



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Relatório Final**

**Competência Comunicacional do Enfermeiro de Emergência  
em Portugal**

Joana Isabel Dias Lopes Almeida Fontes

Outubro 2021



# **Relatório Final**

## **Estágio com relatório final em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos**

Competência Comunicacional do Enfermeiro de Emergência  
em Portugal

Joana Isabel Dias Lopes Almeida Fontes

### **Estágio com Relatório Final**

7º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professor Doutor António Madureira Dias  
Mestre Mauro Alexandre de Almeida Coelho

Outubro 2021



“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras... Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

*Florence Nightingale*



## **Dedicatória**

Ao João, à Bia e Noa. Pela paciência, apoio, e pela verdadeira espiral construtiva que estabelecemos neste caminho sinuoso, mas sobretudo, lapidado por um espírito de verdadeira união, e resiliência. Não mediram esforços para que eu chegasse ao final desta etapa de vida!

Aos meus pais, pelo incentivo e tolerância às ausências, que esta conquista determinou.

A cada Pessoa que como Enfermeira cuidei e cuido. Pelo que recebo e não pelo que dou. Pelo que digo e faço de coração, e por vezes sinto que não será continuado. Pela falta que vos faz, e me faz, sentir que não somos mais um!

A vós! Por vós, tudo fará sempre sentido!



## **Agradecimentos**

Desejo exprimir o meu sincero obrigado a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que este trabalho se concretizasse. Contudo, e em especial:

Ao Professor Dr. António Madureira e ao Professor Mauro Coelho pela orientação académica. À Professora Doutora Madalena Cunha, e a todos os Professores da Escola Superior de Saúde de Viseu, pelo contributo nos construtos teóricos que adquiri!

À Sra. Enfermeira Chefe Verónica Martins por ter sempre acreditado em mim e nas minhas capacidades. Pelo exemplo, pela presença, orientação, apoio e amizade ímpares. A ti devo muito do que sou!

Ao Sr. Enfermeiro Chefe Rui Rocha e Sr. Enfermeiro Diretor Rui Campos, pela atenção e disponibilidade sempre máximas.

Aos meus tutores de estágio: Enfermeira Simone Gonçalves, Enfermeiro José Silva e Enfermeira Susana Lopes. À Sra. Enfermeira Marta Rocha e à Sra. Enfermeira Chefe Fátima Veiga. Agradeço de coração o quanto convosco cresci. Agradeço a disponibilidade, o profissionalismo, o bom convívio, as reflexões e, sobretudo, a alegria em partilhar este crescimento sem fim!

À Ana um eterno obrigado pelo amparo nos últimos meses.

À Elisa e à Susana, ao Daniel, Pedro, José, Sérgio e João, quero igualmente expressar o meu muito obrigada! Pela amizade genuína e generosa com que sempre me incentivaram e abraçaram nesta minha jornada. Pelo cuidado e comunhão, em momentos sem igual.

Ao Márcio, pelas aprendizagens e pela ajuda, tão cruciais numa altura em que o desalento se começou a instalar.

A todos os colegas que foram contribuindo com inputs e feedbacks ao longo desta caminhada. Obrigado pela gentileza tão invulgar, nos dias de hoje.

A todos vós, sei eternamente grata!



## **Resumo**

Em Enfermagem, dinamismo e competitividade são características cada vez mais frequentes da prática, exigindo mais e melhor dos profissionais, em prol da qualidade da prestação de cuidados. Cada conduta individual aparenta, no entanto, estar relacionada com necessidades de formação, adequação de processos de comunicação, liderança e mediação de conflitos sempre subjetivos.

O presente relatório visa documentar a aquisição de competências neste paradigma, em contexto de prática clínica à Pessoa em situação crítica, descrevendo finalidades, objetivos e atividades realizadas em contexto de estágio profissional tutorado, em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos. É o resultado de reflexão, tendo por base problemas identificados, análise segundo juízo crítico, e fundamentação segundo a evidência de outros autores, e suas recentes recomendações, para uma cultura de segurança em saúde.

Culmina num estudo de investigação primário, objetivando a construção e validação de um instrumento de medida, a escala ECETIS, seguindo evidências científicas sobre comunicação eficaz recentes.

Através de uma amostra não probabilística, obtida por técnica de bola de neve, constitui um projeto de pesquisa quantitativa, analítica e transversal. Demonstra a distribuição de características socio demográficas, académicas e profissionais, e sua significância, relativamente à eficácia da comunicação e transmissão de informação segura de Enfermeiros em contexto de handoff e handover.

Inferiu conclusões positivas quanto à validade e fiabilidade da escala, reduzida no final a 22 afirmações, organizadas em cinco dimensões com boa consistência interna (>.60). revelando elevado potencial para utilização em investigação futura.

**Palavras-Chave:** Competência Comunicacional; Enfermagem Emergência; Qualidade de Cuidados; Transição de Cuidados; ISBAR



## **Abstract**

In Nursing, dynamism and competitiveness are increasingly frequent inputs in daily practice, demanding more and better from professionals, in favor of the quality of care. Each individual conduct appears, however, to be related to training needs, adequacy of communication processes, leadership and conflict mediation.

This report aims to document the acquisition of skills in this paradigm, in the context of clinical practice for the Person in critical situation, describing purposes, objectives and activities carried out in the context of tutored professional internship, in an emergency service and in an intensive care unit. It is the result of reflection, based on identified problems, analysis according to critical judgment, and reasoning according to the evidence of other authors, and their recent recommendations, for a culture of health safety.

It culminates in a primary research study, aiming at the construction and validation of a measurement instrument, the ECETIS scale, following recent scientific evidence on effective communication.

Through a non-probabilistic sample, obtained by snowball technique, it constitutes a quantitative, analytical and transversal research project. It demonstrates the distribution of socio-demographic, academic and professional characteristics, and their significance, in relation to the effectiveness of communication and safe information transmission for nurses in the context of handoff and handover.

It infers positive conclusions regarding the validity and reliability of the scale, which was ultimately reduced to 22 statements, organized into five dimensions with good internal consistency ( $>.60$ ). revealing high potential for use in future research.

**Key words:** Communicational competence; Emergency Nursing; Quality of Care; Care Transitions; ISBAR



# Sumário

Lista de Tabelas.....	XIX
Lista de Figuras .....	XXI
Lista de Quadros.....	XXIII
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	XXV
<b>Introdução .....</b>	<b>27</b>
<b>Parte I – ESTÁGIO DE URGÊNCIA .....</b>	<b>33</b>
1.1  COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS.....	38
<b>1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal .....</b>	<b>40</b>
<b>1.1.2. Domínio de Competência: Melhoria da Qualidade.....</b>	<b>43</b>
<b>1.1.3. Domínio de Competência: Gestão de Cuidados .....</b>	<b>45</b>
<b>1.1.4. Domínio de Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais.....</b>	<b>50</b>
1.2  EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS.....	55
1.3  AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS .....	62
<b>Parte II – ESTÁGIO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .....</b>	<b>68</b>
2.1  COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS.....	73
<b>2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal .....</b>	<b>73</b>
<b>2.1.2 Domínio de Competência: Melhoria da Qualidade.....</b>	<b>77</b>
<b>2.1.3 Domínio de Competência: Gestão de Cuidados.....</b>	<b>84</b>
<b>2.1.4 Domínio de Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais.....</b>	<b>90</b>
2.2  EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS.....	95
2.2  AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS .....	102
<b>Parte III – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>105</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>107</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>109</b>

<b>Introdução .....</b>	<b>111</b>
<b>Capítulo 1 - Enquadramento Teórico .....</b>	<b>115</b>
1.1 COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM E SEGURANÇA EM SAÚDE .....	115
1.2 COMPETÊNCIA EM COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL.....	124
1.3 QUALIDADE DA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO .....	130
1.4 ISBAR.....	136
<b>Capítulo 2 - Considerações Metodológicas:.....</b>	<b>143</b>
2.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	143
2.2 TIPO DE ESTUDO.....	144
2.3 OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS .....	145
2.4 AMOSTRA/PARTICIPANTES .....	147
2.5 INSTRUMENTOS .....	151
2.6 PROCEDIMENTO NA RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	155
2.7 PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS.....	156
<b>Capítulo 3 – Resultados .....</b>	<b>161</b>
3.1 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE COMUNICAÇÃO EFICAZ E TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO SEGURA.....	161
3.1.1 Consistência Interna da ECETIS.....	161
3.1.2 Análise fatorial ECETIS .....	163
3.1.3 Consistência Interna das dimensões da ECETIS – Fidelidade.....	165
3.2 CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS, ACADÉMICAS E PROFISSIONAIS E SUA INFLUÊNCIA NA ECETIS.....	171

<b>Capítulo 4 – Discussão</b> .....	181
<b>Conclusão</b> .....	201
<b>Referências Bibliográficas:</b> .....	205
<b>ANEXOS</b> .....	233
<b>APÊNDICES</b> .....	261



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Consistência interna da ECETIS.....	164
<b>Tabela 2</b> - Análise de Componentes Principais da ECETIS.....	166
<b>Tabela 3</b> - Coeficientes de Consistência Interna dos Itens .....	167
<b>Tabela 4</b> - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Meio Ambiente.....	168
<b>Tabela 5</b> - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Identificação.....	169
<b>Tabela 6</b> - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Situação.....	170
<b>Tabela 7</b> - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Antecedentes.....	170
<b>Tabela 8</b> - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Avaliação.....	171
<b>Tabela 9</b> - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Recomendações.....	172
<b>Tabela 10</b> - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> para relação entre as dimensões e o valor global da escala.....	172
<b>Tabela 11</b> - Descritivas do instrumento ECETIS.....	173
<b>Tabela 12</b> - Teste de <i>U de Mann-Whitney</i> para a relação entre género e a ECETIS.....	173
<b>Tabela 13</b> - Teste <i>One Way ANOVA</i> para relação entre idade e a ECETIS.....	174
<b>Tabela 14</b> - Teste t de <i>Student</i> para a relação da formação profissional/ académica e a ECETIS.....	175
<b>Tabela 15</b> - Teste <i>One Way ANOVA</i> para relação entre formação suplementar ao curso de licenciatura em Enfermagem e a ECETIS.....	176
<b>Tabela 16</b> - Teste <i>Kruskal Wallis</i> para relação entre localização geográfica do exercício profissional em Enfermagem e ECETIS.....	177

<b>Tabela 17</b> - Teste <i>One Way ANOVA</i> para relação entre o serviço e a ECETIS.....	177
<b>Tabela 18</b> - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para relação entre tipo de instituição e a ECETIS...	178
<b>Tabela 19</b> - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para relação entre vínculo laboral e ECETIS.....	178
<b>Tabela 20</b> - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para relação entre regime de horário de trabalho e ECETIS.....	179
<b>Tabela 21</b> - Teste <i>One Way ANOVA</i> para relação entre antiguidade na carreira de Enfermagem e a ECETIS.....	179
<b>Tabela 22</b> - Teste <i>One Way ANOVA</i> para relação entre tempo de exercício na instituição de saúde e a ECETIS.....	180
<b>Tabela 23</b> - Teste <i>One Way ANOVA</i> para relação entre o tempo de exercício em serviços de urgência/emergência e a ECETIS.....	180
<b>Tabela 24</b> - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para relação entre formação sobre de ferramentas e metodologias de transmissão de informação e a ECETIS.....	181
<b>Tabela 25</b> - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para relação entre políticas de promoção da qualidade na transmissão de informação e a ECETIS.....	181
<b>Tabela 26</b> - Teste <i>t de Student</i> para relação entre divulgação, promoção e monitorização da implementação da Norma 001/2017 e a ECETIS.....	182
<b>Tabela 27</b> - Teste de <i>U Mann-Whitney</i> para relação entre uso da ISBAR e outras ferramentas de transmissão de informação e a ECETIS.....	182

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Mapa do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.....	35
<b>Figura 2</b> - Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017).....	61
<b>Figura 3</b> - Mapa da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Centro Hospitalar Tondela Viseu.....	70
<b>Figura 4</b> - Processo ASPIRE como um ciclo.....	125
<b>Figura 5</b> - Representação esquemática das variáveis.....	147



## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Benefícios e desafios do ISBAR.....	142
<b>Quadro 2</b> - Operacionalização variáveis sociodemográficas, académicas e profissionais....	148
<b>Quadro 3</b> - Critérios de inclusão no estudo.....	150
<b>Quadro 4</b> - Critérios de exclusão no estudo.....	150
<b>Quadro 5</b> - Caracterização sociodemográfica, académica e profissional da amostra .....	152
<b>Quadro 6</b> - M - Caracterização do meio ambiente e condições de segurança.....	154
<b>Quadro 7</b> - I - Identificação dos intervenientes no processo.....	155
<b>Quadro 8</b> - S - Caracterização do diagnóstico clínico ou problemas atuais.....	155
<b>Quadro 9</b> - B - Caracterização da partilha de informações clínicas relevantes.....	155
<b>Quadro 10</b> - A - Caracterização da avaliação realizada na prestação de cuidados.....	155
<b>Quadro 11</b> - R – Principais recomendações.....	156



## Lista de Abreviaturas e Siglas

CDC – Center for Disease Control  
CHTV - Centro Hospitalar Tondela Viseu  
CHVNG - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia  
CMEMC – Curso Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica  
CPLEEMC – Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico – Cirúrgica  
CVC – Cateter Venoso Central  
DR – Diário da República  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
Ex. – exemplo  
ESSV – Escola Superior Saúde Viseu  
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde  
IC – Insuficiência Cardíaca  
ICP – Intervenção Coronária Percutânea  
IH – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde  
IHI – Institute for Health Improvement  
INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea  
INEM – Instituto Nacional Emergência Médica  
IPCS – Infecções Primárias da Corrente Sanguínea  
LASA – Look alike sound alike  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
MCDT – Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica  
MS – Ministério da Saúde  
PBCI – Precauções Básicas em Controle de Infecção  
PBE – Prática Baseada na Evidência  
PSC – Pessoa em Situação Crítica  
REPE – Regulamento Exercício para a Prática de Enfermagem  
SARS-Cov-2- Síndrome Angústia Respiratória Súbita  
SU – Serviço de Urgência  
UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários



## **Introdução**

Integrado no plano de estudos dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o presente relatório final objetiva-se como estruturante para orientação, avaliação e discussão dos estágios realizados, em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos, de acordo com o Regulamento Geral dos Cursos da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Visa enquadrar uma última etapa académica e aplica-se ao período compreendido entre dezembro de 2020 e julho de 2021, seguindo o programa dos Cursos, num total de 750 horas, das quais 360 horas de prática tutelada, e 72 horas de orientação tutorial.

Sendo a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica o foco dos cuidados de Enfermagem, no que concerne ao Mestrado e à Especialidade nesta área científica, constituirá uma preocupação acrescida na ação e reflexão.

Como ponto de partida, enquadram-se a experiência e competências fruto da prática diária, mas fundamentalmente, a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo dos construtos teóricos dos cursos, e a sua aplicação neste contexto prático supervisionado.

Ao longo de um percurso profissional, porventura sempre na área do intensivismo, urgência, e atualmente na área do extra-hospitalar no INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), sempre se sentiu necessidade de adquirir e desenvolver competências que permitissem promover a segurança e a continuidade dos cuidados à Pessoa em situação crítica.

Tendo por base o REPE<sup>1</sup>, assim como, os princípios e valores que regem uma ação diária orientada para a gentileza e pelo respeito pelo outro, prima-se por uma reflexão sobre as relações interpessoais e a sua importância no cuidar.

Similarmente, os graus académicos que se pretendem conquistar, exigem de igual forma a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta a necessidades

---

<sup>1</sup> Regulamento Exercício para a Prática de Enfermagem

reais e urgentes, da Pessoa em Situação Crítica (PSC), em particular, prevenindo complicações e eventos adversos, em diversos momentos e contextos de ação dinâmicos e multideterminados.

Exemplos são os estudos de Gundrosen et al. (2018), Brady et al. (2017), Hammerstad et al. (2016), ou menos recentemente de Thomas et al. (2013), que analisam como um processo de transferência de informação ineficaz causa vulnerabilidades significativas durante a transição da PSC.

Neste contexto, a aprendizagem que se pretende transmitir, desenvolve-se num verdadeiro trabalho colaborativo e complexo, vincado pela reflexão de experiências e vivências, conceitos de empoderamento, práticas anti opressivas e síncronas. Saber quais as probabilidades de obter resultados satisfatórios quando a falta de dados e de tempo disponível, são dois fatores bem presentes, porque traduzem com frequência incertezas na prática, e condicionam resultados e tomadas de decisão.

A definição da problemática a investigar relaciona-se, de igual forma, com a pertinência e relevância a nível nacional e internacional atual deste paradigma, uma vez que, os momentos de transferência de informação e de comunicação efetiva, estão particularmente vulneráveis nas interfaces organizacionais há vários anos, mas foram ainda mais recentemente afetados pela situação pandémica, desencadeada pela SARS-Cov-2<sup>2</sup>. Pelo distanciamento físico condicionado com o outro (fosse ele par, parceiro, cliente, familiar), pela barreira que o uso de equipamento individual de proteção impele, ou até mesmo, pela diminuição de vínculos colaborativos que gradualmente se foi instalando, quase como uma necessidade premente de sobrevivência, proteção e segurança individual. Também pelo cansaço extremo e continuado dos profissionais que se percebe e vivencia enquanto par, e inclusive pela desmotivação que se vai apoderando do Enfermeiro enquanto, também ele Pessoa.

As parcerias, sempre delineadas como quase que autênticos acordos contratuais, parecem atualmente desvinculadas de uma colaboração desejada ou a conquistar, mas sim proteladas. Dualidades parecem sobressair no que a confiança, respeito e experiências partilhadas a todos os níveis do cuidar, dizem respeito e, por isso, se questiona:

Como a comunicação se processa nas diferentes fases do processo de cuidado à PSC?

---

<sup>2</sup> Síndrome Angústia Respiratória Súbita

Como se desenvolvem os enfermeiros atualmente as suas próprias habilidades de comunicação, em processos de handover e handoff?

Como usar modelos e ferramentas de transmissão de informação que facilitem o processo de tomada de decisão no processo de cuidar?

Como usar diferentes ferramentas e abordagens na avaliação das necessidades dos usuários e parceiros dos serviços de urgência e de cuidados intensivos, garantindo a assistência centrada na pessoa e holística, permitindo a continuidade de cuidados?

Em suma, pretende-se adquirir e desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família, alicerçadas na promoção da segurança e continuidade de cuidados através de uma comunicação eficaz.

Para que haja coerência e interligação entre estas metas e a prossecução dos mesmos, este trabalho apresentar-se-á então subdividido em três partes.

Numa primeira parte descrever-se-á o percurso e as aprendizagens realizadas em contexto de urgência. Cumulativamente, e consecutivamente, enunciar-se-á a experiência relativa ao estágio em contexto de unidade de cuidados intensivos, discriminando competências adquiridas, a evidência das atividades realizadas, e avaliando a concretização dos objetivos.

Ao longo deste percurso, a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria da Incerteza na Doença constituirão uma pedra angular de suporte, e orientação da análise reflexiva que nesta fase, se espera conseguir.

Numa terceira parte, será apresentado o estudo de investigação intitulado “Competência Comunicacional do Enfermeiro de Emergência em Portugal”, contemplando um enquadramento segundo evidências científicas, como forma de contextualizar a problemática segundo as melhores recomendações da prática baseada na evidência (PBE).

Segue-se o capítulo Conclusão, no qual será realizada uma síntese global de todo o percurso de aprendizagem delineado e concretizado, das limitações e principais dificuldades encontradas.

As referências bibliográficas são apresentadas em conjunto, visto terem sido angulares em todas as fases da reflexão e conseqüentemente do relatório, embora haja referências particulares em diferentes capítulos.

A opção por este método de divisão privilegia, contudo o explorar de objetivos distintos, quer dos campos de estágio quer do estudo de investigação, permitindo direcionar para o contexto onde estão inseridos, inferências e resultados alcançados.

Pretende-se assim facilitar a exposição do desenvolvimento de competências incrementadas ou adquiridas, organizando a informação de forma a sistematizar linhas de orientação e consulta, apesar da transversalidade de algumas temáticas. Os objetivos deste relatório visam deste modo:

- Demonstrar e refletir sobre o percurso realizado ao longo desta Unidade Curricular;
- Descrever os objetivos definidos e as atividades que foram desenvolvidas para a sua efetivação, em cada módulo;
- Revelar capacidades crítico-reflexivas na identificação de necessidades e situações-problema, propondo soluções enquadradas na evidência científica mais recente, e com grau forte de recomendação, devidamente fundamentadas;
- Identificar uma problemática de estudo empírico cujos resultados possam contribuir para a prática de enfermagem especializada em Enfermagem médico-cirúrgica;
- Demonstrar competências passíveis de ser alvo de avaliação e apreciação, enquanto representantes das experiências e dos ganhos que os vários domínios de intervenção e estudo, proporcionaram à prática real diária;
- Promover a capacidade de organização pessoal e pensamento crítico na construção de um documento que traduza resultados da investigação, e possibilite incrementar qualidade às práticas de cuidados, e ganhos em saúde.

Continuo a acreditar, que a formação tem um papel crucial no aprofundar e na atualização dos conhecimentos essenciais para consolidar uma intervenção cada vez mais direcionada para uma Enfermagem Avançada. Desta forma, a descrição que agora se inicia proporciona o

culminar de um desenvolvimento profissional de competências que se pretende comprovar, reforçando a vontade máxima de adquirir competências comuns enquanto enfermeiro especialista, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), se resume à conquista de “...um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que se mobilizam em contexto de prática clínica, e que permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, e em todos os níveis de prevenção”.



## **Parte I – ESTÁGIO DE URGÊNCIA**

Fruto da prática diária sabe-se que, em urgência e emergência, as relações são de profunda interdependência multidisciplinar, enquadradas em cadeias de cuidado dinâmicas entre os diferentes momentos de socorro, e os diferentes intervenientes no Sistema Integrado de Emergência Médica.

Aos Enfermeiros é exigido um modelo de integridade e liderança comunicacional que garanta confiança, incluindo padrões que integrem agir com honestidade, um tratamento justo e sem discriminação, intimidação ou assédio. Diversos impactos pessoais são mediados pela fala, escrita, ou pela comunicação digital, e apresentam-se constantemente configurados para tomadas de decisão clínicas geralmente complexas, mas também, para uma dependência direta com os riscos envolvidos, e/ou pelas alternativas possíveis (Newton, Llewellyn e Hayes, 2019).

