes e conscientes na prática do cuidar, aumentando a sua qualidade. A isto, torna-se essencial aliar a capacidade de liderança do enfermeiro. Apresenta de carácter essencial para um bom funcionamento num UCI a liderança da equipa de enfermagem. Esta mesma característica exige de um enfermeiro a capacidade de enfrentar desafios inerentes ao planeamento dos cuidados, como conflitos bioéticos à supervisão do cuidado, assim como, à capacidade de tomar decisões com agilidade, rapidez e segurança, e também em saber lidar com situações que envolvem processos de luto. Sendo que um dos papéis do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é, ao nível da liderança da equipa, promover a organização, para que cada elemento contribua com eficiência e competência na prestação de cuidados ao doente com observações e decisões rápidas e seguras, cuidados frequentes, e prolongados, que envolvam uma sequência de procedimentos invasivos e complexos, mediados por alta tecnologia. Da oportunidade que dispus de observar, concluí que assumir a liderança, mesmo que não de forma diretiva, implica ter responsabilidade de agilizar os diferentes profissionais, num trabalho em equipa multidisciplinar, horizontal de colaboração, visando o doente de forma integral, com necessidades que precisam de cuidados. A

importância do líder, evidencia-se enquanto coordenador da equipa, principalmente em situações críticas, que exigem tomada de decisão rápida. O enfermeiro é reconhecido em função do seu saber, da competência que influencia na sua prestação de cuidados e da equipa, traduzindo reconhecimento e credibilidade à mesma. Com tudo isto, torna-se crucial a preparação de líderes com capacidades emocionais, isto é, com Inteligência Emocional. As equipas só estarão motivadas e irão contribuir para a melhoria contínua dos resultados da organização se os seus líderes desenvolverem uma liderança com inteligência emocional, isto é, com capacidade de reconhecer os próprios sentimentos e os sentimentos dos outros, e o processo de regulação de sentimentos e expressões em resposta a uma situação (Stichler, 2006). Na minha opinião a inovação da liderança em Enfermagem é fundamental para as Organizações de Saúde Nacional e Mundial, pois tem capacidade de eficazmente gerir a mudança implicará o desenvolvimento da vertente visionária e proactiva exigindo-se flexibilidade quer direta ou indireta.

Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC

Na UCIC o trabalho em equipa e a pares permite que haja uma certa supervisão do colega no sentido de ambos melhorarem, além da passagem de turno que é um dos momentos de maior reflexão sobre o que foi feito e porquê, ou se deveríamos ter adoptado outra forma de atuação. No decorrer dos turnos, optávamos por dialogar e trocar ideias no sentido de expor casos, e respetivas dúvidas ou resultados da abordagem adotada. Apesar de existirem diversas formas de atuação para a mesma situação, todos procuravam a que melhor resultado trazia para a pessoa e para o trabalho em equipa. Procurei sempre ser útil para equipa, mostrando-me sempre disponível para colaborar e assim também tirar partido das vivências e experiências.

A supervisão em enfermagem ainda está no início da sua longa caminhada, contudo cada vez se vê mais enfermeiros interessados e empenhados na troca de informação de forma a levar àquela situação específica os melhores cuidados e a melhor forma de atuação. Costa & Gaspar (2017) apresentam como uma das competências do enfermeiro a habilidade de ensino, pela transmissão de informação, demonstração de cuidados, instrução de pares e

supervisão clínica.

Ainda é uma abordagem limitada, pois denota-se que esta partilha é feita com colegas mais velhos ou da nossa confiança, talvez por medo ou vergonha, no entanto sem uma reflexão conjunta, jamais poderemos atingir a excelência na prestação de cuidados, e crescermos enquanto pessoas e equipa multidisciplinar, logo também é nosso dever, criar as condições necessárias para exercer supervisão clínica a pares e de novos elementos, mostrando que a partilha não tem como objectivo ser alvo de crítica mas sim de partilha de experiências e formas de actuação tanto positivas como negativas.

Assim sendo, procurei sempre de forma contínua manter-me junto daqueles que na minha opinião, estariam em melhores condições de me transmitir conhecimentos de forma a enquadrar melhor a minha prática.

Realizar atividades de gestão dos cuidados na área da EEMC

A minha atuação na área da gestão de cuidados passou pela gestão de cuidados à pessoa doente no qual o meu papel envolveu as rotinas que implicam os cuidados de higiene e conforto, a administração de terapêuticas e respetivas alterações farmacológicas, a avaliação de sinais vitais de duas em duas horas, a saída e entrada de utentes na unidade, a elaboração dos processos de enfermagem dos novos utentes e as atitudes terapêuticas prescritas. No que toca à gestão de materiais, a minha intervenção foi a nível de pedido de fármacos à farmácia, equipamentos e materiais via informática, pedidos de reparação de aparelhos danificados e contabilização de estupefacientes.

A UCIC e UCIP, como diversos serviços nesta época de pandemia, sofreram alterações diariamente. Uma das alterações mais relevantes foi a nível de horário, pois recorrentemente surgem baixas por Isolamento Profilático no âmbito da pandemia o que provoca a necessidade de mobilizar elementos. É uma mudança que todos os dias gera ansiedade e algum descontentamento por parte da equipa, pois interfere directamente nas rotinas familiares de cada um. É uma tarefa delicada, mas que qualquer Enfermeiro Chefe tem que estar preparado e saber lidar com a mesma.

A enfermeira Chefe da UCIC tem a seu cargo 2 serviços o que lhe permitiu uma maior

facilidade na gestão de horários pois os enfermeiros da UCIC e do internamento de Cardiologia até ao início da pandemia rodavam entre si, e através da comunicação conseguiu sempre moldar as situações permitindo assim que estas mudanças causassem o menor impacto e descontentamento possível.

Além da enfermeira Chefe, existe um elemento de referência em cada turno, que é sempre um enfermeiro especialista que faz o papel de responsável de turno. Este tem a tarefa de prestar cuidados diferenciados na sua área de atuação e formação, e pelo desenvolvimento de uma metodologia de trabalho que visa a qualidade de cuidados ao doente crítico e família. Este assume o papel da Enfermeira Chefe quando esta está ausente, que é todos os fins-de-semana e no período de férias.

A Enfermeira Chefe que até então era a única responsável pela gestão de recursos materiais e humanos, encontra-se assim, mais direcionada para a organização humana, alternado o paradigma da gestão, promovendo a produtividade, permitindo que o responsável de turno garanta a qualidades dos cuidados, se envolva e seja responsabilizado pelas suas tomadas de decisão. (Rego, 2010)

Em ambas as Unidades, a gestão de recursos humanos inclui a elaboração do plano de trabalho para o turno seguinte que é ajustado à equipa em função dos doentes e respectivos graus de dependência e exigência de conhecimentos e competências para prestar cuidados aos doentes com patologias específicas; a substituição dos elementos em falta, a realização de horários que requer um conhecimento dos elementos da equipa, para assim formar equipas mais equilibradas do ponto de vista profissional e relacional garantindo assim qualidade nos serviços prestados e boa relação multidisciplinar.

Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC

Para Frakes, Neely e Tudoe (2009), alguns dos aspetos cruciais no trabalho de equipa a ser implementados são a introdução de fardas diferentes para o *team leader*, enfermeiro sénior (se diferentes) e outros membros séniores, a cadeia de prescrições e indicações transmitidas diretamente ao enfermeiro sénior, que depois distribui os recursos disponíveis, a diminuição do nível de ruído na sala, o desenvolvimento de papéis claros para cada elemento através de preparação prévia e o treino intensivo e sistemático para toda a equipa envolvida.