Neste enquadramento, combinando diferentes pesquisas incluindo a gestão de momentos difíceis e processamentos cognitivos, Mishel examinou a incerteza neste tipo de cenários como um verdadeiro complexo cognitivo, e não como resposta emocional ao stress (Bailey & Stewart, 2014).

O contexto repete-se entre pares, diferentes categorias profissionais e entre o Enfermeiro e a Pessoa/família, na progressão de cuidados no intra-hospitalar num serviço de urgência (SU). Basta pensar sobre uma possível influência do resultado da triagem em todo o episódio de urgência, ou como a comunicação em sala de reanimação, determina e diferencia dinâmicas proficientes, entre outros. Facilmente se percebe, como é complicado assegurar que não haja quebras na continuidade de cuidados, e fortalecer práticas capazes de garantir a obtenção do melhor outcome e da maior segurança de cuidados.

Guevara, Arroyo, Pérez e Sánchez (2019), vão mais longe, e identificam seis momentos críticos em Enfermagem, particularmente nas interações de Enfermagem: a admissão, a avaliação inicial, a satisfação de necessidades básicas contínua, a administração de medicamentos, as trocas de turno e o momento da alta; todos eles transversais à educação e à comunicação. Admitindo que a natureza humana é impossível de não ser expressa no processo de cuidar, e aferindo que o reconhecimento de experiências durante os momentos de encontro,

permite transformá-las em cuidados de enfermagem de excelência, favorecendo a adaptação da Pessoa a um ambiente não familiar, sobretudo enquanto consequência de um compromisso.

Pelo que, o desenvolvimento de estratégias de cuidado voltadas para a integralidade, para o respeito do mundo dos significados de cada Pessoa, para a sua história de vida e nomeadamente para a intersubjetividade especialmente construída nas relações são imperativo no cuidar em Enfermagem. Pelas tomadas de decisão, clínicas e não clínicas, como por disponibilidades no momento da decisão (Cordeiro et al., 2018; González-Méndez & López-Rodríguez, 2017; Johansen & O'Brien, 2016).

A Teoria das Transições de Meleis parece contribuir para esta reflexão de práticas diárias de cuidados uma vez que, segundo Abreu (2008), tem potencial para facultar aos profissionais de enfermagem um quadro de referência consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas às pessoas em transição. Foi assim que emergiu progressivamente, a necessidade de explorar a experiência de prática tutelada no SU, aprofundando e sedimentando o que acontece do outro lado do cuidar, que não o Extra-hospitalar, onde exerço diariamente funções. Associando os dados observados, a uma revisão da literatura sobre habilidades de gestão da comunicação, e relacionamento multidisciplinar, em contexto da PSC.

Inspirada por estas evidências e fontes de pensamento, concretizei o estágio no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG/E, EPE), num verdadeiro desafio sem igual. Conhecia-o enquanto hospital central da região de Entre Douro e Vouga, resultante da fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia com o Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Espinho), com natureza de Entidade Pública Empresarial<sup>1</sup>. Constituído por três unidades distintas, distribuídas por dois concelhos vizinhos: em Vila Nova de Gaia (Unidade I<sup>2</sup> e a Unidade II<sup>3</sup>) e em Espinho (Unidade III<sup>4</sup>), tem uma vasta área de influência, pelas redes de referência.<sup>5</sup>

A Unidade I, composta por vários pavilhões, agrega a maioria das valências, enquanto a Unidade II incorpora o serviço de ortopedia e o departamento materno-infantil, bem como

---

<sup>1</sup> Segundo publicação do Decreto-Lei n.º 50- A/2007, de 28 de fevereiro de 2007

<sup>2</sup> Hospital Eduardo Santos Silva – Monte da Virgem

<sup>3</sup> Antigo Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros – junto ao Tribunal de Gaia

<sup>4</sup> Antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda

<sup>5</sup> Cerca de 700 mil habitantes segundo os últimos dados epidemiológicos

uma farmácia satélite. Em Espinho, encontra-se a Unidade III, que além das consultas externas, possui a unidade de convalescença, e a unidade de cirurgia de ambulatório, centralizando atualmente grande parte deste regime cirúrgico, do Centro Hospitalar. Constitui assim, a nível nacional, uma das poucas estruturas organizacionais de saúde com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados: desde a Pessoa com doença aguda aos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, e até aos cuidados continuados e de reabilitação. É considerado uma referência na zona Norte, por reunir valências altamente diferenciadas, assegura integralmente o funcionamento do Serviço de Urgência, na Unidade I, de acordo com os requisitos legais.

Concomitantemente, sofreu um processo de melhoria contínua nos últimos anos, que culminaram com a abertura de novas instalações, a 27 de novembro de 2020; ou seja, dias antes do início do estágio que nele efetivei. Com a sua reestruturação, foi possível determinar um aumento de capacidade de atendimento em cerca de 50 por cento da habitual assistência<sup>6</sup>, pela distribuição das várias valências por cinco mil metros quadrados, permitindo acolher mais de duzentos clientes em simultâneo. Inclui uma sala de emergência com capacidade para receber quatro PSC em simultâneo. A área laranja permite alocar cerca de 37 clientes em espaço próprio assistencial, e a unidade de curta duração<sup>7</sup> tem capacidade para 14 clientes, enquanto a área cirúrgica permite alocar mais de uma dezena de clientes, conforme a figura 1.



**Figura 1** – Mapa do SU do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

<sup>6</sup> Estimados cerca de 500 clientes por dia até novembro de 2020

<sup>7</sup> Unidade de Curta Duração – Área de Observação em SU

A estes espaços somam-se quartos de isolamento para três adultos e uma criança, e uma área exclusiva para especialidades médicas, nomeadamente oftalmologia, otorrinolaringologia e orto trauma. A área amarela neste momento de contexto pandémico, encontra-se destinada para receção e tratamento de clientes do foro respiratório, nomeadamente para suspeitos de infeção pelo SARS-Cov-2, funcionando inclusive como unidade de rastreio COVID<sup>8</sup>.

Com esta reestruturação de espaços e dotação de mais e melhores equipamentos, é esperado que as maiores dificuldades da última década deste SU sejam superadas, nomeadamente a ausência de capacidade de garantir privacidade, segurança e qualidade na assistência à PSC, profundamente condicionados pelo antigo espaço físico, já há muito subdimensionado para a afluência diária de clientes que detinha. Para além de contribuir significativamente para uma adaptação de novas práticas assistenciais, possibilita também um escoamento mais fluído para os internamentos com necessidade de continuidade de cuidados hospitalares. A recém-criada Equipa de Gestão de Camas, contribui claramente e cumulativamente para essa resposta, rápida e eficaz, minimizando períodos de internamento em SU.

Traduz um investimento de 13 milhões de euros, que permitirá a longo prazo, sublimar a missão do CHVNG enquanto for a de cuidar dos clientes e do seu bem-estar, através da prestação de cuidados de saúde que integrem a melhor prática clínica, ensino e investigação. Maximizando uma visão centrada no seu reconhecimento como um centro que privilegia o acesso dos clientes, prestando serviços clínicos de elevada diferenciação assumindo a liderança no SNS na prestação de cuidados em algumas áreas especializadas.

Fruto de um processo de autoanálise dos objetivos preconizados pelo guia orientador dos estágios da Escola Superior de Saúde de Viseu, e este cenário, realiza-se neste capítulo então um enquadramento analítico, da experiência vivida. Possibilitando ancorar e comprovar o plano definido previamente à sua realização, e valorizar argumentações, de acordo com os seguintes objetivos gerais:

- Identificar, em contexto profissional, necessidades e problemáticas no âmbito da Enfermagem médico cirúrgica na área urgência e emergência;

---

<sup>8</sup> Doença por Coronavírus

- Planear, executar e avaliar cuidados de Enfermagem especializada à Pessoa em situação crítica em situação de urgência e emergência/ internado em cuidados intensivos, bem como à sua e família;
- Implementar um projeto de intervenção na prática, no âmbito da urgência e emergência;
- Participar na gestão dos recursos materiais bem como na gestão de cuidados gerais e especializados no domínio da sua área de saber, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Intervir de forma adequada para a tomada de decisões clínicas eticamente dirigidas e cientificamente sustentadas contribuindo para o desenvolvimento da profissão;
- Implementar estratégias de investigação tendo em vista a melhoria do nível de saúde em especial na área da PSC.
- Evidenciar a capacidade de reflexão na ação e sobre a ação elaborando um portfólio reflexivo das atividades desenvolvidas.

Os objetivos específicos nesta área de atuação e de prática clínica tutorada definidos em projeto, constituem-se como complementares, destacando-se os seguintes:

- Relacionar os conhecimentos teóricos adquiridos no âmbito dos Cursos com a prática clínica no estágio em contexto de urgência, adquirindo e aperfeiçoando capacidades e prioridades de intervenção para a prestação de cuidados personalizados, e diferenciados à pessoa em situação crítica e família, em diferentes áreas de intervenção;
- Observar e relacionar as capacidades de liderança na equipa de Enfermagem, com as dinâmicas de grupo;
- Assistir a diferentes momentos de transferência de informação e transição de cuidados à PSC, no SU, nas diferentes áreas de intervenção de Enfermagem;
- Desenvolver competências comunicacionais durante a transferência de informação entre Enfermeiros;
- Promover a segurança e a continuidade de cuidados à PSC e família no serviço de urgência;
- Sensibilizar os Enfermeiros do contexto de estágio para a importância da comunicação efetiva nos momentos de transferência de cuidados da PSC e família, e entre as diversas equipas de prestação de cuidados;

- Identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados, associados à sistematização na transmissão de informação, relevante para a segurança e continuidade dos cuidados, da Pessoa que recorre ao SU;
- Reconhecer que formas de comunicação são estabelecidas entre diferentes intervenientes no SU de forma a padronizar os processos de transferência de cuidados e promover a segurança da PSC;
- Identificar possíveis estratégias a serem implementadas no SU, capazes de melhorar a comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados, detetando possíveis omissões de informação que ocorrem durante os momentos de transferência de informação, segundo as evidências mais recentes;
- Conhecer que escalas são aplicadas, nas diferentes áreas de intervenção, para a avaliação do risco de deterioração clínica do cliente no SU, e para a otimização de cuidados diferenciados, como por Ex., na gestão da dor;
- Reconhecer se há descrição do acompanhamento da PSC por equipas de socorro extra-hospitalar, pelo Enfermeiro da Triagem do SU, e se há diferenciação entre a informação registada clinicamente, e a que é verbalmente enunciada por quem transporta a PSC;
- Aprimorar competências técnico-científicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados à PSC e família em emergência;
- Demonstrar, através de análise crítica, competências próprias de Enfermeiro Especialista, nomeadamente no que concerne ao pensamento crítico, qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional, enquadrando as vivências de prática tutelada.

Resumidamente, analisando e refletindo sobre padrões da prática, de forma cíclica e seriada. E explorando os resultados relacionados com a comunicação, connosco próprios e com os outros, para que possam não só ser mensurados como exponenciados.

## 1.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS

O SU, pelas características que lhes são próprias como sublinhado anteriormente, torna-se local de eleição no cuidar à PSC.

Durante o estágio, foi meu propósito prestar cuidados à Pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença em situação crítica, tendo em conta o que emana a Ordem dos Enfermeiros. Integrando observações e colheita de dados de forma sistémica e sistematizada, de modo a conhecer o serviço, os profissionais nele inseridos e as Pessoas que a ele recorrem, prevenindo e detetando precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 124/2011).

Concomitantemente, este contexto de aprendizagem enquadra-se no âmbito legal na definição do Enfermeiro Especialista associando à prática diária “um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem”, sendo as suas competências “um aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)<sup>9</sup>.

Os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de atuação, devem segundo esta máxima, partilhar quatro domínios ou competências comuns, aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, demonstradas por meio da sua “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, bem como pelo “exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3) e são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados, e
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Dentro deste âmbito, as atividades desenvolvidas que seguidamente irei apresentar, são descritas de forma a potenciar considerações sobre o processo de aprendizagem e construção do conhecimento, evitando estereótipos.

---

<sup>9</sup> Tal definição foi aprovada pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros a 29 de maio de 2010, sob proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, sendo publicado em Diário da República publicado em Diário da República na 2ª Série nº 35 a 18 de fevereiro de 2011

### 1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

Os princípios éticos como o respeito pela dignidade da Pessoa, da sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio (independentemente das suas escolhas e perspectivas de saúde), são inerentes aos cuidados. Esta perspectiva permite pensar e atuar de forma mais atenta. É por isso que, experiência e competência aliadas, incutem um sentido fundamental à prática ética nos cuidados de enfermagem, seguros e responsáveis (Woo, Lee & Tam, 2017).<sup>10</sup>

No estágio, como em todos os momentos da minha vida profissional e da vida académica, defini e adotei princípios éticos e morais com as Pessoas alvo dos cuidados, mas também com todos com quem contactei e interagi.

Se como Enfermeira pautei pelo respeito pela Pessoa, como estudante aspirante a enfermeira especialista e Mestre, deveria honrar exatamente os mesmos princípios. Contudo, lapidados por um crescente e mais completo conhecimento multidimensional; por uma maior experiência em diversas áreas, nomeadamente no cuidar à PSC, aprimorando intervenções, e associando assertividade e empatia para com quem me rodeia.

A competência que pretendi demonstrar, enquanto referência para a resolução de problemas, centrou-se em aptidões de idoneidade e capacidades adquiridas, procurando através de práticas dinâmicas, e sempre que possíveis céleres, garantir eficácia, acessibilidade efetiva, num processo de busca e obtenção do cuidado ou parceria, ao mínimo contacto (Oliveira, Garcia & Nogueira, 2016)<sup>11</sup>.

A análise reflexiva que agora realizo permiti-me pensar sobre as competências específicas do enfermeiro especialista. Nomeadamente quando regradas pelos quatro princípios Bioética., como por Ex. quando pensei sobre beneficência, questionando: “Os fins não justificam os meios nalgumas situações clínicas de fim de vida???”

Ou na associação à Não Maleficência. Pela inclusão de duas regras: fidelidade<sup>12</sup>e reciprocidade<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>11</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>12</sup> Porque a gestão do erro e da segurança implicam procurar o bem, cumprir promessas de certa forma.

<sup>13</sup> Porque cada um deve tratar os outros como gostaria que ele próprio fosse tratado (ou seja de forma positiva ou diretiva).

Na verdade, um momento muito marcante, prendeu-se com situações de fim de vida, cujo objetivo de atuação deveria ser a redução dos estímulos desagradáveis, o controlo da dor e a diminuição do sofrimento, mas nem sempre se conseguem apesar de alguns esforços encetados nesse sentido. Durante a prestação de cuidados e em momentos de reflexão com a equipa de Enfermagem, é notório como se encontram sensibilizados para estas situações no SU. Realço, neste âmbito, a qualificação profissional que percebi no estabelecimento da relação terapêutica perante situações de alteração do estado de consciência e dificuldades na comunicação verbal. Posso afirmar veemente que a gentileza impera no cuidar em Enfermagem, mas é multideterminada e nem sempre reconhecida.

É, contudo, por vezes um valor e um esforço que não se repete, por exemplo entre pares ou entre diferentes classes profissionais, talvez pela rotatividade das equipas, pela dificuldade de identificação dos inúmeros profissionais que interagem no SU, aumentadas pelo uso de EPI, pela escassez de contactos e pela separação física até já bem patente na nova delimitação de áreas de trabalho. Nem sempre há empatia e disponibilidade para respeitar a subjetividade de cada Pessoa, ou momento, singular.

Da minha parte, em cada ação, tentei assistir a um ideal moral que incluísse ajustes a essas limitações. Englobando o conceito de justiça por corretas distribuições de prioridades, reconhecendo que, a igualdade de circunstâncias, poderá ser sempre utópica em emergência, pois há sempre limites e conseqüentemente desigualdades.

Não descurei vontades, crenças, individualidades, e mesmo perante Pessoas inconscientes ou sem forma de comunicar verbalmente, agi tendo em vista sempre seu bem-estar, a sua estabilização, conforto, dignidade ou privacidade.

Neste contexto está implícito o Consentimento em Saúde, o qual consiste numa manifestação de respeito pelo ser humano, seja cliente ou não. Reflete em particular o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica, o que pressupõe a adequada informação de uma decisão livre e esclarecida<sup>14</sup>, e este aspeto foi sempre considerado.

Segui escrupulosamente as normas e protocolos instituídos no serviço, os quais rapidamente procurei conhecer. Cultivei a gentileza como princípio fundamental, colocando-me na posição do outro, num ambiente estranho com pessoas estranhas, e imaginando-me numa

---

<sup>14</sup> Direção Geral de Saúde, Norma nº 015/2013

situação de vulnerabilidade. Estive atenta a sentimentos de impotência, frustração e por vezes ansiedade e tristeza, pelo que tentei informar acerca do local, de tudo o que rodeia, das intervenções / procedimentos que eram executados e de pedir autorização para qualquer ato, respeitando assim, o direito da Pessoa à sua autodeterminação.

Seguindo evidência científica recente, com grau de recomendação forte, como a revisão sistemática da literatura realizada por Oliveira, Garcia e Nogueira em 2016 elevei o direito a aceitar ou não ações, fazendo-o de uma forma esclarecida, e sobretudo não correlacionada com qualquer tipo de pressão (Oliveira, Garcia & Nogueira, 2016)<sup>15</sup>.

E assim poderá evoluir positivamente o SU do CHVNG também.

Se outrora fisicamente o espaço prejudicava a comunicação eficiente, e promovia sensação de incómodo e necessidades de ajustes constantes, agora estas questões não se põem. Surgem, porém, problemas relacionados com o não se permitirem acompanhantes, ou não coexistirem contactos diretos com familiares ou cuidadores informais.

Esta humanização das relações do cuidado, poderá tornar-se sublimada, quando o contexto pandémico permitir um regresso a práticas sociais em saúde. Quando se limar de novo, a atitude de humanidade, valorizando ao máximo a dimensão subjetiva de cada pessoa, agora num espaço capaz de garantir acomodação e suporte, de todos os intervenientes do processo de cuidado.

Estudos mostram com evidência forte que intervenções deste género, baseados na reflexão destas problemáticas em comunhão, podem per si, aliviar significativamente o grau de descontentamento vivenciado entre todos, nomeadamente quando associado ao acesso a outros recursos adequados materiais ou imateriais (como tempo). Prevenindo uma visão negativa da instituição de saúde e, entre outras consequências, maior absentismo, aumento da rotatividade de pessoal, mau ambiente de trabalho e relacionamento tenso entre os trabalhadores (Membrive-Jiménez et al., 2020)<sup>16</sup>.

Neste sentido os conteúdos teóricos lecionados nos Cursos, mais concretamente acerca de Comunicação em Enfermagem, foram sobejamente importantes.

Revejo-me sem dúvida uma Pessoa e profissional aperfeiçoada nesta fase do percurso académico pela cumulação de aprendizagens. Refletindo sobre conquistas e estas aptidões, reconheço uma maior capacidade de uso de escuta ativa, de respeito e aceitação incondicional,

---

<sup>15</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1A

<sup>16</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1A

mas sobretudo da consciência da importância do ser congruente e empático em qualquer hora e em qualquer lugar.

### **1.1.2. Domínio de Competência: Melhoria da Qualidade**

Considerando a melhoria contínua da qualidade, a conduta do Enfermeiro deve estar enquadrada na persecução do objetivo de ser cada vez melhor profissional, sendo esperado que desenvolvesse e suportasse uma prática, com base na gestão interação e colaboração em programas de melhoria do serviço em que me integrei, e como já referi, previamente garantindo um ambiente terapêutico e seguro.

Por outro lado, face às exigências cada vez maiores dos padrões de qualidade na assistência em saúde, a frequência neste estágio implica uma prática na satisfação do Pessoa em situação crítica, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e na promoção do autocuidado em readaptações funcionais; bem como na organização dos cuidados especializados com base na prevenção e controlo da infeção.

Ora se falo em segurança há que atender aos riscos nos vários contextos da prática, sendo imperativo identificar fatores de risco e tentar conhecer (e até implementar) medidas preventivas evitando sofrimentos desnecessários ou acrescidos (Hesselink et al., 2016).<sup>17</sup>

Durante as práticas clínicas pude evoluir pela identificação da existência de escalas de avaliação de risco e implementação de cuidados consoante *scores*; pelo cumprimento de medidas que permitissem evitar a infeção; pela administração de terapêutica segura; pela separação adequada dos lixos; ou prevenção da pneumonia associada ao ventilador, entre outros.

Procurei identificar e refletir sobre tudo. Ler sobre evidências em relação a cada subtema e de forma integrada tentar adaptar recursos e estratégias de qualidade.

Destaco exemplificando que, embora sendo enfermeira na área da emergência, primei por privilegiar a preparação e administração de fármacos na presença dos enfermeiros tutores, principalmente nos primeiros turnos. Além disso, tive sempre o cuidado de confirmar a prescrição médica (medicamento, posologia, diluição e via de administração), a identificação da Pessoa e permeabilidade dos cateteres, se via endovenosa, conforme preconizam evidências

---

<sup>17</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

(Burger & Degnan, 2019; Rickard, 2015)<sup>18</sup>. Com igual preocupação usei o EPI adequado a cada situação e privilegiei cuidados com base nas orientações da tutora e cumprindo as regras instituídas pelo SU do CHVNG, atendendo ao ambiente da prática. Sobretudo porque é inquestionável que um ambiente de trabalho saudável é um ambiente que maximiza a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, resultando num melhor desempenho profissional, cumprindo assim uma maior garantia da qualidade dos cuidados, por a considerar da responsabilidade de todos os profissionais e a todo o momento num verdadeiro continuum. O que segundo evidências nunca foi tão importante como agora, dada a crescente consciencialização dos próprios profissionais, e clientes/família acerca dos seus direitos e deveres (Gettel, Pertsch, & Goldberg, 2020; Patel et al., 2018; Hesselink et al., 2016)<sup>19</sup>.

Se anteriormente melhores condições físicas e estruturais eram uma problemática emergente no SU e especialmente na área laranja (pela necessidade premente de um espaço amplo, de tirar clientes do corredor, de evitar acumulação de macas lado a lado, sem condições de privacidade ou espaço capaz de cumprir as distâncias aconselhadas pela Comissão de Controlo de Infeção, por ex.), ainda hoje, perante novas instalações, existem debates diários sobre necessidades de melhoria.

O espaço que se ganhou trouxe dificuldades de acessibilidade visual global de todas as unidades assistenciais, uma maior necessidade de recursos materiais para distribuir equitativamente e estrategicamente pelas áreas, e sobretudo revela uma escassez de recursos humanos, de forma a permitir uma maior rapidez e eficiência na prestação de cuidados. A maior alocação de clientes, a adaptação diária a cada espaço, a disposição do material, os circuitos e novas acessibilidades inclusive, constituem fator de stress exponenciado atualmente. Diariamente todas as equipas se esforçam para superar essas barreiras, contudo, a simples identificação e localização dos clientes é dificultada pela dispersão e amplitude de e falta de padrões de atuação interprofissionais. Porque vários profissionais podem alocar os clientes nas boxes de assistência, mas principalmente porque muitas vezes não há efetivação dessa alocação nos registos atempadamente, pela dimensão espacial das áreas, ou usualmente, pela falta de comunicação entre equipas (ex. entre equipa médica e enfermagem).

Similarmente, o facto de estarem neste momento diferentes áreas e prioridades clínicas num mesmo espaço (laranjas, amarelos e verdes podem coexistir na área laranja, por ex.), e a deslocação dos clientes internamente no SU para realização de meios complementares de

---

<sup>18</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 B

<sup>19</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

diagnóstico e terapêutica (MCDT), por ex., gera uma dinâmica de ocupação de espaços mal definida e muito difícil de controlar. Aleada a esta problemática, sobrepõe-se ainda, a integração de novos profissionais<sup>20</sup>, os quais surgem na tentativa de colmatar a escassez de recursos humanos face à dimensão do espaço, mas incutem défices de organização e eficiência ao serviço. Pela limitação da rapidez e dinamismo que quase todas as necessidades implicam num SU, para a Enfermagem isto traduz-se numa dificuldade ímpar. Para além da habituação a um novo espaço, há de igual forma e em paralelo, um conjunto de fatores que interferem diretamente na prestação de cuidados e na efetividade de práticas seguras e com qualidade.

A organização é a maior carência numa fase de reorganização ( Bucknall, et al., 2017).

Ao desenvolver competências a nível do SU pode refletir sobre esta assistência multidisciplinar que coexiste com uma necessidade de prestar cuidados de qualidade, em tempo oportuno, e se possível, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável. Efetuando um adequado e pertinente acompanhamento da atualização tecnológica e científica no sentido da melhoria contínua da qualidade, promovendo com a abertura do novo serviço uma grande satisfação, entre todos os profissionais e entes, e de igual forma otimizando a racionalização de recursos (Amiri, Khademian & Nikandish, 2018; Bucknall, et al., 2017)<sup>21</sup>.

Dado estar na posição de estudante, muitas vezes debati esse tema com os meus orientadores e restante equipa de Enfermagem, sendo que explorarei estas temáticas aquando da abordagem à competência comum, gestão dos cuidados, que abordarei em seguida.

### **1.1.3. Domínio de Competência: Gestão de Cuidados**

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão. Como tal, é expectável que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Para o efeito é sobejamente importante que seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional e reconhecendo quando é necessária a referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

---

<sup>20</sup> Nomeadamente Enfermeiros e Assistentes Operacionais

<sup>21</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 B

No entanto como já foi referido anteriormente o processo de tomada de decisão é um processo complexo e requer experiência, bem como conhecimentos teóricos da matéria em apreço e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Não adianta estabelecer um excelente plano de cuidados, que cumpra todos os objetivos estabelecidos e que tenha em conta todos os diagnósticos da PSC, caso esta não seja envolvido nesse processo. Sem esta parceria e sinergia, muito dificilmente se obterá ganhos de saúde, pois dificilmente ocorrerá adesão ao plano terapêutico estabelecido (Recio-Saucedo et al., 2018)<sup>22</sup>.

No contexto onde estagiei, existe uma grande limitação do tempo disponível para a prestação de cuidados, como já sublinhei. Tal requer uma adequada tomada de decisão para uma consciente delegação de tarefas, pelo que sem o auxílio proporcionado pelos colegas que assumem postos de trabalho com menor carga de trabalho, não seria possível a partilha de algumas responsabilidades e intervenções.

Constata-se cada vez mais que, de igual forma, o auxílio proporcionado por quem é funcionalmente dependente dos enfermeiros num serviço, é imprescindível, como por exemplo pelos auxiliares de ação médica. Contudo, requer que a delegação seja precedida pela garantia de que o delegado se encontra capaz de executar a tarefa, requerendo por vezes instruções mais detalhadas ou demonstração prática das tarefas e sempre a sua supervisão e orientação (Gifford et al., 2018)<sup>23</sup>.

A equipa de Enfermagem tenta neste contexto não perder o foco num atendimento que embora direcionado para o diagnóstico, e conseqüente plano de cuidados, priorize o minimizar de erros, ou o descurar da humanização dos cuidados, evitando que qualquer condicionante se sobreponha às relações interpessoais com o cliente. No entanto, presenciei a ausência de inclusão da família em qualquer fase do plano assistencial, o que se justifica de alguma forma pelo facto de estarmos em plena era pandémica, e a necessidade de diminuir riscos e contágios.

O enfermeiro que trabalha no Serviço de Urgência acaba por limitar o seu papel, reproduzindo nesta dimensão humana, a familiar, um modelo assistencial biomédico, tecnicista, centrado somente no corpo da pessoa, e nas necessidades psicossociais individuais per si, e que se assumem como factuais, reais. Delegando para segundo plano, informações e dados relevantes para a transição de cuidados, na admissão e na alta, que muitas vezes só a família

---

<sup>22</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>23</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

e/ou a própria Pessoa podem fornecer, e não estabelecendo qualquer participação familiar, o que diminui severamente, penso eu, otimização do plano de cuidados.

Tudo isto gera, além de uma fragmentação da Pessoa Humana, uma contradição teórico-prática na profissão, em função de que a humanização no contexto hospitalar é preconizada e defendida pelos profissionais, mas que na prática e neste contexto, pouco representa e pouco se realiza. Lidar com Pessoas em situação crítica, com doenças crônicas ou em situações de pequena gravidade não é semelhante, e requer tempos de atuação diferentes; sem a participação de quem melhor os conhece, essa gestão perde eficácia e segurança (Twiggg et al., 2019).

O exercício de funções num Serviço de Urgência é por isso mesmo único, desafiante, mas ao mesmo tempo consumidor de recursos preciosos, requerendo uma vigilância mais apertada e uma atuação mais rápida para que se possa auxiliar da melhor forma (Twiggg et al., 2019; Downey et al., 2018)<sup>24</sup>.

É necessária uma avaliação de cada situação, tendo em conta a especificidade de cada Pessoa, formulando os diagnósticos que irão guiar a intervenção, avaliando rápida e corretamente os resultados obtidos face aos esperados. Um processo que se desenvolve naturalmente e que à medida que se aumentam tempos de exercício e experiências se torna mais fácil, pois o background de situações similares pode ser utilizado como guia para a prática, tal como é esperado de um enfermeiro proficiente ou perito.

A este paradigma acresce o facto de que tempo e energia são limitados, pelo que a delegação de tarefas permite ainda ao enfermeiro concentrar-se em intervenções mais complexas e priorizar as devidas emergências da melhor forma (Benner, 2005).

Aqui se enquadra a adaptação da liderança à gestão pela otimização da qualidade dos cuidados, pela importância aliada ao bom planeamento, à capacidade de organização, de incentivar os outros, de controlo situacional e por último, pelo poder e experiência de decisão, capaz de alcançar níveis de sucesso (Gifford et al., 2018)<sup>25</sup>. Os mesmos autores, destacam o trabalho de Hersey-Blanchard em 1969, como um exemplo de segurança e eficácia, enquadrando a liderança situacional numa presunção de que não existe apenas um estilo de liderança adequado a todas as situações; ou seja, para cada situação em concreto, e tendo em conta o nível de desenvolvimento do liderado, o líder adequa a sua postura e estilo de liderança,

---

<sup>24</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>25</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

assumindo uma postura mais personalizada, e revelando maior capacidade de adaptação e conhecimento profundo dos membros da sua equipa. O principal recurso existente é o ser humano, enquanto Pessoa que se desenvolve num grupo verdadeiramente social, e no qual a motivação se relaciona com o nível de eficiência (Gifford et al., 2018; Hesselink et al., 2016)<sup>26</sup>.

A liderança no SU do CHVNG parece assumir esse papel, num equilíbrio diário e resultado de esforços coletivos com a gestão, integrando uma preocupação com os processos interpessoais a cada decisão, envolvendo motivação e orientação de outros, para atingir objetivos definidos previamente, e que me parecem em construção partilhada. O que assisti em plena fase de mudanças foi exatamente isso, indubitavelmente, num processo complexo e consumidor de tempo ímpar, pela fase de plena adaptação e reconstrução, de um novo serviço.

Neste cenário, a existência de normas/protocolos de procedimento relativas às várias intervenções autónomas e interdependentes desenvolvidas, e a preocupação constante por parte da equipa na sua atualização, facilita esse processo (Twigg, et al., 2019)<sup>27</sup>.

Neste SU a metodologia de prestação de cuidados detinha a mesma vantagem, dado ser o coordenador/chefe de equipa, a distribuir tarefas e postos. Enquanto bons conhecedores do desempenho de cada elemento nos vários sectores. No entanto, penso ser desvantajoso por muitas vezes se tentar aceder às preferências de cada profissional nas suas áreas de eleição, sendo variável conforme a área de cuidados.

Enquanto serviço sectorizado, o próprio sistema informático (ALERT) induzia a métodos de trabalho baseados na distribuição e responsabilização individualizada. Contudo, os enfermeiros que asseguravam a prestação de cuidados em sala de tratamento quer na área médica, cirúrgica ou sala de emergência, utilizavam uma metodologia de entreajuda de forma a rentabilizarem recursos, mobilizando muitas vezes o elemento de apoio conforme os cenários e a gravidade da situação exigia, salvaguardando, em primeira instância a maior rapidez na assistência à Pessoa que recorria ao SU.

No que diz respeito à elaboração dos registos clínicos escritos, a padronização está bem presente pelo uso do programa ALERT. Colide, contudo, com o recurso a textos pré-formatados e transcritos, que eram amplamente usados e generalizados para todo o usuário. Na oportunidade de realizar registos informáticos que detive, optei sempre por nunca recorrer a

---

<sup>26</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>27</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

essas adendas, tentando cumprir criteriosamente o registo o mais personalizado possível da avaliação da situação, dos antecedentes, das intervenções realizadas e continuamente, das repercussões observadas, usando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Tendo fundamentalmente a consciência de que são eles, sem dúvida, que nos facultam proteção legal e através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçam a sua autonomia, e responsabilidade profissional, pelo que devem assegurar rigor, e correção, e ser os mais completos possíveis (Seaman et al., 2017)<sup>28</sup>.

Para além disso, sublinho que a metodologia de trabalhar com equipas pré-definidas, me pareceu favorecer a comunicação e a dinâmica de grupo. Rentabilizando qualidades de todos e estabelecendo uma relação mais coesa entre o cliente/enfermeiro e uma melhor continuidade de cuidados, pelo aproveitar de oportunidades e necessidades.

Na avaliação clínica, por sua vez, existe uniformidade em qualquer área, traduzida por uma avaliação primária expedita e sequencial, com recurso à metodologia ABCDE, objetivando-se a identificação de problemas e a adoção de medidas rápidas de resolução e controlo dos mesmos, da melhor forma e, portanto, indo ao encontro de evidências relativamente à correlação entre empenho e outcome (Seaman et al., 2017).

A dor enquanto sinal vital foi reflexo de uma preocupação na gestão dos cuidados, constituindo a sua avaliação, o início do processo para o controlo da dor. Na verdade, sendo a queixa que mais frequentemente leva a Pessoa a procurar cuidados de saúde no serviço de urgência, o seu alívio deverá ser uma das prioridades iniciais no atendimento. Infelizmente há por vezes tendência para protelar o tratamento da dor por receio que o mesmo possa atrasar ou complicar a observação ou exame. Tentei neste âmbito essencialmente respeitar a Pessoa enquanto o melhor avaliador da sua própria dor, e o único que é capaz de fornecer com exatidão as suas características, conforme é fortemente recomendado (Woo, Lee & Tam, 2017, p. 63)<sup>29</sup>. A sua inclusão enquanto parceiro estratégico, foi crescentemente explorada e praticada, pelo aumento de atenção às formas de comunicação ou expressões de dor, nomeadamente, as não verbais (especialmente taquicardia ou agitação motora), e considerando como sendo de vital importância, o conhecimento dos fatores de alívio e de agravamento.

As estratégias de coping já utilizadas no passado, as implicações da dor nas suas atividades de vida, e se já tomou medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio

---

<sup>28</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 B

<sup>29</sup> Localização, qualidade, intensidade, duração e frequência

da dor e se surtiram efeito, permitem considerar estes momentos particulares como condição iminente de transição (Chick & Meleis, 1986).

Meleis (1994, p. 197) enfatiza até que, as transições são desencadeadas exatamente por eventos críticos, como a particularidade de quadros de dor; os quais provocam mudanças no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas e nas capacidades individuais, caracterizando-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem. Nesta teoria o modelo conceptual compreende exatamente este domínio que aprendi a gerir melhor pela ponderação da natureza das transições, pela definição do tipo, padrão e propriedades de qualquer momento, sabendo que as condições de facilitação ou inibição podem ser pessoais<sup>30</sup>, da comunidade ou sociais. Mais ainda, percebendo que tais padrões de resposta<sup>31</sup>, determinam intervenções de enfermagem (Im, et al., 2000).

Patterson, McIntire et al., (2019) consideram inclusive, que as transições podem não só constituir momentos críticos para as Pessoas alvo do cuidar, mas também, oportunidades de aprendizagem os profissionais de saúde. E, factualmente, à medida que o tempo ia passando neste processo de aprendizagem não pareciam faltar peças essenciais que fui descobrindo em conjunto com a minha tutora de estágio, onde e como procurar. E, assim, o verdadeiro sentido das palavras que sustentam as teorias de ensino-aprendizagem, transformaram-se num experienciar sem igual, especialmente quanto a vínculos e lacunas identificadas, à gestão de tempo, mudanças e disparidades entre rotinas, novos conhecimentos e áreas científicas, numa adaptação dinâmica e fatorial crucial para a implementação de projetos de estágio e para uma efetivação de alguns quadros de mudança.

#### **1.1.4. Domínio de Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais**

Neste domínio a aquisição de competências deve-se principalmente ao investimento pessoal para me manter atualizada cientificamente, e ao desejo que o crescimento profissional seja acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal. Todo o caminho percorrido ao longo da minha vida contribuiu para a pessoa e profissional que Sou.

---

<sup>30</sup> Significados, atitudes e crenças culturais, estatuto socioeconómico e a preparação e o conhecimento

<sup>31</sup> Indicadores de processo e de resultado

Ao adquirir novos conhecimentos científicos, para além de ter a preocupação de os aplicar na prática diária, procuro ter presente a disseminação do conhecimento para os meus pares.

Na verdade, ser enfermeiro exige a aquisição de competências de diversificados âmbitos, entre eles, âmbito emocional, comunicacional e relacional. A produção de conhecimento deve ser acompanhada pela sua publicação ou transmissão aos semelhantes, contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A comunicação eficaz assume neste cenário mais do que um papel de facilitação de desenvolvimento e adequação, já que atende a várias dinâmicas, permitindo aumento de habilidades de mediação, englobando o pensamento criativo e negociando comprometermos de novas ideias (Newton, Llewellyn & Hayes, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere sobre esta temática que o enfermeiro especialista “demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. Foi isso que tentei sempre demonstrar.

Sobretudo ter consciência de que deveria sempre considerar relações, habilidades funcionais e estado de saúde, acoplando as dimensões física, emocional, intelectual e funcional. Não duvido que este foi e sempre será um guia referencial para mim, e que embora não seja visível nem tangível, exerce uma poderosa influência na vida de cada um com quem interajo, o que permitiu reconhecer e desenvolver valores profissionais, a cada dia de estágio.

Partindo deste princípio sublimei de igual forma a noção de que o ambiente hospitalar se torna propício ao aparecimento de conflitos, os quais, embora possam instigar mudanças positivas, implicam sempre uma aprendizagem para que haja uma gestão efetivamente construtiva.

Na verdade, o que é explícito na literatura é que uma gestão adequada de conflitos é aquela que alcança um entendimento e aumenta as interações futuras; para isso o entendimento tem de ser justo e durável e ter em conta os interesses de todos os envolvidos (Gifford et al., 2018; Karam et al., 2018). Tal é impossível sem uma adequada avaliação do conflito e um adequado conhecimento de si e de quais os objetivos pessoais e institucionais (Gifford et al.,

2018; Karam et al., 2018; Woo, Lee & Tam, 2017; Sfantou et al., 2017; Oliveira, Garcia & Nogueira, 2016)<sup>32</sup>.

Isto significará que se em algumas situações, um estilo competitivo ou de acomodação poderá ser eficaz, noutras um estilo que evite o conflito, que force um compromisso ou inicie uma colaboração será mais oportuno e eficiente.

No SU, um posto de trabalho onde a capacidade de resolução de conflitos é posta à prova é a triagem. Devido à frequente demora de atendimento no SU, a triagem é frequentemente interrompida por clientes e familiares revoltados com a demora. A gestão destes conflitos é difícil, requerendo um elevado conhecimento de nós próprios para manter uma relação cordial.

Foi importante neste sentido tentar esclarecer e encaminhar em conformidade com cada situação, demonstrando disponibilidade para escutar, diminuindo a carga negativa inerente à situação de conflito, per si. Com este comportamento, foi possível desenvolver competências ao nível da comunicação, quer de aspetos complexos de âmbito profissional nas relações terapêuticas que se estabelecem, quer como dinamizar e incorporar habilidades comunicacionais no seio da equipa multidisciplinar.

Mais ainda, tentei pautar por basear a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, diagnosticando necessidades de formação, estabelecendo com a realização do projeto de estágio metas e objetivos, que neste momento avalio se foram eficazes ou não, tendo sempre em vista a melhoria da qualidade dos cuidados que presto. O desafio foi sem dúvida tentar enquadrar essas evidências e a avaliação para determinar as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas como seu resultado, na prática.

Em boa verdade este é um componente já descrito como complexo, mas necessário, nos processos formativos. Em décadas mais recentes, as práticas de avaliação com base no desempenho, ganharam um forte impulso à medida que educadores procuraram examinar o desempenho autêntico do aluno e, atualmente, o conhecimento dita que esses tipos de avaliação são uma influência motriz nas práticas de aprendizagem e ensino. Desta necessidade de

---

<sup>32</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

avaliação autêntica veio a adoção de avaliação baseada em práticas simuladas também, por ex. (Ryall, Judd & Gordon, 2016)<sup>33</sup>.

Na sala de emergência tive oportunidade de desenvolver competências em casos de instabilidade hemodinâmica, bem como aplicar os protocolos que estavam instituídos sobre: acidente vascular cerebral, insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão, dor pré-cordial, enfarte agudo do miocárdio (EAM) e colaborar na colocação de dreno torácico e cateter central. Priorizando a detecção precoce de complicações e a interdisciplinaridade que devem sempre diferenciar estas áreas de atuação.

Tentando cumprir com o que está amplamente descrito nesta conjectura, acerca da mais-valia do reconhecimento precoce e respetiva resposta à deterioração fisiológica e agravamento clínico.

Comportamentos centrados na adoção de estratégias para um rápido e melhor cuidado são cruciais (Moffat, Skinner & Fritz, 2016)<sup>34</sup>. E a minha experiência em sala assim se revelou: assumindo um cariz de imprevisibilidade e de exigência constantes, não só no momento da admissão, como também no decorrer das situações clínicas, mobilizando constantemente um conjunto de competências diferenciadas e especializadas, como o juízo crítico e gestão de prioridades aliadas à proficiência técnica e científica, de forma a ser capaz de dar resposta às necessidades da Pessoa em tempo útil. Reconhecendo precocemente sinais de gravidade clínica, identificando deteriorações e tomando decisões sobre como administrar, tratar e aumentar níveis de preocupação, vigilância e adequação de cuidados.

Cumulativamente, pude aplicar o protocolo da Ventilação não invasiva (VNI) e da Ventilação mecânica invasiva (VMI) permitindo-me pôr em prática, todos os conhecimentos adquiridos em toda a formação académica, fulcrais para o desempenho da minha prática em emergência. Bem como o aperfeiçoar e melhorar alguns cuidados de enfermagem, mais concretamente em relação ao correto posicionamentos, o cumprimento dos bundles da VM, lapidando cuidados e otimizando o bem-estar do cliente como preconiza Hodgson et al. (2016)<sup>35</sup>. Considerando inclusive, em estratégias de ventilação, a ponderação de manobras de recrutamento alveolar, de forma a minimizar risco de barotrauma, tendo em consideração a contribuição interprofissional abrangente, a necessidade de treino específico dos protocolos e

---

<sup>33</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>34</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 B

<sup>35</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

equipamentos, garantindo bases para um conhecimento clínico relevante, e para uma compreensão operacional, maximizando qualidade e impacto benéfico na PSC (Jordan et al., 2016, p. 1-10; Walsh et al., 2016)<sup>36</sup>.

Em relação a esta unidade em particular cumpre-me, pois, enunciar que se respeitam os requisitos que estes estudos preconizam, sendo que está estrategicamente localizada, privilegiando o acesso rápido, fácil e por outro lado restrito. No interior, a organização dos equipamentos e diversos materiais revela claramente uma disposição dinâmica, funcional e lógica, o que facilita a manipulação dos mesmos e as atitudes a adotar. Existe um enfermeiro em permanência, o qual no início do turno, possui a responsabilidade de garantir a total operacionalidade de todos os equipamentos da sala, bem como de verificar o restante material. Além disso, o enfermeiro da sala de reanimação assume-se como o elo de ligação entre o pré-hospitalar (CODU<sup>37</sup> e/ou com a VMER<sup>38</sup>) em caso de necessidade de encaminhamento de uma situação emergente ou referenciação através dos sistemas de resposta rápida instituídos neste SU, nomeadamente nas vias verdes.