Os enfermeiros podem liderar vários tipos de equipas, podendo ser dois enfermeiros a trabalhar em equipa ou um enfermeiro com um auxiliar. Em situações de maior complexidade como entubações e PCR's o mais frequente é o médico mais diferenciado assumir o papel de *team leader* e coordenar a equipa multidisciplinar. Estas situações envolvem normalmente um maior número de profissionais, independentemente da sua categoria profissional, exigindo a todos os elementos esforços de supervisão, vigilância e trabalho em equipa. Este tipo de liderança implica capacidade de decisão e responsabilidade para com os doentes.

No que diz respeito a este objetivo em específico, foi-me possível a consecução do mesmo, na medida em que exerci o papel de team leader numa paragem cardiorrespiratória, tendo tido um feedback positivo pela orientadora de estágio.

3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio é contínuo e o processo de autodesenvolvimento deve estar ligado ao nosso percurso curricular e profissional. De forma a melhorar a prática com os conhecimentos que pretendemos desenvolver, e com os conhecimentos que não possuímos, mas que pretendemos adquirir.

Desta forma, durante o meu percurso académico e de forma a dar resposta a um parâmetro de avaliação da unidade curricular, realizei uma revisão da literatura com o tema: “Efeitos da aplicação da metodologia ISBAR na transição de cuidados do doente durante a passagem de turno”. A metodologia ISBAR, conforme demonstrado pelas evidências na revisão, é um método simples e eficaz na promoção de uma mudança sistêmica na comunicação em saúde, levando a melhorias na cultura de segurança do sistema de saúde.

Da realização da revisão integrativa concluo que o uso do ISBAR pode efetivamente ser a resposta para a redução de eventos adversos, pela diminuição das falhas na comunicação, garantindo deste modo a segurança dos doentes, e a concretização efetiva do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 do Serviço Nacional de Saúde.

Atualmente a gestão revela-se de extrema importância, sendo que a orientação e funcionamento dos serviços são regidos por dados objetivos. Para Mira (2011), as organizações são pressionadas economicamente pelo mercado e colocam em risco a imagem social que possuem por arrastarem o treino em detrimento da urgência na produção. Apesar do processo de integração ser um elemento-chave para uma melhor prestação dos cuidados de saúde, na prática é por vezes desvalorizado, pois o que seria necessário como uma integração de meses passou a ser uma integração de semanas ou até mesmo dias. Sei que esta fase que passamos é excepcional e algo ao qual todos nós nos precisamos readaptar, no entanto, já antes desta pandemia o tempo de integração era algo que já não era valorizado em vários locais, pois a necessidade levava a que os profissionais comessem a contar como elementos da equipa e não como elemento supranumerário. Contudo, não é pelo facto de haver redução de tempo de integração que a exigência pedida aos enfermeiros também é reduzida. A implementação dessa segurança envolve um vasto conjunto de medidas. A adequada integração dos profissionais aos serviços onde irão prestar cuidados, de forma a poderem responder cabalmente às especificidades dos mesmos, é parte importante e intrínseca a essa segurança. O desconhecimento ou não familiarização com o local de trabalho e/ou com os diversos recursos materiais colocados ao dispor do profissional, são factores potenciadores do risco.

O enfermeiro tem o direito “de usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente aos cuidados de enfermagem de qualidade” conforme prevê a alínea c) do nº 2 do Artigo 75º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/1998 de 21 de abril da AR, 1998). No que à segurança dos cuidados diz respeito, “a posição conjunta do Internacional Council of Nurses (ICN), International Pharmaceutical Federation (FIP) e a World Medical Association (2008) que coloca a segurança dos doentes como prioritárias nas intervenções dos cuidados de saúde. Está claro que, o serviço e o hospital têm ganhos financeiros no que toca à gestão, mas em contrapartida, pela eventual diminuição da qualidade dos cuidados prestados e pela probabilidade de acontecerem erros, os utentes acabam por sofrer alguns efeitos nefastos.

Um problema que considero antigo é a falta de enfermeiros e o facto de trabalharmos com rácios mínimos. Isto leva a que muitas vezes com o excesso de trabalho e escassez de pessoal, o enfermeiro não tem como esclarecer as dúvidas que vão suscitando ao longo da prestação de cuidados, fazendo com que não se apercebam dos erros que possam estar a cometer, e que poderiam executar as técnicas com outros conhecimentos mais fundamentados ou, até mesmo partilhar experiências marcantes que precisam ser faladas e ouvidas. Daí se denotar claramente uma diferença entre o enfermeiro recém-licenciado e o enfermeiro com uma vasta experiência, quando se fala de investir no currículo para poder fundamentar as decisões e prática de cuidados, pois enquanto o enfermeiro sénior cresceu num ambiente controlado onde teve tempo para aprendizagem e aperfeiçoamento, o enfermeiro recém-licenciado pela sensação de desamparo sente a necessidade de ir em busca de mais conhecimento.

Como facilmente podemos comprovar no estudo *“The impact of nurse staffing levels and nurse’s education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study”* (2019), realizado pela Universidade de Antuérpia, Bélgica, que estabelece uma relação directa entre a falta de Enfermeiros e o aumento da mortalidade nos Hospitais. De acordo com a investigação, metade das mortes inesperadas nos hospitais belgas deveu-se à falta de Enfermeiros, ou seja, os pacientes morreram repentinamente durante o tratamento ativo, sem que tenham iniciado um plano de cuidados para o final da sua vida. De sublinhar que a Bélgica, onde há 11 Enfermeiros por cada mil habitantes, tem um rácio de Enfermeiros acima da média da OCDE (8.8), enquanto em Portugal esse valor cai para 6,7, segundo os dados mais recentes da OCDE.

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional

Numa área de especialização como a médico-cirúrgica que abrange diversos processos complexos saúde-doença, o processo de autodesenvolvimento é algo contínuo e que visa ser diretamente proporcional ao nosso percurso profissional, tanto pela necessidade de adquirir novos conhecimentos, como pela vontade de aperfeiçoar a prática, pois diariamente surgem novas diretrizes e orientações científicas, a meu ver com um papel mais relevante na minha

prática que outras áreas de formação, daí a minha opção e gosto pela especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Um enfermeiro especialista, para ser um excelente profissional precisa de estar constantemente em atualização e a par das novas orientações científicas.

Este estágio proporcionou-me oportunidades em várias vertentes, pois a minha prestação na UCIC devido à pandemia, não foi direcionada apenas ao doente com doença cardíaca, mas sim ao doente com falência multiorgânica. Esta experiência permitiu-me aperfeiçoar alguns conhecimentos que na minha área de actuação principal não teria possibilidade de adquirir, visto que os Neurocríticos é um serviço muito específico e acabam por surgir lacunas, como é o exemplo de um doente que esteja internado com monitorização eletrocardiográfica e que desenvolva uma taquicardia supraventricular. Neste caso, a equipa levaria mais tempo a detectar e a agir perante a alteração eletrocardiográfica. A partir deste momento tenho uma maior sensibilidade para agir em conformidade com a situação clínica. Também considero que me facilitou a integração na UCIP (serviço onde também trabalho devido à crise pandémica) e me permitiu uma bagagem mais diversificada. Muito do meu tempo livre foi aproveitado para observar os doentes e respetivas ~~práticas~~ áreas de intervenção por parte de outros enfermeiros com os seus doentes, de forma a melhorar a minha prática tanto no meu dia-a-dia como enfermeiro generalista, como enfermeiro especialista. Esta observação e prática levou-me à necessidade de horas de estudo individual através de pesquisas bibliográficas e aprofundamento de conhecimentos, como me suscitou curiosidade e vontade de aprender e saber mais para assim poder dominar o doente em situação crítica, tendo então me debruçado nos temas: cuidados ao doente com sépsis ou choque séptico, cuidados ao doente em choque hipovolémico, interpretação do traçado eletrocardiográfico, interpretação dos valores da gasometria, papel do enfermeiro e atuação durante o SBV e SAV, cuidados ao doente com necessidade de ventilação invasiva, cuidados ao doente com necessidade de técnicas dialíticas (hemodiafiltração venovenosa contínua e plasmaferese) e cuidados ao doente em choque cardiogénico com suporte de pressão arterial por balão intra-aórtico.