Constatam-se assim condições de trabalho corporativo e orientadas para o cumprimento de padrões considerados chave, como a facilitação de interligação e interação de múltiplos profissionais, a operacionalização máxima de equipamentos e tarefas, bem como uma adequada privacidade à PSC.

A título de exemplo, a via verde trauma revelou-se exemplo de cumprimento destas premissas. Prevendo uma estreita articulação do pré hospitalar com o SU, permitindo a avaliação e estabilização da vítima de trauma na sala de reanimação, a deslocação do serviço de imagiologia ao SU<sup>39</sup>, a implementação precoce das medidas terapêuticas prescritas, a apertada monitorização hemodinâmica e posterior transferência da PSC. Correspondendo ao intuito da implementação destes protocolos de atuação, que tanto têm contribuído para mediar tempos de espera, duração da estadia, diminuir a taxa de abandonos após a admissão, e assim a qualidade da prestação de cuidados assistenciais (Dias et al., 2013).

Dias et al, afirmam em 2013 que estes pressupostos se associam ainda à “... particular relevância, neste domínio, o reconhecimento pela população dos sinais de alarme das situações potencialmente ameaçadoras e da disponibilidade de meios específicos de auxílio”. E da

---

<sup>36</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>37</sup> Centro de Orientação de Doentes Urgentes

<sup>38</sup> Viatura Médica de Emergência e Reanimação

<sup>39</sup> Em vez do inverso

execução em tempo útil dos procedimentos necessários, na admissão hospitalar, para o devido reconhecimento de gravidade. Como por exemplo, no caso das vias verdes coronárias, garantindo que o eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações seja efetuado, registado e interpretado num período máximo de 10 minutos (Dias et al., 2013).

A minha colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa encaminhada através da ativação das diferentes vias verdes, foi deste modo testemunho e promotora da eficácia da articulação entre os diversos serviços do hospital e da importância que tem o trabalho de equipa. Tal como na área laranja; área em que dado o elevado número de pessoas assistidas, revela uma necessidade imprescindível de práticas assentes em padrões de conhecimento robustos e com uma adequada dinâmica funcional da equipa de Enfermagem, imperando o esclarecimento de eventuais dúvidas ou o aumento de medidas de conforto, e tentando gerir da melhor forma uma adequada capacidade de priorização e de gestão dos cuidados.

Consolidando a perceção acerca da diferença entre eficácia e eficiência tentando colaborar com o fazer a tarefa certa, completar atividades e alcançar metas, mas de forma otimizada, da maneira mais rápida e com o melhor uso dos recursos. Um crescimento sustentado que não duvido permanecerá na minha prática diária e que contribuiu indubitavelmente para o delinear de atividades que passo a descrever em seguida.

## 1.2 EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Seguindo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, estabelecido para os últimos cinco anos, alicercei a efetivação do projeto sabendo que:

"O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa apoiar os gestores e os clínicos do SNS na aplicação de métodos e na procura de objetivos que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades"

(Diário República 2ªsérie, 2015, p. 3882)

Neste domínio primei por desenvolver uma atividade, que concretizasse a resolução de um problema identificado ao nível da identificação e armazenamento dos fármacos nas

diferentes áreas. Surgem as seguintes questões que permitem nortear as atividades desenvolvidas:

Como estão armazenados os fármacos no SU?

Os fármacos estão dispostos isoladamente ou com outros medicamentos numa mesma gaveta? Esta gaveta está identificada com que critério?

Segue a ordem alfabética ou tem uma arrumação que permite distinguir cada medicamento dos outros de aspeto semelhante?

A identificação é clara e ajuda na distinção dos fármacos?

Desta forma justifiquei a normalização de práticas seguras que possam minimizar o erro, associado a preparação e administração de medicação, pelas dinâmicas e determinantes que condicionam a presença de riscos a vários níveis num SU.

No que à medicação diz respeito, as pesquisas que realizei demonstraram que a inserção de letras maiúsculas no meio das denominações ortograficamente semelhantes para diferenciação de medicamentos é uma ferramenta efetiva, para a diminuição do erro (Lizano-Díez et al., 2020).

A existência de denominações (nomes) semelhantes entre medicamentos é uma das causas mais comuns associada aos eventos adversos relacionados neste contexto. De acordo com artigos recentes, um em cada quatro destes incidentes estão relacionados com medicamentos “look alike sound alike” (LASA). São um dos múltiplos fatores que, quando se conjugam e beneficiam das vulnerabilidades ou deficiências dos sistemas, contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança do cliente, relacionados com a medicação (Gettel et al., 2020; Lizano-Díez et al., 2020; Amiri et al., 2018).

A identificação incorreta de medicamentos está descrita como resultante da má interpretação da prescrição médica, impressa ou manuscrita, da indicação/pedido oral do medicamento e/ou da seleção errada devido à semelhança entre denominações na lista dos medicamentos ou ao aspeto semelhante em forma, cor e/ou rótulo da embalagem (Irajpour et al., 2019).

Por outro lado, a similaridade entre as denominações de medicamentos pode afetar a memória de curto prazo e modificar a perceção visual e auditiva, contribuindo para a ocorrência

de eventos adversos relacionados com a medicação (Irajpour et al., 2019; Carvalho De Oliveira et al., 2016)<sup>40</sup>.

Desta forma, as soluções parecem apontar para maior evidência de que a apresentação das denominações num formato fora do comum atua como um alerta, promovendo a diferenciação. Diferentes métodos para a inserção de letras maiúsculas são descritos na literatura, das quais o método designado por Mid-type Tall Man lettering é referido como o mais efetivo e o mais facilmente aplicável de forma sistemática, sendo por isso o recomendado na norma 020/2014, de 30/12/2014. Lisboa: DGS; 2014 (Anexo 1).

As palavras-chave que determinaram o projeto de intervenção em serviço, neste âmbito foram: Segurança do cliente, segurança na medicação, medicamentos LASA.

E, os objetivos específicos do projeto de intervenção:

- Elaborar e divulgar a lista de medicamentos LASA do SU do CHVNG
- Implementar e uniformizar práticas seguras na gestão e utilização dos medicamentos de alta vigilância (MAV) no SU do CHVNG

A estratégia de ação passou (após a devida aprovação pela equipa de Direção de Enfermagem e coordenação do SU, bem como da minha tutora, Enfermeira Simone) pela definição de um conjunto de fármacos como medicamentos LASA, pela identificação de medicamentos LASA com colocação da sinalética STOP, e pela aplicação a estes do método de alteração gráfica Tall Man Lettering, de modo a promover a sua diferenciação - Rotulagem com sinalética adequada, conforme Apêndice 1.

No final da concretização deste projeto, foi disponibilizada para partilha e divulgação por toda a equipa, a lista dos medicamentos LASA nas diferentes áreas (Apêndice 2).

A concretização de novas etiquetas, permitiu diferenciar facilmente a segregação de diferentes dosagens do mesmo fármaco, e entre fármacos “look alike ou sound alike”.

A atribuição de cores padronizada para diferentes vias de administração e escalonamento de dosagens, ofereceu cumulativamente vantagens reconhecidas por toda a equipa. A exemplificação de etiquetas é apresentada em apêndice para efeitos demonstrativos e avaliativos, sendo que devo mencionar que no total, as etiquetas realizadas ultrapassaram 300

---

<sup>40</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1A

exemplares, aos quais se somaram sinaléticas STOP, e etiquetas de “Diluição Obrigatória” (Apêndice 3).

Similarmente, tentei aprimorar a prática de acordo com outro problema identificado, e relacionado com a situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica: a gênese de perturbações emocionais ímpares, que levantam a necessidade de adquirir competências na gestão da ansiedade e medo vividos pelos profissionais e clientes.<sup>41</sup>

Deparei-me inclusive com sinais de *burnout* em alguns trabalhadores. Provavelmente pela exposição contínua a fatores de stress. Isso faz com que se sintam exaustos, com falta de energia e relacionalmente pouco tolerantes.

Esta condição está também descrita em evidências recentes, como altamente prevalente entre os profissionais de saúde, principalmente entre a equipe de enfermagem. Numerosos estudos têm evidenciado a vulnerabilidade dos enfermeiros aos efeitos do stress (Membrive-Jiménez et al., 2020; Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019; Twigg, et al., 2019).

Não restam dúvidas de que o estabelecimento de uma relação terapêutica é um processo difícil e que, sem o adequado suporte teórico, e orientação, até por Enfermeiros com maior experiência na área, falha facilmente na prossecução dos objetivos relacionados com um cuidar holístico (Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019; Twigg, et al., 2019)<sup>42</sup>.

Importa assim descrever que, entre os enfermeiros e outros trabalhadores, o *burnout* é caracterizado pelo aparecimento dos seguintes efeitos: exaustão emocional, resultando em perda progressiva de energia; despersonalização e prevalência de atitudes negativas em relação a clientes e colegas de trabalho; sentimentos de baixa realização pessoal, ou perda de confiança (Membrive-Jiménez et al., 2020)<sup>43</sup>. Como tal, o desenvolvimento de técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica relevou-se essencial, selecionando, utilizando e avaliando o processo de relação de ajuda, e reconhecendo o seu impacto junto do cliente/família que vivencia a situação.

---

<sup>41</sup> Contribuindo de igual forma para a facilitação dos processos de luto e para a dignificação da morte (Membrive-Jiménez et al., 2020, p.18)

<sup>42</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>43</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

Nomeadamente quando as intervenções atendem às necessidades de comunicação informacional e emocional por meio de contactos vários<sup>44</sup> (Torke et al., 2016).

Senti necessidade de colaborar e contribuir para tentar prevenir este problema, ou potenciar habilidades de comunicação, mediação de conflitos e gestão de stress, pelo que realizei uma apresentação em Power Point, para servir como base e proposta para um momento formativo futuro, e que apresento como Apêndice 4. Apresentei o mesmo à Direção de Enfermagem e à minha tutora, endereçando-lhe o convite, que foi aceite, de abraçar este projeto e efetivar a formação logo que o departamento de formação considere oportuno e possível.

Espero sobretudo que esta intervenção possa ser eficaz, na gestão da comunicação em diferentes momentos de stress, na prática diária, quer na triagem, quer na prestação de cuidados e no estabelecimento das várias relações interprofissionais diárias.

Como última atividade, neste campo de estágio, mas talvez para mim considerada como mais relevante, enuncio um projeto de intervenção acerca da implementação da Norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde, sobre “Comunicação Eficaz” (Anexo II). Pois bem demarcadas, como práticas promotoras da transição do cuidado, e da responsabilização profissional, se encontravam também as passagens de turno.

Ao perceber que pela sua individualização, resultam de uma vigilância continua a alguém em particular, resultando numa prestação de cuidados seguros e de qualidade, os Enfermeiros do SU do CHVNG primavam pela preocupação constante de uma ferramenta básica de registo de dados dos clientes em observação e cuidados. Tentando assegurar e garantir uma melhor integração de novas equipas em cada turno, e promover a melhor continuidade dos cuidados, pois independentemente das áreas a que me possa referir, corresponde sempre a um momento de extrema importância para a equipa, pela reflexão que possibilita, e pelo potenciar a identificação de focos de atenção individualizados, mas principalmente, pela transmissão de informação clara que estabelece, essencial para a prática segura.

A realidade do SU revelava o assegurar a correta identificação de Pessoas e problemas, e a realização por rotina na unidade de cada cliente, num tom de voz calmo e baixo<sup>45</sup>. Contudo,

---

<sup>44</sup> Atualizações clínicas estruturadas, módulos de suporte emocional e informativo, suporte para reuniões familiares e inclusive contactos telefónicos

<sup>45</sup> Garante, pois, a privacidade necessária na transmissão da informação relativa ao cliente, em relação a outros clientes, e por outro lado, permite que não seja gerada ansiedade no cliente em causa da passagem de turno.

sem recurso a utilização de nenhuma metodologia de transmissão de dados padronizada, como a metodologia ISBAR. Usam sim, uma folha de registo, sem padrão definido regularmente, que vai sendo preenchida ao longo do turno e é passada de equipa para equipa.

É difícil mantê-la atualizada ao ritmo das dinâmicas de ocupação das salas, sendo fonte de stress na última hora do turno, pela consciencialização geral da equipa de Enfermagem da sua importância para a qualidade de cuidados. Contem a identificação do cliente por unidade, a descrição de antecedentes e/ou motivo de recurso ao SU, e constitui a ferramenta adjuvante na passagem de dados.

Esta problemática integra estudos acerca da segurança da PSC, mas de igual forma, nas revisões acerca do desenvolvimento do trabalho de equipa multidisciplinar, depois de informação irrelevante, repetitiva ou perdida, ter sido identificada como dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz durante a passagem da PSC e que pode resultar em perdas de informação relevantes (Risk et al., 2019; Hesselink, et al., 2016; Raftery et al., 2016)<sup>46</sup>. Neste âmbito, desenvolvi então a aplicação da metodologia ISBAR à folha pré-existente, nas diferentes áreas (Apêndice 5).

Neste contexto, as palavras-chave do projeto foram: comunicação, transição de Cuidados e ISBAR, de acordo com os seguintes objetivos:

- Uniformizar a comunicação e promover a segurança da PSC na transição de cuidados do serviço de urgência, recorrendo à metodologia ISBAR
- Diminuir possíveis erros e lacunas na comunicação, assim como perdas de informação importantes na transmissão de informação nas passagens de turno

A estratégia centrou-se não só na adaptação da grelha usada para resumir a informação relevante para a transição de cuidados (tentando sensibilizar para a sua existência e importância), mas também pelo fornecer estrutura para a comunicação da temática entre os profissionais a respeito da situação e permitir que os enfermeiros antecipem os próximos passos e alterem o seu modelo mental, se necessário.

Para além disso, penso que permitirá identificar de futuro, eventuais necessidades formativas sobre o ISBAR em particular, representado na figura 2, possibilitando uma tentativa

---

<sup>46</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

de implementação da Norma 001/2017 da DGS sobre: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde.

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

**Figura 2** - Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017)

Fonte: Direção Geral da Saúde (2017).

Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

A sua aplicação prática inicialmente foi muito bem conseguida, verificando-se adesão da maioria dos enfermeiros do serviço, e feedback positivo, pela manutenção de campos de escrita livres, mas mais ordenados, e visualmente não constituir um modelo de difícil preenchimento. Mais do que a oportunidade tida como bem vinda, agradeceram a orientação que esta pequena ferramenta possibilita na uniformização da informação a recolher, redigir e transitar.

De acordo com a norma, ISBAR significa:

“Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de

cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente”.

(DGS, 2017, p 4)

Com este projeto penso ter contribuído para aumentar a qualidade da transferência de informação, fornecendo uma ferramenta escrita, tão concisa e clara, como flexível e adequada às características do grupo de enfermeiros do SU. Talvez não a ideal, mas uma primeira tentativa de dar a conhecer a norma, de forma a padronizar a informação de alguma forma, e desta forma, promovendo uma comunicação eficaz e a segurança da PSC.

Cumulativamente realizei um cartaz alusivo à metodologia ISBAR, de forma a facilitar a memorização da mnemónica e a relembrar a importância da mesma sempre que disponível e acessível. O cartaz que apresento como Apêndice 6, foi afixado nas diferentes áreas, após devido acondicionamento e seleção da sua localização pela Direção do SU.

Uma vez que a transmissão de informação adequada, clara e precisa, quer verbal, quer escrita, é garantidamente forma de assegurar continuidade dos cuidados, bem como a prevenção de eventos adversos, e conseqüentemente uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Twiggy, et al., 2019; Karam, et al., 2018; Sfantou et al., 2017)<sup>47</sup>, esse pressuposto está a ser contemplado graças ao projeto. Espero que evolua de forma a aumentar exponencialmente uma maior padronização da informação recolhida, e posteriormente transitada.

### 1.3 AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

Independentemente das áreas ou da minha participação ser mais interventiva ou observacional, primei sobretudo por desenvolver a relação de ajuda e a comunicação interpessoal. Alicerçando a minha postura em conhecimentos teóricos, mas principalmente

---

<sup>47</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

adaptados à realidade de cada Pessoa, a fim de colmatar eventos de fragmentação de interações e conseqüentemente cuidados e, garantir assim um atendimento atual e apropriado.

Foi aqui que me senti crescer sem dúvida, não com as Pessoas em si, mas na relação com outros profissionais, talvez porque habitualmente exerço funções num ambiente centrado nos clientes e com um único parceiro físico de trabalho, e não em contexto de equipa diferenciada e multiprofissional fisicamente presentes, indo de encontro aos estudos recentes, que comprovam a frequência com que os Enfermeiros adotam comportamentos comunicacionais assertivos com os clientes, mas nem sempre no seio da equipa, o que influencia secundariamente o cuidado ao próprio cliente a médio ou longo prazo, por ser multideterminado.

Valores médios de realização pessoal despersonalizados surgem como fatores determinantes nesta tendência estão bem descritos na literatura e, sinceramente, restam-me poucas dúvidas de que a PSC, por exemplo, parecem avaliar a qualidade dos cuidados a partir da experiência direta com os prestadores e técnicos de saúde. É essencial dotar as equipas de competências comunicacionais, para fomentar a interação multidirecional do utente com a equipa hospitalar no seu todo. Neste contexto, é primordial promover a relação médico-cliente, mas também a relação instituição/cliente, pelo que a satisfação dos clientes surge assim como um critério que joga fortemente para a qualidade de uma instituição de saúde.

Nesta área, parece ser essencial dar resposta às necessidades da população e às reclamações que são feitas. É preciso receber, registar, responder e implementar processos de melhoria contínua para evitar novas queixas e ter em consideração sugestões, como veículo de desenvolvimento. Por outro lado, julgo também pertencer à instituição a promoção das relações que se estabelecem. Sendo fundamental criar pontes de comunicação interna e externa, para evitar afluências inesperadas aos serviços, esperas prolongadas, desperdício de recursos e insatisfação de profissionais e clientes.

Por sua vez, a prática clínica que detenho evidencia que a comunicação entre profissionais numa instituição de saúde é apoiada por sistemas de registo e monitorização. Na passagem de informação e controlo interno (para que se evitem falhas de comunicação, utilização excessiva de recursos e, no limite, erro clínico) independentemente da sua formação, permitindo no seio das equipas a efetividade dos cuidados.

Newton, Llewellyn e Hayes confirmam exatamente isso, afirmando que confiança, respeito e experiência partilhada, bem como a liderança e a possibilidade de participação

hierárquica prenunciam o trabalho corporativo, envolvendo verdadeiramente trabalhar com outros, refletindo constantemente o conceito de empoderamento. Concentrando esforços na responsabilidade partilhada, numa disposição conjunta para o trabalho de grupo e em estratégias de superação de barreiras (Newton, Llewellyn & Hayes, 2019)

Segundo os mesmos autores (p. 240-254), qualquer pessoa não é um destinatário passivo do cuidar. A experiência passada, presente e futura (enquanto aspiração e necessidade) intervêm nas ações de todos os intervenientes num processo de comunicação, constituindo formas potencialmente transformadoras quer dos usuários dos serviços de saúde, quer dos prestadores de cuidado, como parceiros, numa verdadeira coprodução, alicerçada em capacitações e em identificação de novas oportunidades, sempre que há o reconhecimento das mesmas e aceitação dos riscos.

Pelo que me apercebi ainda mais de como uma boa comunicação é crítica para um bom sistema de saúde. Na verdade, parece-me que o valor terapêutico da comunicação eficaz é reconhecido por toda a equipa e em diferentes categorias sem dúvida no SU. Contudo a análise de dados recolhidos ao longo do processo de cuidados é considerada verdadeiro desafio. Pela ampla quantidade de dados recolhidos na avaliação clínica ou pela história, ou pelos registos e observações.

Mais ainda, quando a alocação e a utilização de recursos, e as questões de privacidade dos dados, se associam a esta problemática.

Segundo as recomendações mais fortes, a progressão positiva de qualquer interveniente no cuidado em saúde deve, portanto, neste sentido, pressupor a identificação de lacunas tecnológicas, as disparidades entre os conhecimentos presentes e os que emergem em diferentes áreas científicas, e a adaptação constante de modelos e ferramentas de comunicação (Gettel et al., 2020; Roze Des Ordon et al., 2017) <sup>48</sup>.

Mas no SU do CHVNG a mensuração da qualidade dos cuidados parece, contudo, basear-se sobretudo na qualidade da documentação dos mesmos (através de possíveis auditorias aos registos efetuados), e não pela comunicação estabelecida entre os diferentes participantes no processo (profissional, cliente/utente e família). Sem uniformidade garantida, pois não há uso de ferramentas ou metodologias de transmissão de informação standardizadas na equipe de Enfermagem.

---

<sup>48</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1A

Será aqui que poderão apostar, tentando aprimorar capacidades numa verdadeira cultura de qualidade em saúde, e tendo em consideração a dualidade entre este rigor anteriormente descrito como crucial à boa prática, e a predisposição à interação por todos os participantes. Pelo que o papel de um clima de trabalho interessante, e do humor até, e a existência de feedbacks com repetição das interações ou provas, não possam ser subestimados.

E, relativamente a esta temática, presenciei o uso adequado de escalas de dor no SU, em função dos diferentes momentos de intervenção pela equipa de Enfermagem, pelo que considero positiva esta capacidade dos enfermeiros do SU do CHVNG em utilizar adequadamente as escalas da avaliação da dor, nomeadamente a escala de avaliação analógica e a escala numérica. Como resultados, e complementando os protocolos terapêuticos complexos que implicam intervenções de enfermagem interdependentes, o enfermeiro no SU prescreve e implementa intervenções autónomas para gestão da dor e do bem-estar; estas podem ser de foro cognitivo-comportamental; físico; ou de suporte emocional como observei.

Diariamente constatei que, aquelas com que obtenho melhores resultados têm sido: a imobilização, aplicação de frio e calor e a massagem, no âmbito nas físicas, conforto e toque terapêutico no âmbito do suporte emocional, e a distração e auxílio da PSC na utilização das estratégias de coping já conhecidas pelo próprio no âmbito cognitivo-comportamental. Para além disso e para a prestação correta de cuidados na presença de dor, mobilizei conhecimentos de farmacologia, nomeadamente dos três principais grupos de analgésicos (opióides, não opióides e adjuvantes), quanto ao seu mecanismo de ação, efetividade, formas de administração, duração da ação, efeitos adversos e interações medicamentosas. Sem estes conhecimentos seria impossível a gestão de medidas farmacológicas podendo até, e com isso, colocar a PSC em risco.