Promover a formação em serviço na área de EEMC

A Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia possui um plano de formação anual com

sessões promovidas por médicos e sessões promovidas por enfermeiros. Apesar de haver temas e necessidades em comum, não é frequente a formação com elementos da equipa de enfermagem e da equipa médica em simultâneo. Existe, no entanto, abertura para qualquer enfermeiro ou equipa propor a realização de uma formação numa área que ache merecer investimento. Todos os elementos a quem se destine a formação são convidados a participar com a divulgação por e-mail da formação um mês antes. Na minha opinião a área de estudo mais esquecida na UCIC pareceu-me ser a preparação e vias de administração de fármacos por CVC, tendo como objetivo a realização de formação acerca do tema. No entanto, não consegui atingir este objectivo pois dado o estado em que nos encontramos, em pandemia, todas as formações presenciais a nível hospitalar foram suspensas, daí não me ter sido também possível fazer a apresentação da mesma. Logo que a situação se normalize será uma área de formação onde irei investir.

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros

Durante a minha prática na UCIC e UCIP tentei influenciar positivamente todos os enfermeiros com quem interagi a apostarem no seu desenvolvimento pessoal e profissional, promovendo uma reflexão conjunta sobre possíveis lacunas que poderiam facilmente ser ultrapassadas com investimento na formação e partilha de experiências.

Através desta postura assertiva e motivadora, consegui que dois colegas se aventurassem na candidatura ao mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

3.5 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Como enfermeiro e profissional de saúde, é-me exigida a capacidade de perceber e interpretar os problemas relacionados com o doente/família para assim conseguir dar resposta à resolução dos mesmos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o regulamento das competências n.º 26/2019, do

enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica refere que o mesmo que cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença, dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da concepção à ação e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e devem ser prestados de forma contínua à pessoa, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, e deste modo prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação. Para atingir essa mesma recuperação, é necessário uma observação, colheita e procura contínua de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O mesmo documento “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 no 429/2018 de 16 de julho da AR, p.19362, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros caracteriza o enfermeiro especialista, como o profissional que apresenta “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015 artigo 7º, ponto 2º), sendo “o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de Saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente [...] que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínica especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (Regulamento no 122/2011 de 18 de Fevereiro da AR, p.8648, 2011).

O Artigo 2º relativo ao “Âmbito e Finalidade”, define que o “perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica íntegra, junto com o perfil de competências comuns, o conjunto de competências clínica especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências”.

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC

No vasto leque da Enfermagem Médico-Cirúrgica os contextos de emergência tornam-se numa área com elevado grau de exigência pela diversidade e rapidez na actuação da prestação de cuidados, pois numa situação de PCR ou de emergência, todos os conhecimentos são fundamentais para uma tomada de decisão e actuação correta e consequente ressuscitação eficaz. Uma das grandes vantagens neste contexto é o facto de ser uma Unidade que devido à sua disposição, tipo *open-space*, os doentes e profissionais estão todos com boa visibilidade, permitindo assim que em contexto de emergência todos os elementos da equipa multidisciplinar se prontifiquem a prestar auxílio aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo de toda a carreira profissional, permitindo ir além da fonte primária que é o autodesenvolvimento. A atuação de um enfermeiro e respectiva partilha de conhecimentos e experiências assume cada vez mais um papel preponderante na enfermagem.

Para mim, enquanto enfermeiro generalista, a avaliação do estado de saúde do doente e respectivo planeamento das intervenções dá-se quando junto dele, retiro as informações que necessito, usando o meu juízo clínico. Neste estágio aprendi a usar a reflexão crítica, permitindo-me assim expor dúvidas acerca dos conhecimentos, da minha própria actuação, bem como da restante equipa e acerca de eventuais dúvidas que tenham existido ou que precisaram de ser clarificadas, melhorando assim a intervenção nas situações de maior complexidade.

Por diversas vezes questionámo-nos se fizemos tudo que estava ao nosso alcance. A verdade é que após reflexão a resposta é quase sempre negativa. Este questionamento constante é fundamental para a prática e evolução enquanto pessoa e enfermeiro, pois permite-nos visualizar novamente todos os acontecimentos e fazer uma ligação entre a actuação e respectivos conhecimentos, visto que quando se está perante uma situação de emergência, as decisões são tomadas de imediato, não existindo lugar para uma reflexão aprofundada.

No que toca a aquisição de competências, além das capacidades de actuação e deteção de alterações eletrocardiográficas e sua sintomatologia, desenvolvi capacidades numa área completamente desconhecida: como a colocação de pacemaker e sala de hemodinâmica, acreditando que num futuro como especialista, estarei mais preparado para intervir e atuar com iniciativa e autonomia.

Como tal, o nível de conhecimento necessário é muito elevado. O objetivo de cada enfermeiro

é aprofundar conhecimentos para poder prestar os melhores cuidados possíveis aos seus utentes. Para tornar este objetivo possível e assim conseguir melhorar a minha prestação de cuidados, tive a necessidade de rever literatura sobre cuidados de enfermagem após colocação de pacemaker, interpretação do traçado eletrocardiográfico, cuidados ao doente após cateterismo cardíaco e angioplastia e o papel do enfermeiro em contexto de urgência/emergência e a sua atuação durante o suporte avançado de vida.

Demonstrar um nível de consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com cliente e família, especialmente na área da EEMC

Entre muitas outras, sinto que desenvolvi este objetivo com o decorrer do estágio, servindo de elo de ligação com a respectiva família nesta altura de pandemia, em que esta interação se torna escassa e aprendendo a gerir de forma diferenciada o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e a dor. Atualmente, apesar de todos os enfermeiros estarem preparados para identificar, medir e tratar a dor física, quando se fala do cuidar psicológico e necessidades humanas básicas, como o conversar, ouvir e permitir um contacto com a família, o mesmo não acontece.

Além da componente do saber ser e estar, que sinto ter sido melhorada, as discussões sobre os problemas atuais da enfermagem e dos que afetam em específico as atividades dos meios onde me encontrava, este estágio também me permitiu melhorar a vertente do saber fazer, visto que me trouxe uma vasta experiência na área das patologias cardiovasculares e suas áreas de intervenção.

Na UCIC o principal tema de discussão na equipa de enfermagem diz respeito à sintomatologia associada às alterações eletrocardiográficas. Neste sentido, procurei ser conhecedor das diferentes sintomatologias para assim conseguir antecipar e direcionar a minha atuação em conformidade com as exigências.

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC

Entre muitas situações presenciadas e ao contrário do que eu esperava ou estava habituado,

não são as PCR's os momentos de maior stress, pois na realidade à medida que vamos presenciando PCR's e participando na intervenção das mesmas deparamo-nos como que um "ritual", pois na realidade as orientações técnicas a nível de SBV e SAV são bastante lineares e de fácil memorização.

Durante os estágios não ocorreu nenhuma PCR, extubação accidental, ou alteração grave de uma função vital que necessitasse de uma intervenção urgente da minha parte ou da equipa. No entanto, caso fosse necessário intervir, penso que a preparação do curso de especialidade, a experiência prévia, o conhecimento sobre o utente, a unidade envolvente, os meios disponíveis e as equipas em que estive inserido seriam suficientes para dar uma boa resposta. Com uma boa monitorização permanente, a atuação passa essencialmente por uma boa decisão da equipa, a gestão da oxigenação e ventilação, a preparação e administração rápida e eficaz de fármacos e o manuseamento correto do monitor-desfibrilhador.

Em termos de procedimentos imprevistos, auxiliei na colocação de um balão intra-aórtico. Esta foi a situação que mais me marcou durante todos os estágios, pela especificidade da técnica e pela importância da colocação do mesmo. Não houve qualquer intercorrência na sua colocação.

Em termos de competências previstas, seria expectável que após o estágio fosse capaz de detetar eficazmente alterações que necessitassem da minha pronta atuação. A este nível considero que cumpro claramente esta meta.

4. CONCLUSÃO

Estou convicto, que com a elaboração deste relatório de estágio consegui descrever o meu desempenho ao longo dos estágios que decorreram na Unidade Cuidados Intermédios Cardíacos e Cuidados Intensivos.

Descrevi os objectivos traçados e procurei efectuar uma análise crítica e reflexiva das actividades desenvolvidas, assim como das competências adquiridas e aprofundadas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Após a conclusão dos ensinamentos clínicos consigo dizer que me senti como um aprendiz no início dos mesmos visto que os campos de estágio foram serviços que para além da sua especificidade, eram completamente desconhecidos. Segundo BENNER (2001), os enfermeiros que integram um novo serviço aos quais não conhecem doentes, as especificidades, e os aspectos inerentes aos cuidados, podem encontrar-se no nível de *iniciado*. Contudo, tendo em conta a minha experiência profissional e capacidade de adquirir novos conhecimentos, facilmente ultrapassei esta fase, prestando cuidados específicos na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Sabendo que a enfermagem é uma profissão com uma grande componente técnica e científica, nós, enfermeiros, temos de estar motivados e com a mente aberta para uma aprendizagem constante, com grande capacidade de adaptação às mudanças e às inovações que brotam diariamente.

Para aqui chegar, foram necessários esforços redobrados para a aquisição de novas competências e conhecimentos de áreas que até então me eram desconhecidas.

Uma das dificuldades sentidas foi a capacidade de resolução de conflitos, que por si só já não são fáceis de gerir. Durante uma crise pandémica nunca antes vivida, esta torna-se ainda mais dificultada, devido ao stress provocado pelo excesso de trabalho com sobrecarga horária associado a uma gestão familiar complexa. Neste sentido, considero que uma boa gestão de conflitos poderá promover um entendimento entre as partes, fomentar interações futuras e promover mudanças positivas.

Desta forma, concluo, que a partilha de experiências e a aquisição e permuta de conhecimentos foram um suporte fundamental no aperfeiçoamento de competências da minha parte. A reflexão sobre a prática diária e sobre as situações decorrentes dos cuidados de saúde por mim prestados, estiveram sempre assentes no conhecimento científico, ou seja, posso concluir que foi realizada uma prática baseada na evidência.

Relativamente aos objetivos inicialmente definidos, alguns deles não foram cumpridos fruto

da realidade pandémica atual em que vivemos, chegando assim ao final do estágio com a sensação de bem-estar emocional e com a garantia de que tomei todas as decisões de forma autónoma e assertiva.

Foi-me ainda possível realizar pela primeira vez durante os estágios uma revisão integrativa da literatura com o título “Efeitos da aplicação da metodologia ISBAR na transição de cuidados do doente durante a passagem de turno”. A escolha do tema foi baseada nas lacunas vivenciadas ao longo do meu percurso profissional e académico na tentativa de melhorar a qualidade da informação transmitida durante as passagens de turno. Assim, conseguimos comprovar que esta revisão integrativa mostra que o ISBAR é uma metodologia que pode ser altamente eficaz na transmissão de informação, em diferentes momentos, principalmente durante a passagem de turno, e entre diferentes categorias profissionais, independentemente da sua experiência profissional.

Chegando agora ao fim deste percurso e cada vez mais próximo de ser enfermeiro especialista, pretendo continuar a ser um profissional com conhecimentos ao nível teórico, técnico e científico conseguindo desta forma, dar resposta aos problemas que vão surgindo no dia-a-dia e com a certeza de que tudo será feito em forma a atingir cuidados de excelência. Tenho a certeza de que agora, consigo demonstrar um nível alto de julgamento clínico e de tomada de decisão através das novas competências.

REFERÊNCIAS

Administração Central do Sistema de Saúde. 2013. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. www2.acss.minsaude.pt. 2013. *minsaude.pt*. [online] Available at: <<http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>> [Accessed 21 April 2021].

Associação de Cuidados Intermédios Médicos. 2012. Cuidados intermédios em perspectiva. Obtido de: 2012. [online] Available at: <<https://www.acim.pt/wp-content/uploads/2017/05/CIP-1-1-Revista-completa.pdf>> [Accessed 21 April 2021].

Benner, P., Lourenço, B. e Queirós, A., 2001. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. S.l.: Quarteto. ISBN 972853597X

Bernardo, F. 1984. Intercomunicação e Relações Humanas entre Enfermeiro – Utente. *Servir*. Nº2, p.104-112

Costa, A., & Gaspar, P. J. (2017). Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência. *Construindo Conhecimento Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, 46-67.

Decreto-lei nº161/1996, de 4 de setembro da Assembleia da República. *Diário da República: I série A*, No 205 (1996) 2960. Acedido a 22 abril. 2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Decreto Lei no 104/1998 de 21 de abril da Assembleia da República. *Diário da República: I série A*, No 93 (1998) 1739-1740. Acedido a 24 abril. 2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/175784>

Decreto Lei no 156/2015 de 19 de setembro da Assembleia da República. Diário da República: I série, No 181 (2015) 8101-8104. Acedido a 24 abril. 2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Decreto Lei no 161/1996 de 4 de setembro da Assembleia da República. Diário da República: I Série. A 205 (1996) 2960-2962. Acedido a 24 abril. 2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Deodato, S., 2008. Critérios do agir profissional. In: Revista Ordem dos Enfermeiros. 2008.

Frakes, P., Neely, J., e Tudoe, R., "Effective teamwork in trauma management." Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association 17.8 (2009): 12.

Garcia, M.; Igal, S.; Moro, C.; Palácios, F. 2008. Consentimento informado, comunicacion eficaz y decision autónoma. Revista ROL Enf

Horta, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979

Huskins, W. C.; Huckabee, C.M.; O'Grady, N.P.; Murray, P.; Kopetskie, H.; Zimmer, L.; Walker, M. E.; Sinkowitz-Cochran, R. L.; Jernigan, J. A.; Samore, M.; Wallace, D. e Goldmann, D. A., 2011. "Intervention to Reduce Transmission of Resistant Bacteria in Intensive Care" for the STAR*ICU Trial Investigators*

Lei no 12/93 de 22 e abril da Assembleia da República. Diário da República: artigo 12.o (1993) 1963. Acedido a 24 abril. 2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/692651>

Ministério da Saúde. 2016. Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. [Em linha], atual. 2016. [Consult. 27 jun. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>>.

Ministério da Saúde. 2017. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. [Em linha], atual. 2017. [Consult. 17 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Nunes, L. 2003. Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881- 1998). Loures: Lusociência, 2003

Nóvoa, M. & Valderama, B.2006. The Role of the Psychologist in Intensive Carr. Universidade de Psychologia de Bogotá, vol 5

Ordem dos enfermeiros, 2007. O Enfermeiro e a Gestão de Cuidados de Saúde. - [Em linha], atual. 2007. [Consult. 19 abr. 2021]. Disponível em: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt>>.