Fica um despertar na equipa, sem dúvida, para a implementação de projetos futuros, de acordo com necessidades identificadas em equipa. Considero muito pertinente e relevante, quando num contexto pandémico, pelo stress, cansaço acumulado e problemas vários, a motivação parece querer desvanecer a cada momento; pequenos passos que podem ajudar a grandes mudanças e sobretudo a uma real perceção de que muito trabalho se pode desenvolver, e que em grupo, pela união de esforços, facilmente se desenvolve.

Em bem da verdade, com a transferência para novas instalações, considero que houve um significativo, das expectativas de todos; há que apostar no aproveitamento das mesmas, mas, não só dos profissionais. Também as PSC e familiares, aumentaram expectativas quanto aos cuidados, pelo que é provável que surjam presentemente e no futuro próximo reclamações por

incumprimento de expectativas. Será importante levantar no futuro não só os fatores de satisfação dos profissionais, mas também da Pessoa com afinco, o que era frequente no passado (pelas limitações físicas e estruturais que o antigo serviço condicionava), e que poderá ser transferido pelo ajuste que os recursos humanos têm de realizar neste período de transição.

Ajustando recursos, a prática pareceu-me, contudo, insistentemente orientada para a conquista de confiança entre profissionais e dos mesmos, evitando práticas defensivas. Pautei também por tentar prestar cuidados como atos de grande confiança.

Verifiquei de igual forma, que também em equilíbrio, se posicionaram outros profissionais na busca por uma maior qualidade nos cuidados. Tentando mediar uma utilização exagerada de exames complementares (muitas vezes de eficácia limitada e desnecessária), um encaminhando corretamente e de forma atempada para especialidades médicas, sempre que a avaliação por outro profissional de saúde era pertinente, e pela ausência de casos de recusa de PSC, com menor risco de cura e de sucesso.

E, assim, incrementam uma cultura de assistência caracterizada por uma maior transparência, sobretudo fundamentada numa boa na comunicação, potenciando a segurança da PSC, mas também dos profissionais e consequentemente da organização.

Isto é, consolidando a qualidade não só como não são como uma obrigação pessoal de cada profissional, mas também da instituição como um todo. Por ex., considerando os erros como uma execução não intencional de um plano incorreto, com alguma falha condicionando, pois, o alcance de um determinado objetivo (Karam BraultI, Van Durm & Macq, 2018; de Vos, 2015)<sup>49</sup>.

E tentando adaptar momentos formativos, sendo este um grande desafio atual pelas condicionantes pandémicas e pelo distanciamento físico que acarreta. Contudo, permitindo uma tentativa de atualização constante dos conhecimentos técnico científico. Sobre os enfermeiros recai uma responsabilidade acrescida de irrem atualizando individualmente também, repensando processos de trabalho, bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num serviço em plena e permanente mudança; primando por evitar julgamentos na gestão de cuidados face à pressão, sendo que existem, no entanto, consequências adversas para a PSC (variando de má experiência de cuidados, ao aumento do risco de infeção, readmissões e

---

<sup>49</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

complicações devido a incidentes críticos de deterioração fisiológica não detetada) que facilmente persistem face aos desafios da prática diária.

A regra de ouro em serviços de saúde deveria passar pelo investir em auto e hétero avaliações seriadas, sobretudo no que aos cuidados que se vão perdendo por lacunas pluridimensionais, e considerando, portanto, a monitorização de rotina como um indicador de qualidade e segurança (Recio-Saucedo et al., 2018)<sup>50</sup>.

Nesta área, poderão investir, aprimorando feedbacks e uma monitorização que pode repercutir níveis de qualidade em saúde. Como consequência não duvido que advirá uma excelente qualidade dos cuidados em saúde, certamente reconhecida num futuro próximo, dada a relação destes conceitos entre si e o esforço diário de que fui testemunha, de pôr em prática estes valores no seio da Equipa de Enfermagem, e não só.

Da minha parte, tentei demonstrar ser capaz e com experiência em crescendo, possuidora de conhecimentos e competências compatíveis com os cuidados específicos que a pessoa em situação crítica necessita, realizando essa autoavaliação e questionando os Enfermeiros tutores acerca da minha prestação de cuidados e integração ao estágio.

---

<sup>50</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

## **Parte II – ESTÁGIO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Na relação com o enquadramento de cuidados já realizado, a pesquisa empírica relacionada com ambiente de cuidados intensivos, serve para ancorar e comprovar no plano da experiência, o que anteriormente apresentei conceitualmente sobre o cuidado à PSC em particular. Possibilitando, assim espero, que a observação e a experiência que com mais este estágio concretizei, me ofereçam dados objetivos, passíveis de sistematizar e de valorizar argumentações, por mais tênue que possa parecer à partida a base fatural. Ou seja, permitindo atribuir significados a dados, com impacto pertinente e inicialmente pouco conhecidos para mim, relativamente a alguns referenciais teóricos. Sobretudo no sentido de facilitarem a sua aproximação à prática.

No contexto de ensino e prática clínica (inserido no seio de uma equipa multidisciplinar e enquanto profissional já com alguma experiência), a integração inicial no serviço, o conhecimento das suas valências e recursos e o levantamento de desafios e oportunidades, surgiu como uma das etapas mais importantes do estágio e, consequentemente, do presente relatório, pelo que as devo estudar.

Na linha de frente do atendimento, e da prestação de cuidados, restam poucas dúvidas que os enfermeiros devem com precisão avaliar e comunicar riscos, mudanças clínicas, e preocupações. Na verdade, a transformação de momentos decisivos na doença, em momentos de cuidado capazes de favorecer a diminuição de incertezas, é descrita como diretamente relacionada com inúmeros contextos e diferentes fases, dos planos terapêuticos. Atualizando e documentando com precisão o cuidado prestado, identificado como necessário e passível de ser transitado e continuado (Risks, 2015).

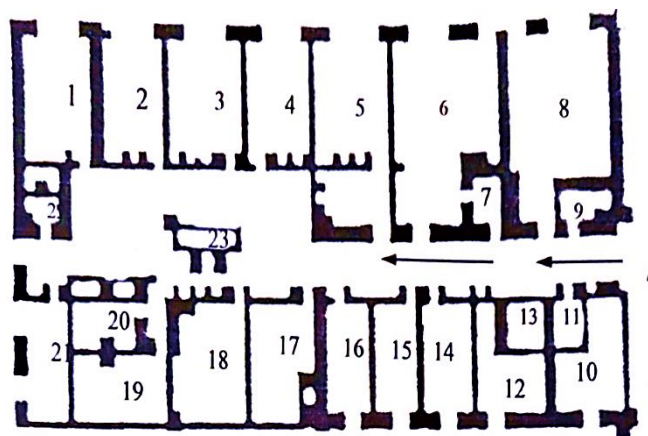
Saber comunicá-lo é, neste contexto, apenas uma parte da equação.

Assim, devo descrever alguns pormenores contextuais. A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), é uma unidade funcional de cuidados intensivos e intermédios, para PSC do foro cardíaco.

Destina-se à vigilância e tratamento de PSC devido a patologias cardíacas potencialmente reversíveis, utilizando para tal, meios humanos especializados e meios técnicos complexos.

É um serviço que data já longa história, estando diretamente ligado às Misericórdias de Portugal no passado, nomeadamente no Hospital Velho, em pavilhão anexo ao edifício principal. Desde julho de 1997 que foi transferido para as atuais instalações, no Hospital São Teotónio, estando a unidade situada no piso 3 e é constituída por três áreas funcionais: uma área de cuidados intensivos, uma unidade intermédia e a sala de implantação de pacemakers.

A área de cuidados intensivos abrange cinco quartos individuais, com cama articulada, braço técnico que suporta monitor cardíaco, rampa de oxigénio, de aspiração e outro material diverso. A unidade intermédia, abrange uma sala com três camas individualizadas por cortinas, com monitor cardíaco, rampa de oxigénio e aspiração. A sala de implementação de Pacemakers é constituída por uma adufa para desinfeção e pela sala de implantação, a qual contém uma mesa operatória fixa e manobrável, intensificador de imagem, desfibrilhador, rampa de oxigénio e aspiração e uma bancada para preparação de material (Figura 3).



**Figura 3 – Mapa UCIC**

Legenda:

1 a 4 - Quartos individuais; 5 - Quarto de Isolamento; 6 - Sala de Implantação de Pacemakers ;  
 10 a 15 - Área do pessoal (Vestiários, Gabinetes, Copa); 16 - Sala de Recobro; 17 – Armazém de  
 Material; 18 - Sala de Trabalho de Enfermagem; 19 - Zona de Sujos; 20 – Zona de Limpos; 21  
 - Gabinete Enfermeira Chefe; 23 – Balcão Central

Cada unidade é constituída por uma cama articulada eletrónica com colchão anti escaras, dois braços, num dos quais suporta todo o equipamento ventilatório potencialmente necessário, rampas de oxigénio, equipamento de aspiração e monitorização com monitores “*Easy Touch*”. Em módulos independentes e suplementares, é possível fixar bombas e seringas perfusoras. Fazem ainda parte da unidade do cliente três mesas de apoio com todo o material necessário à prestação de cuidados.

O posto de enfermagem está situado numa zona central, e possibilita visualização de quatro unidades proximais, sendo a vigilância das outras unidades feita com o auxílio de uma câmara com sistema de vídeo vigilância.

Todas as unidades estão ligadas a um sistema informático que permite a vigilância da monitorização dos parâmetros vitais dos utentes.

Na sala de trabalho de Enfermagem, estão acondicionados fármacos e material de intervenção primária, sendo esta área dotada de condições para a preparação de fármacos; é o local de eleição para os momentos de passagem de turno e transmissão de informação.

O objetivo geral deste serviço é: “proporcionar cuidados de qualidade aos utentes de alto risco cardíaco, salvaguardando a vida e o bem-estar dos utentes e dos seus familiares e promover a qualidade de vida para além do internamento” (Guia de Integração de Enfermagem da UCIC) .

Com estes propósitos, definiram-se segundo o mesmo guia de integração ao serviço os seguintes objetivos específicos na unidade:

1. “Identificar os problemas e necessidades do utente através de uma colheita de dados multidisciplinar”;
2. “Desenvolver e executar um plano de cuidados em função dos problemas e necessidades identificados, tendo sempre em conta o envolvimento do utente e respetiva família”;
3. “Avaliar de forma dinâmica o Plano de Cuidados prescrito, de forma a verificar se os objetivos foram atingidos”;
4. “Promover um programa de ensino ao utente e respetiva família, no sentido da prevenção secundária da doença cardíaca e da promoção da saúde”;
5. “Estabelecer com o serviço de Cardiologia, laços de cooperação, no sentido de proporcionar ao utente, cuidados continuados”;

6. “Estabelecer com os cuidados de saúde primários, laços de cooperação, no sentido de proporcionar ao utente, cuidados continuados” (in Manual de Integração à UCIC).

Para facilitar a padronização de práticas, é um serviço que tem definidas e disponíveis guias de 17 procedimentos internos, desde o guião de integração de novos elementos, ao procedimento de gestão do armazém avançado e de consumo clínico, e a vários procedimentos de técnicas invasivas comumente realizadas no cliente internado no serviço (cateter venosos periférico, cateter venosos central, cateter arterial, cateterismo cardíaco e angioplastia coronária e implantação de dispositivos cardíacos, por exemplo).

Neste enquadramento, no que respeita à aprendizagem e à satisfação das competências que importam aferir em contexto académico, o delinear do caminho percorrido neste momento de aprendizagem particular, pode contribuir simultaneamente para uma melhoria na organização, sistematização, eficiência do cuidar.

Constituíram-se assim, como objetivos específicos deste estágio<sup>1</sup>, os seguintes propósitos:

- Aprimorar competências comunicacionais durante a transferência de informação entre na UCIC.
- Sensibilizar para a importância da comunicação eficaz nos momentos de transferência de cuidados, e de informação da Pessoa com doença cardíaca, e entre as diversas equipas de prestação de cuidados.
- Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados à PSC e família, em unidade de cuidados intensivos.
- Identificar prioridades de intervenção para a prestação de cuidados personalizados e diferenciados à pessoa em estado crítico e família, atendendo às múltiplas necessidades da pessoa com doença cardíaca;
- Conhecer padrões e normas de prática clínica, relevantes para a segurança e continuidade dos cuidados, na unidade de hemodinâmica e na UCIC;

---

<sup>1</sup> Estágio em contexto de unidade de cuidados intensivos

- Identificar prioridades de intervenção para a prestação de cuidados personalizados e diferenciados à pessoa em estado crítico e família, atendendo às múltiplas necessidades da pessoa com doença cardíaca;
- Aprofundar os conhecimentos científicos e técnicos do diagnóstico, e sobre a abordagem terapêutica na doença coronária;
- Aprofundar o conhecimento sobre o material utilizado em intervenção cardiovascular e critérios para a sua seleção;
- Compreender os objetivos da reabilitação cardíaca na fase I (Hospitalar), integrando as modificações eletrofisiológicas, dos valores séricos das enzimas cardíacas, dos efeitos psicológicos e da condição física individual, do cliente internado na UCIC;
- Gerir a sintomatologia associada aos quadros de isquemia ou de insuficiência cardíaca, implementando intervenções de Enfermagem adequadas;
- Contribuir para a identificação de défices de conhecimentos e/ou capacidades, do cliente com doença cardíaca e/ou do cuidador, acerca do conhecimento da doença, da modificação dos fatores de risco e da integração em programas de reabilitação cardíaca futuros;
- Avaliar os resultados associados às intervenções realizadas no decorrer do estágio, e entender o contributo que a prática reflexiva possibilita para transformações do processo de cuidar, aprimorando práticas;
- Demonstrar, através de análise crítica, competências próprias de Enfermeiro Especialista, nomeadamente no que concerne ao pensamento crítico, qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional, enquadrando as vivências de prática tutelada.

Sem querer menosprezar o papel de toda a experiência de base, nos cursos académicos que me configuraram o título de enfermeira, passarei então a enunciar, o conhecimento aprofundado que fui enaltecendo, tendo em conta competências clínicas

especializadas, relativas a este campo de intervenção, também ele tão especializado e especial.

## 2.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS

A complexidade e a combinação dos processos, as tecnologias e a própria essência humana, agregam num contexto de aprendizagens a cultura de aquisição de conhecimentos num verdadeiro continuum.

Neste capítulo, não haverá comparação com o momento anteriormente apresentado, quanto à aquisição de competências. Porque há um autêntico processo único de aprendizagem, em cada ambiente e contexto multideterminados e que, refletem apenas, consequências cumulativas de uma intenção sempre positiva de melhor cuidar.

Partilha, contudo, os mesmos quatro domínios ou competências que se esperam atingir e refletir, nomeadamente:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados, e
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### 2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

A experiência passada, presente e futura (enquanto aspiração e necessidade) intervêm nas ações de todos os intervenientes num processo de cuidado, numa verdadeira coprodução, alicerçada em capacitações e em identificação de novas oportunidades (Newton, Llewellyn & Hayes, 2019)

Assim tentei integrar esta nova equipa. Centrando esforços numa responsabilidade partilhada, numa disposição conjunta para o trabalho de grupo e em estratégias de

superação de barreiras, constituindo formas potencialmente transformadoras quer dos usuários dos serviços de saúde, quer dos prestadores de cuidado, como parceiros.

Sublimei essencialmente desde o primeiro turno que uma boa comunicação é crítica para um bom ambiente terapêutico e relacional.

Em bem da verdade, certo é já (conforme já explanei no capítulo prévio), que o valor terapêutico da comunicação eficaz, nem sempre foi reconhecido (Cook, 2018). Uma adequação a realizar e que espero ter conseguido superar, privilegiando a satisfação possível nas interações que estabeleci, traduzindo qualidade em atitudes, emoções ou sentimentos e, fundamentalmente, no cumprimento de necessidades, preferências e/ou expectativas, de cada Pessoa considerando variáveis situacionais.

A minha responsabilidade refletiu-se então, de variadas formas, pautada igualmente pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade. Desde pelo cumprimento de horários, ao assumir ações e atitudes, bem como pelo questionar outros quando existem dúvidas, reconhecendo assim os limites de competências ou de um papel.

Obviamente que com o evoluir do tempo, o sentimento de confiança e competência se foi aprimorando e instalando, fruto da evolução e da aprendizagem. Senti-me responsável pelos meus atos e penso que o transmiti na minha forma de estar e atuar, reconhecendo a PSC, como ser individual, único e dotado de um conjunto de valores, crenças que tem de ser respeitados e valorizados. Porque o “salvar vidas”, não implica ignorar a Pessoa de quem cuidamos nem os seus e similarmemente, quem conosco salva também.

Aprimorei competências na admissão e colheita de dados, completando uma parte essencial do processo de enfermagem, realizando concomitantemente a identificação de familiares.

Assisti a pessoa no decurso das perturbações emocionais que atendem quando é diagnosticado algo para o qual não possui informação. Furneci informação e expliquei tudo o que se passava, e senti que estas explicações tranquilizam qualquer Pessoa, possibilitando o reconhecimento de alguém com quem pudessem estabelecer confiança, atenção máxima e permitindo a integração do próprio no processo terapêutico.

Uma forma de conceber o processo de cuidar tendo em consideração estes pressupostos poderá passar por identificar diferentes elementos deste processo, considero. Neste contexto denotei uma preocupação acrescida na minha prestação de cuidados, para com a segurança e qualidade que incuti a cada ato no ensino clínico, de forma a evitar ou minimizar, possíveis danos, e como objetivo o alcançar resultados de saúde ótimos, consolidando práticas que reunissem conhecimentos, habilidades e recursos adequados/necessários.

Mais ainda, respeitando as recomendações de que, a necessidade de fortalecer a prestação de cuidados de saúde síncronos, interligados com a Pessoa, e sobretudo compassivos, é prioritária. Em particular para PSC em ambiente hospitalar, quando a gestão da dor é essencial para cuidados de saúde individualizados e por isso considerados, devidamente qualificados, com particular escrutínio dos aspetos relacionais do cuidado, como dignidade e compaixão ou gentileza (Blomberg et al., 2016)<sup>2</sup>.

Contextualizando esta problemática, importa aferir o conceito de incerteza, enquanto falta de capacidade de determinar o significado de eventos; conjugando uma incapacidade na determinação de resultados clara, e para as dificuldades na atribuição valorativa a algo (Liehr & Smith, 2014).

Na área da PSC há de facto indicadores de que, numa trajetória de doença sustentada, a imprevisibilidade no início, duração e intensidade dos sintomas, está relacionada com a perceção de incerteza. Pela sua natureza ambígua, mas sobretudo pela dificuldade de determinar o significado das sensações físicas (Sousa, Martins & Pereira, 2015).

A reflexão sobre esta temática, implica, portanto, direcionar a análise para a identificação de habilidades de superação de dificuldades ou limites, que essa situação apresenta, sabendo que não há padrão e nem forma coletiva de lutar, competir com sucesso ou em igualdade de condições, e de lidar adequadamente com determinada situação, como espelho dessa significância individual.

Importa, pois, considerar, as duas categorias de estratégias de *coping* básicas, que os estudos mais recentes vinculam: as estratégias voltadas para a resolução do

---

<sup>2</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

problema, e as orientadas para a regulação da emoção, que a Enfermagem consegue (Forte, 2020, p.1-7). Nomeadamente no que diz respeito à integração de elos de ligação, cuidadores/família, em presença física nos serviços. Participando voluntaria e ativamente quer na definição de planos de cuidados, quer nos próprios cuidados em si (Blomberg et al., 2016).

Na UCIC, embora coexistam contactos diretos, telefónicos com familiares ou elos de ligação, a verdade é que não há nem a mesma participação nem suporte de outrora. É crucial pois, que não se perca nesta altura pandémica, a noção clara do papel preponderante da integração da família nos cuidados, pela alteração de hábitos e padrões da prática de cuidar e de vida da PSC com doença cardíaca, durante e após o internamento na UCIC. O foco “Gestão de Telefone”, permite monitorização desta questão, privilegiada pela existência de um tablet que possibilita videochamadas.

Contudo, o tempo em que há estabelecimento de diálogo entre familiares/cuidados e profissionais cai em detrimento do contacto com o cliente.

Por outro lado, sendo a alta clínica estabelecida pela transferência para o serviço de Cardiologia, e não para o exterior, também esse investimento encontra barreiras de operacionalização e processamento efetivo.

Considero, pois, neste sentido, que os profissionais de saúde precisam de explorar na UCIC, a cada momento, esse sentido agora transformado no cuidar. Despertar cada vez mais para a importância de cada intervenção na fase aguda, para os outcome clínicos, psicológicos e sobretudo para uma real efetivação da diminuição de fatores de risco cardiovascular, de gestão de esforço, e de adaptação de estilos de vida. Sobretudo porque a pessoa em situação crítica não existe sozinha; tem consigo, maioritariamente, a família, que vivencia mudanças, por vezes drásticas e dramáticas dos seus padrões habituais e muitas vezes do seu próprio estado de saúde. E este apoio deve ser realizado, e foi realizado por mim durante o estágio, de forma adaptativa, questionando se poderia ajudar a colmatar esta falta imposta pelas diretivas pandémicas.

Como tal, o desenvolvimento de técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde da PSC com doença cardíaca, releva-se essencial. Estabelecendo um paralelismo com a evidência recente de que, embora seja este um

processo difícil, facilmente se resolve e permite prossecução dos objetivos relacionados com um cuidar holístico (Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019; Twigg et al., 2019)<sup>3</sup>.

Para além disto, e do ponto de vista deontológico, parece-me pertinente reconhecer que na presença situações complexas, nem sempre é fácil realizar o que se preconiza teoricamente per si. É uma questão, a meu ver, fulcral e transversal a todos os locais de prestação de atenção à Pessoa em situação crítica. Pelo que o valor do estar presente, da escuta ativa, do estar disponível, estabelecendo o toque ou formas de comunicação não verbais que demonstrem presença e colaboração máximas, pode ser bem demarcado e determinante (Blomberg et al., 2016).<sup>4</sup>

Com este propósito, forneci informação e expliquei tudo o que se passava a cada Pessoa, e senti que estas explicações tranquilizam, possibilitando simultaneamente o reconhecimento de alguém com quem pudessem estabelecer confiança, atenção máxima e permitindo a integração do próprio cliente no processo terapêutico. Dando primazia aos valores universais igualdade e liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem de cada Pessoa e no fundo um bem comum.