Organização Mundial da Saúde (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems- From information to action. Acedido a 24 abril. 2021. Disponível,em http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>

Oroviogicoechea, Cristina [et al.] - Review: Evaluating Information System in Nursing. Journal of Clinical Nursing [Em linha]. Vol.16 (2007) p. 567-575. [Consult. 09 jan. 2021]. Disponível em www.online ISSN 1365-2702

Portugal, Ministério da Saúde – Decreto Lei nº74/2006, Diário da República, nº60 Série I Parte A de 24 de março de 2006

Portugal, Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2017

Ramos, N. 2008. Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspetivas teóricas e práticas. João Pessoa, Editora Universitária UFPB.

Rego, A. 2010. Reformas no Sector da Saúde- A Equidade em Cuidados Intensivos, Universidade Católica. Editora. Lisboa

Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista. 2018, Lisboa REPE, Regulamento nº429/2018 de 16 de julho da AR, p.19362, 2018).

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da Ordem dos Enfermeiros Regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro da AR, p.8648, 2011).

Renaud, M. 1999. A dignidade do ser humano como fundamentação ética dos Direitos do Homem. Brotéria vol. 148

República, A. d. (26 de outubro de 2018). Obtido de Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa: Resol. da AR n.º 1/2001, de 03 de janeiro - [Em linha], atual. 2021. [Consult. 22 abr. 2021]. Disponível em [WWW:<URL:http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis>](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis).

Smith, G., & Mick, N. (1999). ABC of Intensive Care: Criteria of Admission. British Medical Journal.

Sousa, M. A. 2010. Encontro sobre sistemas de Informação de Saúde confirma compromisso ministerial nesta área. [Consult. 23 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/encontro-sobre-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-confirma-compromisso-ministerial-nesta-%C3%A1rea/>

Stichler, J. F. 2006. Emotional intelligence: a critical leadership quality for the nurse executive. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

APÊNDICE

TÍTULO: Efeitos da aplicação da metodologia ISBAR na transição de cuidados do doente durante a passagem de turno: Revisão Integrativa

Effects of applying the ISBAR methodology on the transition of patient care during shift change: Integrative Review

Autor: Nuno Silva¹;

RESUMO

As prioridades dos cuidados de saúde passam pela segurança ativa dos doentes. A metodologia ISBAR apresenta-se como a solução segura e eficaz na redução de eventos adversos, relacionados com lacunas na comunicação, dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. Objetivo: Observar as evidências sobre a metodologia ISBAR e avaliar os seus efeitos na transferência segura de cuidados do doente hospitalizado e na redução de eventos adversos. Metodologia: Realizado um estudo de revisão integrativa da literatura. Recorrendo à equação de pesquisa “*nursing*” AND “*SBAR*” AND “*handover*” AND “*patient safety*” OR “*nursing*” AND “*SBAR*” AND “*communication*”, nas bases de dados eletrónicas da ScienceDirect, EBSCOhost e ProQuest. A colheita de informação ocorreu entre fevereiro e Março de 2021 e foi restrita ao intervalo de tempo entre 2010-2020, com limitação a artigos com texto integral e em Português e Inglês. Resultados: Despontaram três categorias referentes ao impacto da metodologia ISBAR: comunicação e colaboração interprofissional; *outcomes* no doente e organização da passagem de turno. Conclusão: Com a metodologia ISBAR, os profissionais passaram a ter uma comunicação mais eficaz, clara, precisa, objetiva. Conseguimos assim, observar uma clara ligação entre a melhoria da comunicação, pela utilização do ISBAR, e a diminuição do número de incidentes relacionados com falhas de informação, que podem se tornar a causa de um mau prognóstico para o doente. A metodologia ISBAR também veio possibilitar uma maior organização da passagem de turno, tornando-a mais sistematizada, consistente e completa.

Descritores: “enfermagem”; “SBAR”; “passagem de turno”; “segurança do paciente”; “comunicação”

¹Licenciatura em Enfermagem, Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos/Hospital de Braga, E.P.E (nunofbasto@hotmail.com)

ABSTRACT

Health care priorities are active patient safety. The ISBAR methodology presents itself as a safe and effective solution in the reduction of adverse events, related to gaps in communication, of health professionals in a hospital environment. Objective: To observe the evidence on the ISBAR methodology and assess its effects on the safe transfer of care to hospitalized patients and on the reduction of adverse events. Methodology: An integrative literature review study was carried out. Using the search equation “nursing” AND “SBAR” AND “handover” AND “patient safety” OR “nursing” AND “SBAR” AND “communication”, in the electronic databases of ScienceDirect, EBSCOhost and ProQuest. The collection of information took place between February and March 2021 and was restricted to the time interval between 2010-2020, with a limitation to articles with full text and in Portuguese and English. Results: Three categories emerged regarding the impact of the ISBAR methodology: communication and interprofessional collaboration; patient outcomes and organization of shift change. Conclusion: With the ISBAR methodology, professionals started to have a more effective, clear, precise and objective communication. We were thus able to observe a clear link between the improvement in communication, through the use of the ISBAR, and the reduction in the number of incidents related to information failures, which can become the cause of a poor prognosis for the patient. The ISBAR methodology also allowed for greater organization of the shift change, making it more systematized, consistent and complete

Keywords: “nursing”; “SBAR”; “handover”; “patient safety”; “Communication”

INTRODUÇÃO

Uma comunicação eficaz, cooperação e trabalho em equipa, entre os profissionais de enfermagem, são a chave na segurança e na qualidade dos cuidados prestados (Beigmoradi, S., Pourshirvani, Pazokian, & Nasiri, 2019). No entanto, estudos recentes referenciam a ineficácia na comunicação como um dos erros mais comumente apontados, no surgimento de eventos adversos, colocando a segurança do doente em causa (Beigmoradi S., et al., 2019; Chapman, Schweickert, Swango-Wilson, H. Aboul- Enein, & Heyman, 2016; Müller, et al., 2018; The Joint Commission [TJC], 2017). As falhas na comunicação são apresentadas, como sendo a causa de 70% dos eventos adversos que ocorrem durante os momentos de transição de cuidados do doente (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017).

A literatura diz-nos, pela realização de vários estudos, que podem ocorrer lacunas durante o processo de comunicação, lacunas essas que “(...) predispõem à existência de quebras na continuidade dos cuidados, tratamentos inadequados e colocam em causa a segurança da pessoa” (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2014, p.15). De forma a diminuir a ocorrência destes erros/falhas de comunicação têm vindo a ser implementadas várias técnicas de comunicação, procurando diminuir a incidência dessa problemática, em grande parte, pela uniformização do processo de comunicação entre profissionais de saúde (Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne, & Engström, 2014).

A transição de cuidados de saúde, frequentemente chamada *handover*, é definida pela Direção Geral de Saúde (DGS) como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017, p.4). A transição segura de cuidados do doente hospitalizado é considerada um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, devido à frequência com que estes momentos ocorrem, e também devido à quantidade de informação que é partilhada (Stewart & Hand, 2017). Nestes momentos, as falhas mais regularmente identificadas, estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, e falta de precisão e priorização das atividades (DGS, 2017; TJC, 2017).

A versão original SBAR, introduzida na área de saúde em 2002, foi reestruturada, posteriormente em alguns contextos, para a nomenclatura ISBAR, acrescentando o I, sendo esta versão a recomendada tanto pela DGS, (2017), como pela The Joint Commission (TJC, 2017), no entanto, os estudos de investigação analisados neste trabalho falam ainda na versão original. O ISBAR é assim na atualidade recomendado, por várias organizações

de saúde, tanto a nível nacional como internacionalmente, devido à sua eficiência, no fluxo de trabalho e na segurança dos doentes (De Meester, Verspuy, Monsieurs, & Van Bogaert, 2013). A nível nacional a norma da DGS veio responder ao que havia sido preconizado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, em que o seu foco é prestar cuidados de saúde de forma segura, em todo o Sistema Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2015). A metodologia ISBAR é descrita, como sendo de fácil memorização e de simples utilização, por ser flexível, concisa e clara para comunicar informações consideradas relevantes na transição de cuidados (DGS, 2017). Assim, a metodologia ISBAR transporta-nos para um aprofundamento das mais-valias da sua utilização, através de uma revisão integrativa da literatura. Tive como objetivo, analisar as evidências sobre a metodologia ISBAR e avaliar o seu impacto na transição segura de cuidados do doente hospitalizado e na redução de eventos adversos.

METODOLOGIA

A realização da presente revisão integrativa da literatura foi orientada pela questão de investigação: Qual o impacto da implementação *da metodologia ISBAR na transição segura de cuidados do doente hospitalizado?* A partir da mesma definiram-se os descritores de pesquisa: “*nursing*”, “*SBAR*”, “*handover*”, “*patient safety*” e “*communication*”, validados através dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. Recorrendo à equação de pesquisa “*nursing*” AND “*SBAR*” AND “*handover*” AND “*patient safety*” OR “*nursing*” AND “*SBAR*” AND “*communication*”, realizada nas bases de dados eletrónicas da ScienceDirect, EBSCOhost e ProQuest. A colheita de informação ocorreu entre fevereiro e Março de 2021 e foi restrita ao intervalo de tempo entre 2010-2020, com limitação a artigos com texto integral e em Português e Inglês.

Os critérios de inclusão utilizados foram: a utilização da metodologia ISBAR na passagem de turno entre enfermeiros e/ou entre a equipa multidisciplinar que trabalham em unidades hospitalares, estudos quantitativos/qualitativos publicados entre 2013 e 2019, em língua inglesa e estudos de fonte primária, cujo objetivo foi compreender o impacto da implementação da metodologia ISBAR na passagem segura de informação em ambiente hospitalar. Da pesquisa efetuada com a equação e aplicação dos critérios de inclusão,

foram encontrados 323 artigos na ScienceDirect, 145 na EBSCOhost, e 516 artigos na ProQuest, perfazendo um total de 984 artigos.

Da sua totalidade, após eliminar os artigos repetidos 376 e outros pelo seu título 565, restaram 43 artigos, dos quais 23 foram excluídos pela leitura do resumo e 13 pela leitura integral do artigo, tendo sido selecionados no final 6 artigos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados seis estudos no sentido de obter resposta à questão supracitada. Com o intuito de organizar as evidências produzidas, as mesmas estão descritas na tabela 1, onde se pode ler, os tipos de metodologia as principais características dos participantes e os resultados do uso da metodologia SBAR. Os artigos foram organizados com base no ano de publicação, do mais antigo até ao mais atual, por forma a estabelecer uma linha de tempo de fácil análise.

Autor, ano, Título/tipo comunicação, país	Tipo de estudo/ Instrumento de colheita de dados	Participantes Amostra	Objetivo geral
Artigo 1: De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. <i>Resuscitation</i> , 84(9), 1192–1196. Bélgica	Qualitativo/ quantitativo. Observação Questionário com base na <i>CCCT Communication, Collaboration, Critical Thinking Quality Patient Outcomes Survey Tool</i>)	n=425 Enfermeiros da medicina e da cirurgia n=245 participou na pré intervenção n=180 pós intervenção	Determinar o efeito do uso do SBAR no alerta e passagem de informação entre enfermeiros e médicos em doentes descompensados
Principais Conclusões: Durante o período de investigação, foram registadas 37,239 admissões e houve 207 eventos adversos sérios, tendo sido 88 dos quais, reportados pré- intervenção e 126 pós-intervenção. O número de internamentos inesperados nos cuidados intensivos passou de 51 na pré-intervenção para 105 na pós-intervenção. E o número de mortes inesperadas diminuiu de 16 no pré para 5 no após intervenção. O SBAR melhorou a comunicação e ajudou a promover o pensamento crítico. Após a introdução do SBAR, os enfermeiros mostraram-se mais confiantes e preparados para reportar qualquer situação clínica aos médicos, o que levou a um aumento das admissões não planeadas em unidade de cuidados intensivos e consequentemente à diminuição de mortes inesperadas devido à notificação antecipada de situações que poderiam representar risco para a vida do doente.			

<p>Artigo 2: Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on nurse shift reports and staffrounding. Official Journal Academy of Medical-SurgicalNurses, 23(5),334-342. EUA</p>	<p>Qualitativo e quantitativo Observação/Análise dos registos em papel e eletrónicos Entrevistas e questionários.</p>	<p>n=36 Enfermeiros de medicina e cirurgia n= 269 <i>handovers</i> n=19 Relatórios de <i>handovers</i> pós SBAR em papel en=16 eletrónica</p>	<p>Medir o impacto do uso do SBAR e as interações interprofissionais durante a passagem deinformação.</p>
<p>Principais Conclusões: O uso do SBAR permitiu que todos os participantes se focassem nos dados importantes do doente, perdendo menos tempo com a sua história. Os dados transmitidos foram mais objetivos e consistentes, até mesmo quando fornecidos por enfermeiros menos experientes, melhorando a comunicação entre equipa. O tempo total da passagem de turno aumentou, mas a informação transmitida foi mais completa. A estrutura eo conteúdo do SBAR foi uma metodologia útil na organização do <i>handover</i>. Os enfermeiros deixaram de reportar a informação de cabeça, passando a estar mais focados e a transmitir informação mais relevante e com prioridades, havendo menos conversas paralelas. Com o uso do papel os enfermeiros que recebiam o turno mostraram ouvir e transcrever mais, enquanto com o SBAR eletrónico os enfermeiros tiveram maior visualização e discussão. O SBAR ajudou os enfermeiros na esquematização da informação relevante e na eliminação de dados supérfluos, facilitando a integração de novos enfermeiros.</p>			

<p>Artigo 3: Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. <i>BMJ Open</i>, 4(1) Suécia</p>	<p>Quantitativo e qualitativo. Questionários antes e após do uso SBAR n=316 Questionários enviados pré e pós intervenção n=230 Respondidos pré intervenção e Pós intervenção n=169</p>	<p>N= 100 Médicos e Enfermeiros a quem foi aplicada a metodologia SBAR n=69 Grupo de comparação n=168 observações de <i>handovers</i></p>	<p>Percecionar a comunicação entre profissionais e a proporção de incidentes causados por Erros de comunicação antes e depois da metodologia SBAR</p>
<p>Principais Conclusões: Após implementação da metodologia SBAR, houve uma significativa melhoria na precisão da informação entre enfermeiro-médico. O uso do SBAR melhorou a comunicação e interação entre as diferentes profissões, aumentou a segurança e diminuiu os efeitos negativos criados pela hierarquia das profissões, melhorando o ambiente de trabalho. Antes da implementação do SBAR, a percentagem de incidentes relacionados com erros de comunicação foram de 31%, do total de incidentes reportados, no grupo de intervenção e foram de 25%, no grupo de comparação. Após intervenção, este tipo de incidentes passaram para 11% do total de incidentes no grupo de intervenção e para 19% no grupo de comparação. A metodologia SBAR aumentou a segurança do doente e diminuiu os incidentes.</p>			
<p>Artigo 4: Blom, L., M., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A., (2015). The situation, background, assessment and recommendation model for communication between health care professionals: A clinical intervention pilot study. <i>International Journal of Caring Sciences</i>, 8(3), 530-535. Suécia</p>	<p>Estudo piloto quantitativo e qualitativo Questionário estruturado com possibilidade de comentar em texto livre a ser aplicado antes e depois da introdução do modelo SBAR</p>	<p>N=189 Enfermeiros e médicos n=116 respostas a questionário antes de implementação do SBAR n=86 após implementação SBAR</p>	<p>Avaliar as experiências dos profissionais de saúde em hospitais, relativamente ao uso do modelo de comunicação SBAR</p>
<p>Principais Conclusões: A maioria dos enfermeiros reportaram como sendo “muito útil” a estrutura e o conteúdo do SBAR, tornando-se uma mais-valia durante o <i>handover</i>. 78% dos enfermeiros concordam que esta é uma metodologia estruturalmente eficiente que possibilita uma comunicação eficaz na transição de cuidados. O tempo da passagem de turno aumentou, sendo que a informação transmitida passou a ser mais completa, havendo menos esquecimentos de dados fulcrais para o tratamento do doente, aumentando a sua segurança.</p>			