Para além da verdade e justiça, do altruísmo e da solidariedade, assim como da competência e do aperfeiçoamento profissional que se encadeiam neste processo de empatia e profissionalismo de acordo com os Princípios Éticos Internacionais em Cuidados de saúde.

### **2.1.2 Domínio de Competência: Melhoria da Qualidade**

Face às exigências cada vez maiores dos padrões de qualidade na assistência em saúde, a frequência neste estágio implicava sobretudo pelos objetivos específicos do próprio serviço, uma prática na satisfação da PSC, na promoção da saúde e na prevenção de complicações relacionadas com o internamento na UCIC.

Promovendo o bem-estar e a promoção do autocuidado, considerando readaptações funcionais e uma organização dos cuidados especializados, com base na

---

<sup>3</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>4</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1A

prevenção e controlo da infeção, e no cumprimento de normas, procedimentos e protocolos bem definidos.

Sendo assim, norteei a ação com base na maior cultura de segurança possível, atendendo a riscos nos vários contextos da prática de Enfermagem intensiva e avançada, seguindo recomendações fortes sobre a importância da identificação de fatores de risco, e do tentar conhecer e até implementar medidas preventivas suplementares, evitando sofrimentos desnecessários ou acrescidos (Hesselink et al., 2016).<sup>5</sup>

No decorrer do estágio pude efetivar e cumprir várias normas de qualidade da UCIC, nomeadamente identificando a existência de escalas de avaliação de risco de queda e de desenvolvimento de úlceras de pressão, e respetiva implementação de cuidados consoante o score; ou pelo cumprimento de medidas que permitissem evitar a infeção; pela administração de terapêutica segura; pela separação adequada dos lixos, entre muitos outros.

Muitas décadas já se passaram desde os primeiros trabalhos seminais nesta área, no entanto, a pesquisa que examinei acerca da associação entre a combinação de habilidades e os resultados clínicos qualificados, permanece em estádios exploratórios. Evidenciado pelo número de resultados estudados e o número de resultados não significativos (Twiggg, et al., 2019)<sup>6</sup>.

Resultados sensíveis aos cuidados qualificados de Enfermagem, em ambiente de cuidados intensivos são o tempo de internamento, a prevalência de úlcera gástrica / gastrite / sangramento gastrointestinal superior, de enfarte agudo do miocárdio, uso de contenção física, taxa de pneumonia, sepsis, infeções do trato urinário e da corrente sanguínea associada a cateterismos venosos e arteriais... bem como taxas de mortalidade, lesão por pressão, quedas e lesões por quedas, trombose venosa profunda, complicações do sistema nervoso central, insuficiência pulmonar ou embolia pulmonar, erros de

---

<sup>5</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

<sup>6</sup> A pesquisa é atormentada por questões metodológicas (por ex., muitos estudos baseiam-se em dados administrativos secundários para recodificar diagnósticos de alta de clientes em eventos adversos, com base em diferentes medidas e definições para múltiplas variáveis de equipe e combinação de habilidades), reduzindo a comparabilidade de resultados e dados e processos de codificação.

terapêutica, distúrbio fisiológico / metabólico, inadequado controle da dor, entre outros (Twigg, et al., 2019; Gardner, Mitchell, Beckingham, & Fasugba, 2014)<sup>7</sup>.

A UCIC não é, pois, um serviço fácil na delimitação destas problemáticas, tal como é quase impossível estar constantemente silencioso e calmo. É preenchido com a atividade multifacetada de qualquer unidade de cuidados intensivos. Definido sobretudo pela gravidade aguda da doença, e pela quase imprevisibilidade das flutuações e complicações decorrentes dos processos patológicos, representando um desafio para os padrões de prática e de produtividade.

Cuidar da PSC em cardiologia , por exemplo num quadro de enfarte agudo do miocárdio, em combinação com as comorbidades que maioritariamente apresentam (obesidade, hipertensão arterial, doença pulmonar crónica, diabetes mellitus, etc.), é muito complexo.

A variação de idades é algo que aumenta ainda mais essa complexidade, sendo ainda considerável. Existe uma predominância de PSC do sexo masculino, pelo que pude constatar, mas quase que proporcional entre os 50-60 anos, e com mais de 80 anos de idade. Verifiquei ainda que parece existir maior prevalência de doença cardíaca aguda com necessidade de tratamento intensivo, cada vez mais cedo, porém.

Presenciei muitos quadros de mio pericardite e enfarte agudo do miocárdio, em pessoas com Índice de massa corporal elevado; talvez devido aos estilos de vida modernos, e à assincronia entre uma literacia em saúde que deveria ser crescente e uma promoção da saúde deficitária. Consequentemente estes achados (puramente experienciais), poderão suportar a questão problemática de cada vez se ter de lidar mais com um aumento da duração, da cronicidade da doença cardíaca.

Ditam as guidelines mais atuais, que a prática clínica da PSC em cardiologia, se deve mesmo sustentar num investimento financeiramente avultado em episódios agudos, para diagnóstico e tratamento, mas descontinuados numa fase de reabilitação precoce, levando a aumentos de recidivas e à descredibilização do processo terapêutico holístico, baseado em resultados positivos e a longo prazo. A Enfermagem poderá aqui ter cada vez mais um papel crucial, pela ação ativa na reabilitação cardíaca e atendendo às

---

<sup>7</sup> Grau de Recomendação Forte- Nível Evidência 1 A

necessidades educacionais do cliente e família/cuidador. Os objetivos de um serviço deste alcance, deverão centrar-se na reabilitação de fase I cardíaca, consoante ditam as guidelines mais atuais ( Byrne, Harvey & Baldwin, 2021; Fernández-Rubio, 2021).

Segundo estes autores, os cuidados ser realistas e focados nos componentes necessários para a sobrevivência , mas também para a recuperação. A informação deve ser dividida de forma eficiente pelo máximo de profissionais, como aprendi com o Enfermeiro Silva, meu tutor de estágio e Enfermeiro Especialista em Reabilitação. Antes de terem alta da UCIC, após uma média de dois dias de internamento, a PSC do foro cardíaco deve já conseguir identificar o seu diagnóstico, compreender a adaptação do seu nível de atividade, reconhecer os sinais de alerta de agravamento clínico, saber pedir ajuda e relatar qualquer dor cardíaca.

A equipa de Enfermagem, com base na telemetria e nas tecnologias à disposição, poderia começar a identificar e discutir precocemente materiais educacionais, nomeadamente considerando a família e ou cuidador e as metas de cuidado, promovendo informações sobre o reforço da educação sobre medicamentos, prescrições de atividade e deambulação e essencialmente quanto à modificação de fatores de risco cardiovascular (Fernández-Rubio, 2021).

Há, contudo, um esforço já percecionado nesse sentido, pela curiosidade que se vê já despertar no serviço por esta área.

Definir metas educacionais mais elevadas parece-me, contudo ainda irreal, pelos obstáculos para o estabelecimento da prática colaborativa ainda presentes por exemplo em alguns elementos da equipa médica. A não partilha diária da informação discutida em reunião médica, e a não inclusão de um representante da equipa de Enfermagem nesses momentos, condiciona uma compreensão incompleta e profissional da prática de Enfermagem.

Esta mudança de comportamentos urge pela evidência clínica correlacionada na prática síncrona e em tempo real de diferentes áreas na PSC com doença cardíaca. O controle de arritmias, da falha de bomba e a própria limitação e extensão de um enfarte, , por exemplo, podem ser potenciadas por uma maior reflexão e explicação de achados clínicos. As funções de enfermagem seguiriam um caminho semelhante. Tal como é evidente que os médicos não podiam observar continuamente os monitores de ECG, e de que ritmos letais foram precedidos por ritmos “*warning*”, é também certa a dependência

da disponibilidade e qualidade profissional dos Enfermeiros que exercem funções nestas áreas (Hashmi, et al., 2020; Carvalho, et al., 2015).

Ler sobre evidências em relação a cada subtema e de forma integrada tentar adaptar recursos e estratégias de qualidade às normas e protocolos instituídos no serviço foi preponderante na minha evolução. Destaco, exemplificando, que embora sendo Enfermeira na área da emergência, primei por ex., por privilegiar a preparação e administração de fármacos na presença dos enfermeiros tutores, nomeadamente nos primeiros turnos. Tive o cuidado de confirmar prescrições médicas (medicamento, posologia, diluição e via de administração), e a identificação inequívoca, o que tenho consciência que poderia ter facilitado muitas vezes, mas que insisti em realizar, pela consciência de que são práticas bem descritas como essenciais para aumentar a segurança efetiva no cuidar (Burger & Degnan, 2019; Rickard, 2015)<sup>8</sup>.

Talvez melhores condições físicas e estruturais sejam também emergentes no serviço (pela necessidade premente de um espaço amplo, de promover uma área de admissão e recobro bem isolada e capacitada para apoio à sala de implantação de pacemakers, permitindo por exemplo tirar clientes do corredor, evitar acumulação de macas lado a lado, sem condições de privacidade ou espaço capaz de cumprir as distâncias aconselhadas pela Comissão de Controlo de Infeção, por ex.).

O espaço da unidade, de uma forma geral tem ainda como acréscimo algumas dificuldades de acessibilidade visual global de todas as unidades assistenciais, mas a televigilância colmata muitas das prioridades a enumerar. Diminui um pouco uma maior rapidez e eficiência na chegada à PSC, e mesmo alguma limitação durante a prestação de cuidados, por implicar ausência de campo visual de todos internados em simultâneo, dados também os ratios de clientes-profissionais atualmente presentes.

Sabe-se que as unidades em espaço aberto incrementam uma maior garantia da qualidade de cuidados de vigilância (Fernández-Rubio, 2021). Poderia ser esta uma alteração futura nas instalações.

Porém, associado à distribuição espacial está também inerente a questão da disponibilidade de equipamentos necessários a uma boa prática, particularmente quanto

---

<sup>8</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 B

ao controle de infeção. Durante o estágio ainda presenciei a instalação de um lavatório na Enfermaria que compreende a Unidade Intermédia, facilitando a adesão às normas de prevenção e controle de infeção vigentes, e contribuindo diretamente e, em conjunto, para a diminuição dos focos de infeção, facilmente percecionados como relevantes e pelas comorbidades associadas a estas PSC, as quais potenciam riscos acrescidos.

Segundo as evidências científicas recentes, particularmente nas intervenções associadas a dispositivos invasivos (os quais determinam a necessidade de seguir com primor bundles específicas)<sup>9</sup>. Pelo que maximizei e sensibilizei ao máximo, cuidados inerentes à higienização das mãos, precauções de barreira, antisepsia e otimização do local de inserção de dispositivos e revisão diária da sua necessidade (Vala 2016; DGS 2015; Silva 2014).

Mais ainda, este contexto pandémico, vincula ainda mais preocupações acrescidas quanto à disposição do material em específico nas unidades, nos circuitos e quanto a novas acessibilidades inclusive e dinâmicas.

Similarmente, o facto de existir alguma mobilidade diária da PSC em internamento, pelo curto tempo de internamento em média em UCIC e pela deslocação interna para realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutico (MCDT), por ex., gera uma dinâmica de gestão de pessoal e cuidados limitadora na planificação de cuidados individualizados, calmos e seguros.

Embora haja uma distribuição individual de clientes, a cada turno, por enfermeiro, de forma a permitir atribuir responsabilização dos cuidados, na prática os cuidados são partilhados por estes mesmos desafios e necessidades. Ao desenvolver competências a nível da UCIC pude refletir sobre esta assistência multidisciplinar, que coexiste com uma necessidade de prestar cuidados de saúde, acessíveis em tempo oportuno, e se possível, num quadro de desenvolvimento de práticas direcionadas para a diminuição de erros e de garantia de qualidade máxima.

A telemetria permite sem dúvida, acrescentar um adequado e pertinente acompanhamento clínico de todos os clientes, promovendo no serviço uma grande satisfação, entre todos os profissionais e utentes, e ir de encontro às mais recentes

---

<sup>9</sup> Silva 2014; DGS 2015;Vala 2016

guidelines relativas à melhoria contínua da qualidade, e de igual forma otimizando a racionalização de recursos (Amiri, Khademian & Nikandish, 2018; Bucknall, et al., 2017)<sup>10</sup>.

Neste contexto de prática assistencial, segundo Keuseman, & Miller (2020), apesar de décadas de esforços neste âmbito da melhoria de cuidados, baseados em avanços tecnológicos e científicos, a verdade é que há ainda situações bem identificadas, como as quedas, que continuam a ser uma causa major de danos em hospitalizações. Apesar de toda esta tecnologia que aumenta vigilância e monitorização.

Na UCIC, pelos recursos disponíveis, e boas práticas, o risco está bem reduzido. Por exemplo, a manutenção da cama em altura diminuta, o uso das grades laterais de proteção e a identificação à priori na admissão do risco de queda, demonstrou excelência no cuidar na UCIC, também pela avaliação individualizada de fatores de risco específicos do cliente, associada a fatores situacionais e ambientais.

Quanto a outro aspeto relacionado com a segurança, a medicação, pesquisei bibliografia acerca dos fármacos prescritos à PSC internada e a quem prestei cuidados, nomeadamente os mais utilizados para prevenção da formação de trombos coronários, tais como os anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. Administrei esta terapêutica, despistando efeitos secundários, e realizei ensinamentos aos utentes acerca da importância da continuação da toma desta medicação no domicílio.

Contudo, não deixei de tentar perceber a normalização de práticas seguras que possam contribuir para a redução do erro, associado a estas práticas específicas. De acordo artigos recentes, um em cada quatro destes incidentes estão relacionados com medicamentos LASA (Lizano-Díez et al., 2020; Gettel et al., 2020; Amiri et al., 2018). O que pude constatar foi que, quanto a esta questão em particular, os fármacos estão devidamente identificados e organizados na UCIC, pelo que mais uma barreira está bem limitada.

Há que considerar efetivamente, porém, a concretização de uma monitorização de intervenções a outros níveis, aparentemente classificadas como de rotina, mas que constituem verdadeiros indicadores de qualidade e segurança (Recio-Saucedo et al., 2018)<sup>11</sup>. Embora já existam várias normas vigentes de boas práticas, e processos de

---

<sup>10</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 B

<sup>11</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

auditoria bem delineados, como os supracitados e outros relacionados com o controle de infecção de acessos vasculares. Nesta área, poderão investir ainda mais, penso, através da monitorização da efetivação de boas práticas já protocoladas e que são inúmeras. Como consequência não duvido que advirá uma excelente qualidade dos cuidados em saúde, certamente reconhecida num futuro próximo, dada a relação destes conceitos entre si e o esforço diário de que fui testemunha.

A liderança, por sua vez, na UCIC assume esforço considerável, integrando uma preocupação com os processos interpessoais a cada decisão. Pela gestão de material necessária, bem como de recursos humanos. Com a atribuição de responsabilidades aos responsáveis de turno, e à calendarização anualmente definida para execução de algumas tarefas está direcionada para a motivação crescente e a responsabilização partilhada; foi com satisfação que o presenciei.

Da minha parte, tentei demonstrar ser capaz e com experiência em crescendo, possuidora de conhecimentos e competências compatíveis com os cuidados específicos que a Pessoa em situação crítica necessita, realizando essa autoavaliação periodicamente e questionando os Enfermeiros tutores acerca da minha prestação de cuidados e integração ao estágio.

Espero ter contribuído de alguma forma, para uma maior consciência de que há que reconhecer que os erros são indissociáveis da Pessoa. Da ação. E que a evolução se faz pela mudança de paradigma, que não os de negação ou culpabilização, sobretudo centradas em práticas que minimizem os seus riscos de repetição, pela abordagem do sistema como crítico e como um todo, numa realidade em que os humanos são considerados falíveis, os erros esperados e a organização se centra, em primeira instância, na minimização de falhas latentes (Streimelweger et al., 2015)

### **2.1.3 Domínio de Competência: Gestão de Cuidados**

Sendo esta Unidade um serviço muito diferenciado foi fundamental a integração permitida e sustentada pelos meus tutores de estágio a quem só tenho a agradecer; bem como a toda a equipa, pela sua excelência pude prestar cuidados com qualidade, competência e alguma autonomia.

A observação direta, a manipulação de equipamento técnico e a participação nalgumas técnicas invasivas, constituíram boa base para o aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos. Principalmente pelo desenvolvimento de um poder de observação atento, minucioso e cuidadoso, crucial num bom atendimento a clientes com insuficiência cardíaca, e por vezes multiorgânica.

Todo este processo permitiu que as dificuldades sentidas inicialmente se fossem diminuindo, aumentando assim a confiança e a autonomia na prestação de cuidados.

Ao colaborar e executar a prestação de cuidados diretos à PSC neste serviço, fui desenvolvendo a capacidade de identificar em tempo útil necessidades, através da observação constante de estado de consciência, nível de sedação, parâmetros hemodinâmicos, traçado eletrocardiográfico, equilíbrio hidroeletrólítico e muitos outros aspetos, incluindo registos pormenorizados.

Neste âmbito, beneficiei da decisão de delegação de tarefas pelos Enfermeiros tutores, o que tanto implicou maior responsabilização pelas mesmas, como constitui um verdadeiro dever deontológico de excelência, como Enfermeira aspirante aos graus académicos e profissionais a que me proponho.

O bom ambiente da equipa contribui nesse sentido para diminuir barreiras e erro humano. Contudo, na UCIC existe uma grande limitação do tempo disponível para a prestação de cuidados em alguns momentos específicos, nomeadamente no turno da tarde, pela diminuição de profissionais afetos ao turno. Tal requer uma adequada tomada de decisão para uma consciente delegação de tarefas. Sem o auxílio proporcionado pelos colegas, num verdadeiro espírito de entajuda, não seria possível a partilha de algumas responsabilidades e intervenções na equipa. Consequentemente ficaria comprometido a qualidade dos cuidados prestados, pois seria impossível cumprir o plano de cuidados estabelecido no tempo útil do turno.

Cumulativamente, esta correlação de disponibilidades influencia muitos desfechos na doença crítica, principalmente relacionados com taxa de mortalidade hospitalar ( Twigg et al, 2019; Downey et al., 2018; Driscoll et al., 2018) <sup>12</sup>.

Deste modo, os Enfermeiros responsáveis de turno e a Enfermeira Chefe detinham uma árdua tarefa de avaliar cada turno, cada situação, e distribuir

---

<sup>12</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

uniformemente os Enfermeiros pelos clientes internados, tendo em conta a especificidade de cada PSC, e permitindo assim formular diagnósticos adequados e guiar as intervenções individuais e coletivas, para que em passagem de turno, e em grupo se avaliassem os resultados obtidos face aos esperados.

E isto é tradução de uma boa gestão do cuidar (Twigg et al., 2019)<sup>13</sup>.

Foi nesta dinâmica que me integrei, realizando ajustes quase ao minuto, e aprimorando rotinas e tarefas sem atraso; preparando intervenções com antecedência, numa antevisão de necessidades ou alterações possíveis, em vagas, estados clínicos ou distribuição de profissionais, numa tentativa individual de colaboração e eficácia constante; o que me permitiu não só para contribuir em diferentes formas de gestão, mas também ganhar agilidade técnica na preparação dos materiais e equipamentos; descobrir principais dificuldades ou falhas na preparação dos mesmos; desenvolver o pensamento crítico e a tomada de decisão (sobre o que eventualmente seria necessário perante o diagnóstico clínico).

Para além disso, pude constatar, pela reunião de experiências, que a PSC admitida na unidade partilha muitos diagnósticos de enfermagem, como por exemplo: dependência para o autocuidado de higiene e uso de sanitário, inadequada alimentação e hidratação, expetoração ineficaz, dependência no posicionar-se, risco de queda, compromisso cardíaco, risco de compromisso metabólico, entre outros. Relativamente às atitudes terapêuticas, também existem algumas que são standard tais como: cateter urinário, cateter arterial e monitorização/vigilância da PSC.

Neste contexto e refletindo em particular neste foco de atenção, percebo que existindo um programa informático específico para registos e levantamento de focos de atenção e planeamento de cuidados, a equipa de Enfermagem, para cada diagnóstico e atitude terapêutica planeia as ações em regime de horário pré-estabelecido, e normatizado por protocolo do serviço. Contudo, as intervenções diárias são sempre realizadas de acordo com as necessidades de cada cliente em tempo real, e não generalizadas ou tendencialmente registadas em formato pré-definido, de escrita livre. O plano é ajustado sempre que necessário e, quanto aos registos, a padronização está então bem patente e estabelecida, exceto nos momentos de passagem de turno.

---

<sup>13</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

Dita a literatura que a existência de normas/protocolos de procedimento relativas às várias intervenções autónomas e interdependentes desenvolvidas e a preocupação constante por parte da equipa na sua atualização facilita esse processo (Twigg et al.,2019)<sup>14</sup>.

Este foi um campo em que tive de tentar sensibilizar, sobretudo demonstrando; ou seja, pondo em prática uma ferramenta que permitisse padronizar o enunciar de informação, enquadrar sistematicamente clientes e planos de cuidados, e evoluindo ao longo do estágio. Pedindo opiniões, tendo em consideração diferentes perspetivas, e construindo um verdadeiro instrumento único de recolha e transmissão de informação.

Considerar a dor como quinto sinal vital foi concomitantemente reflexo de uma preocupação na gestão dos cuidados, também presente em toda a equipa. Como tal o alívio da dor e do sofrimento é sempre uma das prioridades no atendimento à Pessoa, englobando vários determinantes e alicerçada numa perspetiva o mais holística possível.

Cabe quanto a este parâmetro referir e sublinhar que “a gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, registos sistemáticos e valorização da sua importância”. Segundo Mota et al, 2020, algumas barreiras associadas à avaliação da dor como estado mental, a redução de graus de atenção da pessoa e dificuldades de comunicação, bem como graus de ansiedade, influenciam a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação de cada individuo. A cada estado fisiológico individual, associam-se alterações ambientais (nomeadamente nas rotinas do quotidiano), nutricionais, limitações temporais e até de perceção, por estados confusionais ou padrões de comunicação desiguais. Compreender como a hipóxia, hipovolémia, hipotensão arterial, hipoglicémia, desequilíbrios eletrolíticos, efeitos adversos de alguns medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central, interferem no processo de vivenciar episódios de dor, torna-se crucial para a sua boa gestão, pelos enfermeiros (Mota, et al., 2020).