<p>Artigo 5: Achrekar, M. S., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry (2016). Introduction of situation, background, assessment, recommendation into nursing practice: A prospective study. <i>Asia-Pacific Journal Oncology Nursing</i>, 3(1), 45-50. India</p>	<p>Estudo qualitativo e quantitativo. Checklist antes e pós projeto Questionário de opinião dos enfermeiros sobre o formulário SBAR após projeto</p>	<p>N=113 Enfermeiros n=20 Enfermeiros na 1ª auditoria n=19 Enfermeiros na 2ª auditoria n=17 questionários pós projeto</p>	<p>Avaliar a eficácia e adaptação dos enfermeiros ao formulário SBAR durante a transferência de turno dos enfermeiros</p>
<p>Principais Conclusões: No geral houve um aumento na transmissão de informação importante durante o <i>handover</i>. Dos questionários realizados, 79% dos enfermeiros reportaram o SBAR como útil, assim como referem sentir-se confortáveis com a sua utilização no <i>handover</i>, sendo que 74% dos profissionais declararam ser de fácil compreensão o conteúdo do SBAR. Houve 63% que expressaram acreditar que o SBAR aumenta a segurança do doente, mas que seria importante considerar a participação do doente durante a passagem de turno, para que este ajude na confirmação de informação e reduza os erros relacionados com a informação. Relativamente à capacidade de captura de informação relevante, pelo uso do SBAR, 68% considera o SBAR mediantemente útil e 32% acredita ser muito útil. Na questão do tempo despendido, 68% dos enfermeiros revelaram necessitar de 5- 10 minutos para a passagem de informação, sendo que, 21% responderam que o uso do SBAR torna o <i>handover</i> mais demorado, 42% acham que o <i>handover</i> passou a ser ligeiramente mais demorado e 37% refere não ter havido alteração. O uso da metodologia SBAR ajudou os enfermeiros no foco da informação relevante dos</p>			

doentes e a eliminar dados com menos importância. O SBAR aumentou a concentração dos profissionais, assim como melhorou a comunicação entre eles durante a passagem de turno, uma vez que é um método de comunicação <i>standard</i> . Esta melhoria na comunicação, veio garantir uma maior segurança do doente, pela redução de erros, devido ao fornecimento mais completo de informação importante no tratamento do doente. Os resultados deste estudo também sugerem que será importante o treino individual e em equipa do SBAR antes da sua implantação, para se obter o verdadeiro impacto da sua utilização.			
Artigo 6: Campbell, D., & Dontje, K. (2019). Implementing bedside handoff in the emergency department: A practice improvement project. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 45(2), EUA	Qualitativo e quantitativo Observação e atribuição de score pré e pós SBAR Questionário pré e pós SBAR	n=230 Enfermeiros que trabalhavam no serviço de urgência n=145 responderam o questionário pré intervenção e n=161 ao pós questionário	Analisar eficácia do uso da metodologia SBAR na passagem de turno à cabeceira do doente.
Principais Conclusões: As respostas mostraram-se idênticas em 5 das 7 questões do pré e pós da intervenção. Foram obtidas respostas diferentes em duas afirmações, na afirmação: “Um <i>handover</i> incompleto meu levou a um mau prognóstico do doente”, onde no 1º questionário 43% dos enfermeiros discordou da afirmação e no 2º questionário o valor aumentou para 84%. O uso do SBAR resultou num <i>handover</i> mais completo, o que fez diminuir o número de incidentes relacionados com falhas na informação que poderiam causar um mau prognóstico para o doente. Na afirmação: “Eu acredito que todos os enfermeiros promovem um <i>handover</i> completo e preciso”. Na pré intervenção apenas 43% dos enfermeiros concordaram com a afirmação, passando para 77% no após intervenção. Na pós- intervenção os enfermeiros reportaram que o SBAR foi de fácil utilização e que ajudou a prevenir perdas de informação importante. O uso do SBAR e a passagem de turno à cabeceira é visto pelos enfermeiros como uma oportunidade para confirmar a atual situação do doente, dando possibilidade de envolver a família e o próprio doente no plano de cuidados.			

Quadro 1 – Síntese das evidências encontradas

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Guiado pelos objetivos desta revisão, e com espírito crítico reflexivo, abordarei os resultados emergentes do fenómeno em estudo. Esta análise terá como foco os estudos da amostra selecionada, no entanto, serão incluídos outros estudos e teses relacionados com a temática, por forma a fortalecer a discussão dos resultados. Os seis artigos selecionados foram estudos triangulados de metodologia quantitativa e qualitativa e utilizaram como instrumento de colheita de dados, a observação e o questionário para avaliar o impacto da metodologia SBAR. Todos os artigos foram publicados em revistas e têm origem internacional, dois dos quais nos Estados Unidos da América,

dois na Suécia, um na Bélgica e um na Índia. Estes estudos foram realizados em contexto hospitalar em unidades médicas, cirúrgicas, unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência, em que a população alvo foram predominantemente enfermeiros e médicos. Os objetivos dos investigadores foram analisar o impacto do SBAR na passagem de informação e na transição de cuidados do doente, entre enfermeiro-enfermeiro e entre enfermeiro-médico.

Após análise dos artigos e como estratégia para facilitar a compreensão do debate, classifiquei os resultados obtidos em três categorias: comunicação e colaboração interprofissional; *outcomes* no doente e organização da passagem de turno.

Comunicação e Colaboração Interprofissional: Sobressaiu dos diferentes resultados que os profissionais passaram a ter uma comunicação mais eficaz, após implementação da metodologia SBAR, tendo a comunicação ficado mais clara, precisa, objetiva e pertinente (Achrekar, M. S., et al., 2016; Blom, L. M., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A., 2015; Campbell, D., & Dontje, K. 2019; Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M., 2014; De Meester, K., et al., 2013; Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M., 2014).

Para De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P., (2013), o SBAR melhorou a comunicação interprofissional, sendo que após a introdução da metodologia, os enfermeiros mostraram-se mais confiantes e preparados para reportar qualquer situação clínica aos médicos. Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M., (2014), chegam a conclusões semelhantes, afirmando que o uso do SBAR melhorou a comunicação e interação entre as diferentes profissões, aumentou a segurança e diminuiu os efeitos negativos criados pela hierarquia das profissões, melhorando o ambiente de trabalho. Estudos como o de Stewart, K. R., & Hand, K. A. (2017), corroboram com a ideia reportando que o SBAR aumenta a confiança do orador e do recetor, fornece uma estrutura simples para a transmissão de informação, criando uma comunicação mais eficaz entre profissionais de saúde.

Achrekar, M. S., et al., (2016) and Blom, L. M., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A., (2015), afirmam que a metodologia SBAR por ser um método de comunicação *standard*, ajuda na passagem de informação entre os profissionais, permitindo a todos os intervenientes o foco na informação importante do doente, eliminando dados insignificantes e supérfluos. Esta sistematização da informação, com

a aplicação do SBAR, levou a um aumento quantidade e a qualidade de informação transmitida, os enfermeiros deixaram de reportar a informação apenas de “cabeça”, havendo por esta razão menos esquecimentos de dados importantes para o tratamento do doente (Achrekar, M. S., et al., 2016; Blom, L. M., et al., 2015; Campbell, D., & Dontje, K. 2019; Cornell, P., et al., 2014). Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M., (2014), acrescentam ainda que o uso do SBAR permitiu transmissão de dados mais objetivos e consistentes, até mesmo quando fornecidos por enfermeiros menos experientes, ajudando na integração destes novos membros.

Outcomes no Doente: Pelos resultados dos estudos analisados, destacou-se a ligação direta entre a melhoria da comunicação, pela utilização do SBAR, e a diminuição do número de incidentes relacionados com falhas de informação, que podem se tornar a causa de um mau prognóstico para o doente (Achrekar, M. S., et al., 2016; Blom, L. et al., 2015; Campbell, D., & Dontje, K. 2019; Cornell, P., et al., 2014; De Meester, K., et al., 2013; Randmaa, M., et al., 2014).

Randmaa, M., et al., (2014), na sua análise de resultados, concluiu que com a utilização do SBAR as percentagens de incidentes relacionados com erros de comunicação passaram de 31% para 11%, aumentando consequentemente a segurança do doente. Com resultados mais concretos, De Meester, K., et al., (2013), expõem que após a implementação do SBAR, o número de mortes inesperadas diminuiu de 16 no período pré-intervenção para 5 no após intervenção, devido à estimulação do pensamento crítico, pelo SBAR, e ao consequente aumento da confiança dos enfermeiros em notificar antecipadamente situações que podem representar risco para a vida do doente. Pineda, R. O. (2015), atesta ainda no seu estudo que o uso do SBAR eletrónico pode ajudar a reduzir o número de quedas em pacientes. Achrekar, M. S., et al., (2016), expõem que 63% dos profissionais expressaram acreditar que o SBAR aumenta a segurança do doente, mas que seria importante considerar a participação do doente durante a passagem de turno. Chapman, Y., Schweickert, P., Swango-Wilson, A., Aboul-Enein, F., & Heyman, A. (2016) concluem igualmente no seu estudo, que 72% a 86% dos enfermeiros se apresentavam satisfeitos com a utilização do SBAR na transição de cuidados junto do doente.

Organização da Passagem de Turno: A metodologia SBAR veio possibilitar uma maior organização da passagem de turno, tornando-a mais sistematizada, consistente e

completa (Achrekar, M. S., et al., 2016; Blom, L. M., et al., 2015; Campbell, D., & Dontje, K. 2019; Cornell, P., et al., 2014).

O tempo de passagem de turno aumentou, como concluem Achrekar, M. S., et al., (2016); Blom, L. M., et al., (2015) *and* Cornell, P., et al., (2014), mas a informação transmitida foi mais completa, havendo menos esquecimentos de dados imprescindíveis no tratamento do doente, aumentando a segurança deste. Achrekar, M. S., et al., (2016), admite que será importante o treino individual e em equipa da metodologia SBAR antes da sua implantação, para se obter o verdadeiro impacto da sua utilização. A utilização da metodologia SBAR durante o *handover* é vista pelos enfermeiros como sendo muito vantajosa pela sua estrutura e conteúdo (Blom, L. M., et al., 2015; Campbell, D., & Dontje, K. 2019; Cornell, P., et al., 2014). Achrekar, M. S., et al., (2016), reporta na sua análise de dados que, 79% dos enfermeiros reportaram o SBAR como útil, no entanto, 21% responderam que o uso do SBAR torna o *handover* mais demorado, 42% acham que o *handover* passou a ser ligeiramente mais demorado e apenas 37% refere não ter havido alteração.

Em suma, esta revisão integrativa mostra que o SBAR é uma metodologia que pode ser altamente eficaz na transmissão de informação, em diferentes momentos, principalmente durante a passagem de turno, e entre diferentes categorias profissionais, independentemente da sua experiência profissional. Esta pode ser a chave para a uniformização e garantia da qualidade de informação, que resultará em passagens de turno mais sistemáticas e eficazes, assegurando em paralelo a segurança do doente. Os resultados desta revisão apresentam limitações relacionadas, principalmente, com a escassez de estudos de investigação de fonte primária relacionados com a temática analisada, com a escolha dos descritores, as bases de dados e os idiomas selecionados aquando da realização da pesquisa.

Como sugestões para futuros trabalhos de investigação, considero importante a realização de mais estudos com foco nos ganhos para a saúde dos doentes, pelo uso do ISBAR, para se obter dados quantificáveis da eficácia na diminuição de eventos adversos quando esta metodologia é utilizada.

CONCLUSÃO

A metodologia ISBAR, conforme demonstrado pelas evidências desta revisão, é um método simples e eficaz na promoção de uma mudança sistêmica na comunicação em saúde, levando a melhorias na cultura de segurança do sistema de saúde. Da revisão

efetuada, a melhoria na comunicação foi a mudança mais evidente, após implementação do ISBAR, sendo que esta passou a ser mais eficaz, focada e consistente, evitando perdas de informação ou informação desnecessária. A melhoria na comunicação foi igualmente um mote, no aprimoramento das relações e o desempenho entre a equipa, promovendo o pensamento crítico, diminuindo o número de incidentes adversos, relacionados com falhas na comunicação, aumentando consequentemente a segurança do doente.

Concluo então, que o uso do ISBAR pode efetivamente, ser a resposta para a redução de eventos adversos, pela diminuição das falhas na comunicação, garantindo deste modo a segurança dos doentes, e a concretização efetiva do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 do Serviço Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS

Achrekar, M. S., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. (2016). Introduction of situation, background, assessment, recommendation into nursing practice: A prospective study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 45-50. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.178171>

Beigmoradi, S., Pourshirvani, A., Pazokian, M., & Nasiri, M. (2019). Evaluation of Nursing Handoff Skill among Nurses Using Situation-background-assessment-recommendation Checklist in General Wards. (EBSCOhost, Ed.) *Journal of Evidence-Based Care*, 9, 62-68. doi:<http://dx.doi.org/10.22038/ebcj.2019.40897.2078>

Blom, L. M., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A., (2015). The situation, background, assessment and recommendation (SBAR) model for communication between health care professionals: A clinical intervention pilot study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 530-535. Obtido de <https://search.proquest.com/docview/1732805862?accountid=48421>

Campbell, D., & Dontje, K. (2019). Implementing bedside handoff in the emergency department: A practice improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 45(2), pp. 149-154. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2018.09.007>

Chapman, Y., Schweickert, P., Swango-Wilson, A., Aboul-Enein, F., & Heyman, A. (2016). Nurse satisfaction with information technology enhanced bedside handoff.

MedSurg Nursing, 25(5), 313-318. Obtido de <https://search.proquest.com/docview/1837606565?accountid=48421>

Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 23(5), 334-342. Obtido de <https://search.proquest.com/docview/1706206246?accountid=48421>

De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192–1196. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral Da Saúde. Obtido de: <https://doi.org/10.1021/bm050229c>

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (10 de fevereiro de 2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10, 3882-(2) a 3882-(10). (1. S.-0. -

1.

Diário da República n.º 28/2015, Ed.) Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *Scholarly Journals*, 8, 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Pineda, R. O. (2015). Improving patient outcomes and nurse satisfaction through nurse-to-nurse communication: *An Evidence-Based Practice Implementation Project Presented to the Faculty of the School of Nursing Widener University* (Order No. 3701374). Available from Health Research Premium Collection. (1681308941). Obtido de <https://search.proquest.com/docview/1681308941?accountid=48421>

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1) doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>

Stewart, K. R., & Hand, K. A. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An integrated literature review. *Medsurg Nursing*, 26(5), 297-305. Obtido de <https://search.proquest.com/docview/1953856305?accountid=48421>

The Joint Commission. (2017). Sentinel event alert: Inadequate handoff communication. *The Joint Commission*, 58, 1–6. Obtido de https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/