Deste modo, considere como sendo de vital importância, o conhecimento dos fatores de alívio e de agravamento da dor, as estratégias de coping já utilizadas pelo próprio no passado, as implicações da dor nas suas atividades de vida, e se já tomou medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor e se surtiram efeito.

---

<sup>14</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

E, relativamente a esta temática, presenciei o uso adequado de escalas de dor na UCIC, em função dos diferentes momentos de intervenção pela equipa de Enfermagem, pelo que considero positiva esta capacidade dos Enfermeiros serviço em utilizar adequadamente as escalas da avaliação da dor, nomeadamente a escala de avaliação analógica e a escala numérica. Como resultados, e complementando os protocolos terapêuticos complexos que implicam intervenções de enfermagem interdependentes, o enfermeiro prescreve e implementa intervenções autónomas para gestão da dor e do bem-estar, com frequência na UCIC. Estas podem ser de foro cognitivo-comportamental; físico; ou de suporte emocional como observei.

Para além disso e para a prestação correta de cuidados na presença de dor, mobilizei conhecimentos de farmacologia, quanto a três principais grupos de analgésicos (opioides, não opioides e adjuvantes), ao seu mecanismo de ação, efetividade, formas de administração, duração da ação, efeitos adversos e interações medicamentosas. Sem estes conhecimentos seria impossível a gestão de medidas farmacológicas podendo até, e com isso, colocar a Pessoa em risco.

Relativamente às complicações cardiovasculares, vigiei minuciosamente a estabilidade hemodinâmica (pressão venosa central, frequência cardíaca e pressão arterial média) do cliente e geri fármacos vasoativos de acordo com prescrição.

Como forma de reduzir as complicações renais, vigiei o débito urinário horário e procedi ao balanço hídrico, gerindo o aporte hídrico e os diuréticos em função do balanço prescrito.

Contudo, reflito que, esta necessidade de avaliar os sinais vitais, e estados de bem estar, frequente impedem que a PSC concilie o sono e o descanso, o que provoca alguma ansiedade. Foi grande a preocupação que tive em tranquilizar e diminuir a ansiedade dos clientes, fornecendo informações precisas, com palavras de ânimo e apoio proporcionando um ambiente calmo.

De entre os vários diagnósticos médicos, por sua vez, o enfarte agudo do miocárdio (EAM) surge como principal entidade comum entre os diagnósticos de risco de vida na admissão à UCIC. As primeiras horas são críticas, pois a maioria das complicações ocorre durante esse período. Com o advento de novos biomarcadores, o planeamento dos cuidados de enfermagem baliza-se cada vez mais não só na sintomatologia e achados clínicos, mas também nas diretrizes que atualmente vigoram

nos critérios de diagnóstico, e inclusão de casos suspeitos. Os enfermeiros cumprem o descrito na literatura e preenchem lacunas significativas de tratamento na gestão dos fatores de risco de clientes com doença cardíaca coronária, reforçando ensinamentos e tentando identificar relações de causalidade<sup>15</sup> (Homauni et al., 2020; Anderson et al., 2016; Dalal, Doherty & Taylor, 2015).

Como tal, à avaliação da PSC, acresce a consulta dos registos médicos em S Clínico, e a consulta da evolução analítica, o que permite considerar abordagens adequadas e melhorar muito o prognóstico dos clientes internados.

Durante o estágio desenvolvi ainda, competências técnicas quanto à vigilância de possíveis complicações tal como a sensibilidade para o risco de repetição do enfarte e de arritmias. No sentido de despistar tais complicações, avaliei os sinais vitais de hora a hora, vigiei atentamente o traçado eletrocardiográfico e realizei ECG diariamente registando e comunicando qualquer alteração, avaliei a escala da dor e realizei ECG sempre que este referia um episódio de dor anginosa, ou em casos de alteração de ritmo.

Participei nos cuidados necessários após a realização do cateterismo cardíaco, vigiei atentamente o penso no local de inserção do cateter, no sentido de despistar uma possível hemorragia.

Vigiei os resultados analíticos dando especial atenção aos níveis séricos das enzimas ao longo do internamento. Esta avaliação e vigilância é de extrema importância. A subida do valor de creatininaquinase (CK) ou creatininafosfoquinase (CPK) têm início cerca de duas horas após o enfarte do miocárdio e atinge o valor máximo em 24 horas. Outras enzimas tais como as de mioglobina e da troponina plasmática, podem fornecer melhor informação sobre se existe enfarte nos estádios precoces da necrose dos tecidos. Conhecer os timings do pico destes marcadores enzimáticos, permitiu delinear cuidados como o levantar, a colaboração nos cuidados de higiene, ou uma possível ida aos sanitários, por exemplo.

Prestei cuidados de higiene e conforto à PSC, procedi à higiene oral, posicionei-os em diferentes decúbitos, melhorando a expansão pulmonar, permitindo uma melhor mobilização das secreções e prevenindo complicações decorrentes da imobilidade.

---

<sup>15</sup> Grau Recomendação Forte- Nível Evidência 1A

Vigiei o estado neurológico do cliente no sentido de despistar sinais de hipo perfusão cerebral, avaliando a Escala de *Glasgow* ou a Escala de *Ramsay*, o diâmetro, simetria e reatividade pupilar e vigiando a pressão intracraniana e a pressão de perfusão cerebral em situações específicas.

Para além disso, na UCIC, devido à multiplicidade e complexidade de procedimentos invasivos são frequentes infeções urinárias associadas à sonda vesical, e quadros de bacteriemias relacionadas com o cateter venoso central. Além destas infeções, a Unidade recebe por vezes utentes infetados ou colonizados.

Cumpri sempre com as normas instituídas pela comissão de controlo de infeção hospitalar, e verifiquei que a equipa de Enfermagem tenta, neste contexto, não perder o foco num atendimento que embora direcionado para o diagnóstico e consequente plano de cuidados, priorize o minimizar de erros, ou o descurar da humanização dos cuidados, evitando que qualquer condicionante se sobreponha às relações interpessoais com a PSC.

Noutra parametrização do cuidar, mais relacional, não assisti, porém, à efetivação de contacto com a família, pela equipa de Enfermagem conforme era planeado nos planos de cuidados e suposto<sup>16</sup>. No entanto, eram muito solícitos aos contactos que recebiam. Quer pela família, quer quando o cliente solicitava apoio para contactar os seus.

Penso que deveria existir alguma possibilidade de alguém constituir um verdadeiro elo de ligação, prestando inclusive informações relevantes sobre o estado do familiar ou amigo, num verdadeiro trabalho de equipa e, pelos motivos legais e de deveres e direitos de todos (profissionais de diferentes classes e restantes intervenientes no processo de comunicação), talvez numa responsabilidade partilhada entre a equipa médica e de enfermagem. Ou corre-se o risco de delegar para segundo plano, informações e dados relevantes para a transição de cuidados, na admissão e na alta, que muitas vezes só a família e/ou o próprio cliente podem fornecer.

#### **2.1.4 Domínio de Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais**

Amplamente descrita, está nesta conjetura de intensivismo, a importância do desenvolvimento de habilidades e conhecimentos capazes de garantir o reconhecimento

---

<sup>16</sup> Embora pese muito o facto de estarmos em plena era pandémica, e as normas instituídas de ausência de acompanhamento dos clientes no internamento hospitalar, pela necessidade de diminuir riscos e contágios.

precoce, e a resposta à deterioração fisiológica crítica. Agir tendo em consideração que por ex. a decisão de "não reanimar" não prejudica outras decisões de tratamento, denota e modula simultaneamente comportamentos centrados na adoção de estratégias em que as decisões de são sempre contextualizadas dentro do melhor e maior cuidado (Moffat, Skinner & Fritz, 2016)<sup>17</sup>.

E a minha experiência na UCIC assim se revelou: assumindo um cariz de imprevisibilidade e de exigência constantes, não só no momento da admissão, como também no decorrer das situações clínicas, mobilizando constantemente um conjunto de competências diferenciadas e especializadas, como o juízo crítico e gestão de prioridades aliadas à proficiência técnica e científica, de forma a ser capaz de dar resposta às necessidades da PSC. Tendo em consideração a contribuição interprofissional abrangente, a necessidade de treino específico dos protocolos e equipamentos, garantindo bases para um conhecimento clínico relevante, e para uma compreensão operacional. Maximizando qualidade e impacto benéfico na PSC (Jordan et al., 2016; Walsh et al., 2016)<sup>18</sup>.

Na UCIC a existência de um enfermeiro com conhecimentos e aptidões na área da Reabilitação permite um aprimorar desta máxima, possibilitando a efetivação da fase I da reabilitação cardíaca já em ambiente hospitalar, e logo após um evento cardiovascular ou conclusão de uma intervenção. Permite mensurar a capacidade física da PSC com doença cardíaca e a motivação para tolerar a reabilitação, e recuperar ao máximo. Começando por recolher a história clínica e avaliar características clínicas individuais, o trabalho do enfermeiro especialista em reabilitação, possibilita orientar planos de cuidados baseados na gestão do esforço, no treino e capacitação respiratória, no equilíbrio do gasto energético e nas capacidades funcionais. Há incentivo para o permanecer relativamente tranquilo por toda a equipa, mas sem dúvida que esta intervenção especializada, traz benefícios múltiplos, denotando por observação direta um maior controle inclusive do stress, talvez numa maior relação de auto confiança.

Em bem da verdade está bem descrito cientificamente este contributo, particularmente associando a reabilitação cardíaca está associada a inúmeros benefícios fisiológicos devido ao seu componente de exercício. O treino físico demonstrou aumentar o consumo máximo de oxigênio (VO<sub>2</sub>max), melhorar a função endotelial e melhorar o

---

<sup>17</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 B

<sup>18</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

fluxo de reserva miocárdica. Além disso, a reabilitação cardíaca pode reduzir o tabagismo, o peso corporal, os lipídios séricos e a pressão arterial. Revisões sugerem que a reabilitação cardíaca reduz internamentos e permite uma redução em longo prazo, na mortalidade (Driscoll et al., 2018; Medrzycka-Dabrowska et al., 2018; Anderson et al., 2017; Robinson et al., 2017; Veen et al., 2017).

Desenvolvi sem dúvida muitos conhecimentos neste âmbito, especificamente quanto à otimização da redução do risco cardiovascular, à reabilitação precoce na redução de deficiências no auto cuidados e atividades de vida diária pós evento cardíaco agudo. E, sobretudo na importância do reforço quanto a mudanças no estilo de vida, como em relação à avaliação e aconselhamento nutricional, controle de peso, controle de pressão arterial, gestão de lipídios, controle de diabetes, cessação do tabagismo, gestão psicossocial, aconselhamento de atividade física e educação quanto ao treino de exercícios adaptados ao esforço.

Contactei com a Escala de *Borg*<sup>19</sup>, a qual desconhecia, mas que me permitiu compreender a importância da educação sistemática sobre a doença e autocuidado principalmente nos clientes com insuficiência cardíaca, contribuindo para a prevenção dos fatores precipitantes de descompensação da doença e, conseqüentemente, redução do número de reinternamentos.

Tive também a oportunidade de realizar turnos na Unidade de Hemodinâmica, na Sala de Estudos Eletrofisiológicos se na Sala de implantação de Pacemakers.

Em relação a estas unidades em particular cumpre-me, pois, enunciar que não estão estrategicamente localizadas, desprivilegiando o acesso rápido, fácil e por outro lado restrito. No interior, a organização dos equipamentos e diversos materiais revela claramente uma disposição dinâmica, funcional e lógica, o que facilita a manipulação dos mesmos e as atitudes a adotar. Existe um enfermeiro em permanência, o qual no início do turno, possui a responsabilidade de garantir a total operacionalidade de todos os equipamentos das salas, bem como de verificar o restante material.

---

<sup>19</sup>A escala de Gunnar Borg é o instrumento mais frequente empregado para avaliar a percepção subjetiva de esforço. Esta integra um apontador de intensidade de esforço que tem alcançado crescente popularidade no âmbito da prescrição de exercício para populações especiais e populações saudáveis. O seu uso foi proposto para garantir um esforço submáximo em portadores da síndrome da insuficiência cardíaca, pois possibilita uma relação entre a intensidade dos sintomas classificados em categorias e uma graduação numérica, desenhada para guardar proporcionalmente com a intensidade de esforço (Santos, Vicente & Correa, 2019, p.303-13)

Constatam-se condições de trabalho corporativo e orientadas para o cumprimento de padrões considerados chave, como a facilitação de interligação e interação de múltiplos profissionais, a operacionalização máxima de equipamentos e tarefas, bem como uma adequada privacidade à PSC, mas mereciam uma reestruturação física com espaços mais amplos, a permitirem potenciar toda a qualidade que já se denota e o tipo de cuidados ali prestados implicam.

Nestes departamentos, enriqueci conhecimentos quanto à oclusão das artérias coronárias, considerando o tempo de oclusão (embora de difícil determinação por meios clínicos), mas sobretudo a sua localização. Assisti a diferentes intervenções e diversas estratégias de reperfusão. Percebi claramente como uma intervenção coronária percutânea (ICP), realizada com sucesso, leva a uma melhoria da angina, normalização dos testes funcionais, melhoria da função ventricular e evita a necessidade de cirurgia de revascularização do miocárdio. Mas de igual forma, apreendi que a estratégia de abordagem de cada um dos casos é personalizada tendo em conta as características da lesão, a via de acesso a ser utilizada, o tipo de cateter guia (forma e tamanho), assim como a existência do equipamento necessário. E consegui lapidar algumas dúvidas que detinha quer aos tratamentos em função dos graus de revascularização estimados, nas ICP, como quanto aos tipos de dispositivos de pacemakers definitivos e diferentes estímulos produzidos e alocados.

Outra grande aprendizagem e evolução que penso ter conseguido, diz respeito ao termo promoção da saúde, usado na área da saúde há vários anos é ainda um conceito cujo significado é debatido, principalmente na enfermagem. Alguns enfermeiros podem acreditar que, por serem profissionais de saúde que trabalham em serviços de saúde, estão 'por defeito' automaticamente envolvidos em atividades de promoção da saúde. No entanto, este não é frequentemente o caso; em vez disso, é mais provável que se envolvam em atividades de educação em saúde. to é, simplesmente fornecer informações relacionadas à saúde, em vez de buscar empoderar clientes, famílias, grupos e comunidades. Parece que embora a educação em saúde esteja relacionada à promoção da saúde, esses termos não são intercambiáveis, uma vez que a educação em saúde é um componente da promoção da saúde (Whitehead, 2018).

Com este estágio despertei exatamente para esta problemática, tentando através das atividades desenvolvidas demonstrar exatamente esta máxima, sensibilizando e despertando curiosidade pela capacitação.

Testemunhando em primeira instância a promoção para a saúde realizada pelos meus tutores e refletindo sobre a educação que usualmente faço, em emergência médica. Neste percurso, a minha intervenção foi arquitetada em concordância com as necessidades de aprendizagem e motivação demonstradas pelos sujeitos, e a avaliação ocorre ao longo do processo, de forma periódica.

Em grande parte dos casos, o reforço da informação e o reensino são necessários, particularmente na presença de patologias crônicas, ou quando o esforço recai essencialmente sobre a sua prevenção, porque o processo de aprendizagem, pelo qual o indivíduo modifica de forma estável e consciente o seu comportamento, pressupõe a aceitação da mudança e uma alteração factual e efetiva (Malta et al., 2016; Yao et al., 2015; Aguiar et al., 2012).

Assim, tentei aprimorar comportamentos, e atitudes de educação e sensibilização para uma verdadeira promoção, demonstrando que a modificação de um comportamento depende de vários fatores, como por exemplo: a sensação de ameaça pessoal (pelo facto de se manter esse comportamento- a chamada vulnerabilidade percebida), e por outro lado, a confiança de que se é capaz de mudar (autoeficácia, ou expectativas de êxito).

Constato que, de facto, os enfermeiros da UCIC necessitam de envolvimento maior com as práticas que operacionalizam os padrões de qualidade, não só para dar cumprimento a diretrizes profissionais associadas à qualidade do seu desempenho, mas, também, para satisfazer propósitos associados à necessidade de aumento da visibilidade do papel do enfermeiro na sociedade.

A valorização do papel do enfermeiro especialista nesta unidade, nomeadamente da área da Especialidade Médico-Cirúrgica e da Reabilitação em conjunto, não só o incrementaria o serviço no que diz respeito da temática, mas também ao desenvolvimento de uma postura profissional que possibilite a real incorporação das atitudes promotoras da saúde, na definição do plano de cuidados diário. Compreender a promoção da saúde, considerando o seu conceito ampliado, é fundamental para o desenvolvimento de ações que busquem uma verdadeira transformação da realidade, avançando na consolidação do serviço como uma Unidade de excelência do cuidado à PSC com doença cardíaca.

## 2.2 EVIDÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS

A análise de dados previamente recolhidos é considerada um dos elos mais importantes dos cuidados de saúde.

Pela ampla quantidade de dados recolhidos na avaliação clínica ou pela história, ou pelos registos e observações, pelo que a alocação e a utilização de recursos, e as questões de privacidade dos dados, se associam a esta problemática. A progressão positiva de qualquer interveniente no cuidado em saúde deve, portanto, neste sentido, pressupor a identificação de lacunas tecnológicas, as disparidades entre os conhecimentos presentes e os que emergem em diferentes áreas científicas, e a adaptação constante de modelos e ferramentas de comunicação (Grady, PRF e Hinshaw, 2017).

Estudos apontam inclusive que a utilização de *checklists*/mnemónicas padronizadas, nos momentos de transferência oral possibilitam a estruturação do pensamento e a obtenção de todas as informações necessárias da situação particular da pessoa, permitindo de acordo com Chambers, (2017) e Buljac-Samardzic et al. (2020) que os profissionais se centrem nos problemas, ações e intervenções definitivas de forma clara e objetiva. Resultando numa maior exatidão e integridade das informações transferidas, melhorando o índice de satisfação dos profissionais de saúde e evidenciando uma maior proficiência na definição de planos de tratamento para a PSC.

Contudo, as ferramentas orais parecem funcionar melhor quando associadas e apoiadas em ferramentas escritas, que estão estruturadas normalmente em formato de lista de verificação e especificam a informação de forma ordenada. Diminuem a possibilidade de perda de informação, ajudam a garantir a precisão e adicionam estrutura a todo o processo de transferência oral (Smith et al., 2018; Chambers, 2017; Criscitell, 2013).

Compreendendo a coordenação de toda esta estrutura de comunicação, a nível multidisciplinar e interprofissional, possibilita-se por outro lado, uma disposição mais eficaz dos cuidados, pelo que a discussão do papel da gestão ao nível das várias configurações possíveis da prática, permitem a cada organização implementar recursos de comunicação empreendedores (Giardino et al, 2014, p. 150).

Segundo Buljac-Samardzic (2020) o treino é a intervenção mais frequentemente pesquisada para práticas baseadas em evidência, e parece ser a mais eficaz em termos de outcome. A maioria dos estudos, comparando diferentes processos de melhoria e

investimento (por exemplo simulacros, implementação de metodologia ISBAR, listas de verificação, (de) briefing, etc.) focam-se não em perceber a existência de habilidades técnicas propriamente ditas (subjetivas de avaliar), mas em mensuração de resultados objetivos como por exemplo, contabilização e caracterização de erros e tempo de processamento de atos específicos.

Logo, parece que ao estarmos conscientes dos nossos padrões de pensamento e comportamento, conseguirmos identificar isso em nós e nos outros e transformar tudo isso em comunicação de alta performance pode transformar os momentos de atos em saúde em experiências muito mais positivas. Analisando e refletindo sobre possíveis padrões de pensamento e comportamento dos clientes de forma cíclica e seriada, para que os resultados que se obtém com a comunicação, conosco próprios e com os outros, possa não só ser mensurada como exponenciada.

Na UCIC, estes momentos correspondem a um momento de reunião da equipa de Enfermagem, na sala de trabalho, tendo como objetivo assegurar a correta identificação dos clientes e a continuidade de cuidados. Garante, pois, a privacidade necessária na transmissão da informação relativa ao cliente, em relação a outros clientes, e por outro lado, permite que não seja gerada ansiedade no cliente em causa da passagem de turno. Contudo, não se verificava a utilização de nenhuma metodologia de transmissão de dados em específico, como a metodologia ISBAR, por ex., o que percebi ser fonte de stress na última hora do turno, pela consciencialização geral da equipa de Enfermagem da sua importância para a qualidade de cuidados.

Neste âmbito, desenvolvi com os colegas de estágio um projeto: a aplicação da metodologia ISBAR à passagem de turno na UCIC, após informação irrelevante, repetitiva ou perdida, ter sido identificada como dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz durante a passagem do cliente e que pode resultar em perdas de informação relevantes no serviço.

Realizei uma ação de formação em Power Point sobre esta metodologia em particular (Apêndice 7), bem como uma proposta de grelha para transmissão de informação em momentos de Handover (Apêndice 8).

Cumulativamente foi realizado um cartaz alusivo à metodologia ISBAR, de forma a facilitar a memorização da mnemónica e a relembrar a importância da mesma sempre que disponível e acessível. O cartaz que apresento em (Apêndice 9), foi afixado na sala de

trabalho de Enfermagem, tentando contribuir para uma maior padronização da informação recolhida e posteriormente transitada.

A equipa de enfermagem pode assim incrementar a transferência de informação, uma vez que a mnemónica ISBAR padronizando a comunicação, e desta forma promovendo segurança. (Twigg et al., 2019; Karam et al., 2018; Van Durme & Macq, 2018; Sfantou et al., 2017)<sup>20</sup>.

As palavras-chave foram comunicação, transição de Cuidados e ISBAR e os objetivos do projeto de intervenção:

- Garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes que se encontram na UCIC;
- Diminuir possíveis erros e lacunas na comunicação, assim como perdas de informação importantes na transmissão de informação nas passagens de turno;
- Promover uma comunicação eficaz, habilitando para a gestão de intervenções de Enfermagem capacitadas para a diminuição de erros e garantia de qualidade dos cuidados.

A estratégia centrou-se não só na adaptação de uma grelha capaz de resumir a informação relevante para a transição de cuidados (tentando sensibilizar para a sua existência e importância), mas também pelo fornecer estrutura para a comunicação da temática entre os profissionais a respeito da situação e permitir que os enfermeiros antecipem os próximos passos e alterem o seu modelo mental, se necessário.

Para além disso, pensamos que permitirá identificar de futuro, eventuais necessidades formativas sobre o ISBAR em particular. Vários autores partilham da mesma opinião. (Castro, 2019; Farias et al., 2018; Rodríguez et al., 2018).

No contexto deste estágio, preparei assim uma formação em serviço, de modo a sensibilizar a equipa para a existência e importância da utilização desta metodologia, tornando-a um processo standard, passível de contribuir para a diminuição de erros associados à transmissão de informação relevante no processo de cuidar.

Outra atividade, relacionou-se com os cuidados aos cateteres venosos centrais. Na génese, mais uma vez, esteve a constatação de falta de uniformidade na prática.

---

<sup>20</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A

Ora, a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma afeção que decorre como consequência de intervenções no cuidado à PSC, seja ela diagnóstica, terapêutica ou profilática. Para o seu estudo, os conceitos que nos são facultados pela epidemiologia são essenciais para descrever a sua história natural, desde a sua deteção, ao conhecimento da sua etiologia, à compreensão da sua distribuição e à determinação dos métodos para a sua prevenção ou controlo (Barata, 2013; Vala, 2016; CDCP, 2017).

Nesta cadeia epidemiológica, as variáveis da infeção a considerar são os microrganismos e os seus reservatórios e/ou fontes, o hospedeiro e as vias de transmissão, pelo que, todos os profissionais de saúde se devem empenhar na implementação dos comportamentos necessários para prevenir e controlar a infeção (DGS, 2013).

Assim, segundo os relatórios de vigilância ativos epidemiológicos, e estudos clínicos associados às infeções em contexto de cuidados de saúde, para que seja possível o aparecimento de infeção, é requerido que estejam presentes as seguintes condições:

1. Número adequado de agentes patogénicos (inoculo microbiano), variável consoante a espécie e o estado imunitário do hospedeiro;
2. Existência de um reservatório ou fonte onde o microrganismo sobreviva e possa multiplicar-se;
3. Via de transmissão do agente para o hospedeiro;
4. Porta de entrada do hospedeiro específica para o agente patogénico (há especificidade entre microrganismos e capacidade de desencadear doença em órgãos ou sistemas específicos do hospedeiro);
5. Que o hospedeiro seja suscetível ao agente microbiano, isto é, que não tenha imunidade ao agente.

À ocorrência destes sucessivos acontecimentos denominamos “Cadeia da Infecção” (Blanco et al, 2018; DGS 2017; Cardoso, 2015; Cardoso et al, 2014; DGS, 2013), e será aqui que se deve intervir sempre que necessário e em uníssono.

Várias entidades e autores como Pina, Ferreira e Uva (2014), Silva (2014) e a DGS (2007), consideram ainda que as medidas a constituir padrão nas precauções básicas, devem ser definidas consoante o risco, realçando a importância da higiene das mãos e da higiene respiratória, orientando os profissionais de saúde para a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), controlo e tratamento do equipamento clínico,

e realçando ainda a importância de garantir as medidas de controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa; a recolha e coleta segura de resíduos, assim como a implementação de práticas seguras de injeção, minimizando a exposição de risco no local de trabalho.

Salientam ainda Humphrey (2015) e Pina, Ferreira e Uva (2014) que os profissionais de saúde, no manuseamento dos equipamentos e dos clientes, aparecem como um dos vetores mais comuns de transmissão cruzada de agentes infecciosos relacionados com as IACS, confirmando que a higiene das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS.

Por outro lado, coexistem alterações biológicas, que representam um desafio cada vez maior neste contexto, pelo que são ainda determinadas a necessidade de identificação de novos microrganismos e o desenvolvimento de outras estirpes multirresistentes, ao que acresce a cada vez maior evidência de que os recursos oferecidos pelos antimicrobianos são limitados (OPSS 2018; DGS, 2017).

Incluída nesta tomada de decisão devem associar-se ainda fatores como: como conforto, segurança, manutenção da assepsia, fatores específicos do cliente (cateteres pré-existent, deformações anatómicas); riscos relativos às complicações mecânicas; risco de infeção (devido à densidade da flora da pele no local de inserção) (Chen et al., 2020).

As medidas mais eficazes são, porém aquelas que visam a redução da colonização do local de inserção do cateter e das linhas de infusão, estando a eficácia dependente da existência de protocolos de cuidados atualizados, formação e treino dos profissionais, tipo de cateter, local de inserção, desinfeção da pele durante a colocação e no manuseamento, tipos de penso utilizados, manipulação das linhas de infusão (Aloush & Alsaraieh, 2018; Cardoso 2015; ACSS, 2011).

Todas estas medidas baseadas na evidência, proporcionam o aumento da segurança dos cuidados, pelo que o aprimorar de boas práticas sistematizada por parte da equipa de enfermagem proporciona resultados positivos tanto no âmbito da qualidade dos cuidados, como na área da prevenção do risco de infeção.

Neste âmbito, um número expressivo de estudos que apresentam *care bundles* no cuidado dos cateteres reafirma a importância de oferecer um cuidado seguro ao cliente. As evidências expostas nos resultados encontrados recentemente sugerem que, a

aplicação de ações concomitantes, tem maior eficácia na prevenção de infecções (DGS, 2018).

Decorrente do conhecimento destes conceitos, ao conhecer os mecanismos da doença, as variáveis envolvidas e as consequências da sua interação, importa, pois, aplicá-los com o objetivo de procurar sensibilizar a equipa da UCIC para as consequências dessa relação, prevenindo os potenciais efeitos deletérios ou implementar mecanismos para controlar a sua propagação.

Surge então neste contexto uma ação de formação para implementação, logo que oportuno (Apêndice 10) e um panfleto para suporte informativo à equipa da UCIC e ao cliente portador de CVC (Apêndice 11 e 12), não descurando um autêntico processo de transição, no qual cada Pessoa experiencia a implantação de um CVC per si, conforme as suas características e significados atribuídos à situação, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento sobre o processo.

Os padrões de resposta parecem ser relativos a resultados parciais que se vão obtendo ao longo da transição. O comportamento observável ou não observável constitui indicador para o enfermeiro na medida em que lhe permite compreender a forma como processo está a decorrer (Patterson et al., 2019).

Logo, o papel do enfermeiro visa a promoção da adaptação do cliente e da PSC em particular, à sua nova condição, conduzindo-o ao bem-estar e maximização da qualidade de vida, traduzindo, em bem da verdade, mestria e identidade fluída (Budts et al., 2016).

Para estas condições importa a forma como cada pessoa consegue integrar e compreender a informação, as suas necessidades, capacidades e conhecimentos (Patterson et al., 2019).

Considerando os clientes enquanto um ângulo essencial dos cuidados de saúde, a equipa de Enfermagem sublima então um imperativo ético, que promove os direitos fundamentais das pessoas, e, simultaneamente, uma obrigação social. Pois é impreterível informar e educar, para uma inclusão capaz no plano de cuidados à PSC com CVC, para que as Pessoas possam planificar e tomar decisões em conjunto com os profissionais de saúde, alicerçadas em conhecimentos relativamente a alguns problemas que poderão surgir, pela permanência de um acesso venoso central.

Como educadores para a saúde, os enfermeiros podem assim melhor informar o cliente acerca da necessidade de manter o penso do CVC limpo, seco e íntegro; e evitar manipulações ou movimentos bruscos que possam tracionar o CVC e afetar o seu funcionamento, durante o repouso no leito e inclusive na deslocação na cama ou quarto (consoante o quadro clínico). Permitindo potenciar o foco num atendimento que embora focado no diagnóstico, e no conseqüente plano de cuidados, priorize o minimizar de erros, ou o descurar da humanização dos cuidados, evitando que qualquer condicionante se sobreponha às relações interpessoais com à PSC internada no serviço.

Nesse sentido, ponderando a necessidade de evolução dos registos de Enfermagem, para além da sublimação dos conceitos e entidades clínicas que estão na base do planeamento dos cuidados, tentei realizar uma compilação sob a forma de livro de bolso, para uso diário na prática de Enfermagem (Apêndice 13). Informação sobre a metodologia ISBAR, sobre a escala de coma de Glasgow, a escala de Killip, uma tabela de avaliação do índice de massa corporal, um quadro com a evolução dos marcadores cardíacos, a régua numérica da dor, e a escala de esforço de Borg, entre outros, constituem este pequeno exemplar que espero ajudar a equipa.

Devo mencionar e justificar a classificação de Killip na avaliação clínica, nos clientes com EAM agudo, pela estratificação que permite, de acordo com a gravidade da sua insuficiência cardíaca (IC), para além de ser amplamente usada em diário clínico médico (Hashmi, et al., 2020).

A minha ação centrou-se deste modo sobretudo no sublinhar da premissa de que há informação que é relevante para se proceder a julgamentos de eficácia, não elucidativa por si mesma, tornando-se instrutiva através do processamento cognitivo e do pensamento reflexivo (Dias et al., 2015).

Esperando que potenciando linguagens comuns e percebidas (nomeadamente em quadros de ausência de supradesnivelamento do segmento ST), disponibilizando mais uma ferramenta para a qual a equipa deve despertar, enquanto preditor independente de mortalidade precoce após enfarte do miocárdio, dita que na presença de disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (fração de ejeção do ventrículo esquerdo <50%) associada, traduz mau prognóstico em curto prazo (Hashmi et al., 2020; Carvalho, et al., 2015).

## 2.2 AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

Conforme descrito no início de capítulo, a aprendizagem que realizei surge como meio pelo qual renovei mais conhecimentos e competências, enquanto construção pessoal, sem qualquer dúvida para mim, e de um serviço, se considerado por esta equipa que me recebeu, no futuro.

Procuro, pois, transmitir neste capítulo, o que percebi de como aprender e sobre o que se deseja aprender; a procura do equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir.

Revejo-me sem dúvida uma Pessoa e profissional aperfeiçoada nesta fase do percurso académico pela cumulação de aprendizagens, refletindo sobre conquistas nestas aptidões reconheço uma maior capacidade de uso de escuta ativa, de respeito e aceitação incondicional, de congruência e de empatia para com o cliente e com o Outro.

Consegui deste modo, desenvolver a capacidade de observação, essencial para a correta identificação das necessidades em cuidados de enfermagem apresentadas pela PSC.

Na prática clínica tutorada constatei também que é necessário criar evidência baseada na prática que sustente o contributo do Enfermeiro no outcome clínico dos clientes com doença cardíaca em Portugal.

A perceção subjetiva que tenho, é que os cuidados prestados na UCIC são de qualidade, no entanto, estes não são mensurados de forma fidedigna, pelo que urge implementar medidas de avaliação da qualidade que traduzam de forma real aquilo que são os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Para que os Enfermeiros alcancem uma visão mais abrangente, será então necessário utilizar ferramentas baseadas em indicadores, de forma a acompanhar o desempenho do seu processo de trabalho e avaliar a qualidade da assistência prestada.

Existem cinco estratégias principais centrais para evoluir na profissão de Enfermagem segundo a literatura mais recente: Envolver (o máximo de profissionais), Estabelecer (metas e prioridades de intervenção após identificação de barreiras), Educar (promover partilha e potência de conhecimento e habilidades), Avaliar (os resultados das

intervenções) e Capacitar enquanto sinónimo da qualidade dos cuidados como fim (Pentecost, et al., 2020; Thompson & Schwartz Barcott, 2019)<sup>21</sup>.

Conhecer os timings do pico dos marcadores enzimáticos cardíacos, por Ex., permitiu delinear cuidados como o levantar, a colaboração nos cuidados de higiene, ou uma possível ida à casa de banho, o que num início de estágio me poderia parecer menos relevante à priori.

Aprendi e percebi como um programa de reabilitação cardíaca liderado por Enfermeiros pode melhorar significativamente os comportamentos de saúde e os parâmetros de risco fisiológico cardíaco em Pessoas com doença cardíaca, e as respetivas diferenças, nomeadamente no planeamento de intervenções e no delinear de objetivos, entre clientes com doença coronária ou insuficientes cardíacos.

Talvez o que me distinguirá no futuro, entre um antes e um depois, seja a diferença que distancia a boa prática e a praxis; ambas ambicionando a excelência do exercício, mas por caminhos que poderão não se cruzar.

Concetualizar nesta reflexão o ensino e a valência de aprendizagens será sempre pouco e necessariamente influenciado e condicionado por relações entre o esperado e o vivido, mormente pelas características e requisitos que, conscientemente ou não, se configuravam boas aprendizagens. Certo é que a aprendizagem e os critérios em que eventualmente alicersei qualificativos de aprendizagens, sublimaram profundas transformações dinâmicas.

Por isso, numa última consideração sobre estes dois momentos de aprendizagem gostaria de salvaguardar que a qualidade do exercício, e o reconhecimento dos pelos pares e Enfermeiros tutores, me conseguiu refletir também sobre a necessidade da autoaceitação e da autoconfiança, enquanto formas puras, conscientes e extremamente dignificante num nascer Enfermeiro, na transformação para um grau de Especialista

Foi esse o caminho que tentei, com o restante grupo percorrer, e que francamente espero que a equipa deste serviço rapidamente almeje alcançar.

---

<sup>21</sup> Grau Recomendação A – Nível Evidência 1 A



### **Parte III – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

#### **Competência Comunicacional do Enfermeiro de Emergência em Portugal**



## Resumo

**Enquadramento:** Na prática de Enfermagem transferências de informação e cuidados determinam tomadas de decisão. Apesar disso, há pouca pesquisa relativamente à Pessoa em situação crítica, pois coexistem desafios ímpares pelos esforços necessários para modelar interferências e responsabilidades.

**Objetivo:** Analisar a fiabilidade e viabilidade da escala de comunicação eficaz para transmissão de informação segura (ECETIS), no cuidado à PSC.

**Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, analítico e descritivo, pela aplicação de um *Google Forms*, disseminado através de contactos do investigador principal, com efeito acumulativo quanto ao recrutamento de participantes. A escala foi submetida a análise fatorial comparativa, com determinação da quantidade de domínios pelo mesmo método (autovalor) e pela consistência interna por  $\alpha$ .

**Resultados:** Uma amostra de 442 profissionais de Enfermagem, constituída por 153 enfermeiros do sexo masculino (34.6%) e 289 do sexo feminino (65.4%), possibilitou testar as características psicométricas do instrumento ECETIS. Os resultados da análise da fidelidade das seis dimensões apresentam valores de  $\alpha$  de *Cronbach* superiores a .60, com exceção da dimensão Identificação. As matrizes de correlação ( $p < .001$ ) e as medidas de *Kaiser-Meyer-Olkin* superiores a 0.7 garantem a adequação razoável do modelo fatorial de cada dimensão (subescala).

**Conclusão:** A escala multidimensional ECETIS é válida e fiável para avaliar a comunicação eficaz para transmissão de informação segura no cuidado à Pessoa em situação crítica. Investigações futuras podem contribuir para reforçar a sua confiabilidade.

**Palavras-chave:** Competência Comunicacional; Enfermagem Emergência; Qualidade de Cuidados; Transição de Cuidados; ISBAR



## Abstract

**Background:** In nursing practice, transfers of information and care determine decision-making. Despite this, there is few research concerning critical care, as unique challenges coexist, due to the service's efforts to model interference and responsibilities.

**Objectives:** Analyze the reliability and feasibility of an effective communication scale for secure information transmission (ECSSIT).

**Methods:** Quantitative, transversal, analytical and descriptive study, through the application of a *Google Forms*, disseminated through the contacts of the main researcher, with a cumulative effect regarding the recruitment of participants. The scale was subjected to comparative factor analysis, with determination of the number of domains by the same method (eigenvalue) and by internal consistency by  $\alpha$ .

**Results:** A sample of 442 nursing professionals, consisting of 153 male nurses (34.6%) and 289 female nurses (65.4%), made it possible to test the validity of the ECSSIT instrument. The results of the analysis of the reliability of the six dimensions show *Cronbach's  $\alpha$*  values ranging up to .60 except Identification. Correlation matrices ( $p > .001$ ) and *Kaiser-Meyer-Olkin* measures greater than 0.7 in all dimensions/subscales ensure reasonable adequacy of the factorial model of each dimension (subscale).

**Conclusion:** ECSSIT shows high potential for use in research. Due to the semantic parallelism to ISBAR associated with the control of an adequate communication channel, it seems to help to assess the effective communication in emergencies, and in Portugal. Future investigations can help to reinforce its reliability.

**Key words:** Communicational competence; Emergency Nursing; Quality of Care; Care Transition; ISBAR



## **Introdução**

A colaboração entre enfermeiros ou entre profissionais de saúde de diferentes organizações em saúde, ainda é pouco explorada. Esta é uma limitação importante na literatura científica, especialmente dada a mudança atual em direção a cuidados multidisciplinares não institucionais, e o papel potencial que poderia ser desempenhado por enfermeiros no aumento da colaboração interorganizacional (Karam et al., 2018).

Similarmente, falta confiança na capacitação possibilitada pela transmissão de informação num desempenho partilhado. A continuidade de um plano de cuidados é ainda fonte de frustração e insatisfação profissional em Enfermagem, mesmo após a adoção de protocolos de comunicação padronizados (Shahid & Thomas, 2018; Rodríguez, et al., 2018; Colvin, Eisen, & Gong, 2016; Lee et al., 2016; Nagammal, et al., 2016; Birmingham, et al., 2015; Kowitlawakul, et al., 2015; Watson et al., 2015).

Mais ainda, as transferências destruturadas têm sido descritas como contribuintes para erros, omissões, atrasos de tratamento, ineficiências de trabalho, tratamento inadequado, eventos adversos com danos menores ou maiores, aumento da duração de internamento ou reinternamentos evitáveis e aumento custos (Gundrosen et al., 2018; Brady et al., 2017; Hammerstad et al., 2016).

Baseado nessas premissas em Portugal, a DGS implementou a norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” recomendando a utilização da metodologia ISBAR em todas as transições de cuidados independentemente do nível de prestação, com especial prioridade para a transferência de informação em momentos críticos ou vulneráveis da prestação de cuidados.

Coexistem na prática diária, porém, diferentes processos e ferramentas de transmissão de informação (ex: ISBAR, IPASS, ED - PASS, ISBAR - IP e outros), e nem sempre há provas de uma utilização eficaz. Estas inconsistências de formatos e ferramentas não facilitam, a conquista de um padrão equitativo e seguro de comunicação e transferência de cuidados e responsabilidades, seja a nível interorganizacional, entre

serviços, equipas ou pares. Urge perceber de que forma habilidades processuais não são percíveis e promovem uma verdadeira proficiência no cuidar (Clapper & Ching, 2020, p. 74-81).

Tendo como ponto de partida a correlação entre estas premissas e necessidades/ experiências fruto da prática diária, bem como a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo dos construtos teóricos dos cursos, considerou-se pertinente realizar uma escala capaz de avaliar a transferência de informação segura e o que determina uma comunicação eficaz nos serviços de urgência e emergência em Portugal, segundo evidência científica.

Sobretudo considerando que intervenções formativas, adaptações de liderança, definição de critérios de recrutamento, ferramentas ou metodologias de transmissão de informação, bem como de dinâmicas de trabalho em equipa são potenciadas por padrões de comportamento (Burgess, 2020; Johnson, Sanchez, & Zheng, 2016; Marcotte, et al., 2015; Ford, Heyman & Chapman, 2014; The Joint Commission, 2014; Starmer, et al., 2014).

“É fundamental que tanto as instituições de saúde como as instituições académicas e/ou formativas fomentem a prática de cuidados baseada em evidências, fazendo-se munir de todas as ferramentas necessárias para proporcionar todas as condições”.

(Pina, et al., 2020, p.144).

Conhecer a distribuição e a abundância de características socio demográficas, académicas ou profissionais, revela-se neste contexto crucial, para a sua aplicação no futuro, na população alvo, segundo os resultados que possam ser determinados na investigação, contribuindo para determinar necessidades e desafios futuros.

Poderá permitir aprofundar conceitos e despertar interesses por aspetos de grande importância para a prática profissional, promovendo desenvolvimento pessoal e profissional, mas, sobretudo, otimizar cuidados sem que se coloquem em risco, as Pessoas em situação crítica que se assistem.

A relevância desta temática na atualidade determina deste modo, a seguinte questão: **A Escala de Comunicação Eficaz para Transmissão de Informação Segura no cuidado à PSC, é válida e fiável?**

Para obter resposta a esta problemática, delineou-se o seguinte objetivo:

- Analisar a fiabilidade e viabilidade da escala de comunicação eficaz para transmissão de informação segura (ECETIS), no cuidado à PSC;

Neste contexto, o presente trabalho, em termos estruturais, divide-se em cinco capítulos.

Inicialmente será abordada a fundamentação teórica, sobretudo quanto ao conceito de comunicação em saúde, e aos pressupostos que se relacionam segundo evidências, com a sua importância para a prática. Particularizando o contexto de transmissão de informação entre enfermeiros que prestam cuidado à PSC, e a transição segura de cuidados. Um segundo capítulo abrange todos os procedimentos metodológicos intrínsecos ao estudo empírico, englobando a concetualização do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de investigação e esquema conceptual de base. Segue-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caracterização sociodemográfica, académica e profissional, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos na recolha e tratamento de dados bem como procedimentos éticos associados. O terceiro capítulo diz respeito à análise dos resultados, seguindo-se depois no quarto capítulo a discussão dos dados e a referência às principais limitações do estudo. O quinto e último capítulo diz respeito às principais conclusões do estudo e implicações para a prática, aferindo sugestões futuras.

Esta apresentação espera revelar a importância da temática em análise, e sobretudo que se alicercem e incrementem em emergência, a participação ativa dos enfermeiros nas tomadas de decisão ao nível organizacional. Alterando atitudes, práticas e conceitos, o que requer, para tal, que documentem as suas práticas e que se revelem capazes de atestar o impacto da sua intervenção na qualidade de cuidados prestados.



## Capítulo 1 - Enquadramento Teórico

O próximo capítulo pretende demonstrar a reunião de teorias e conceitos relevantes ao objeto de estudo, relacionando diferentes áreas do conhecimento mais recentemente investigadas.

### 1.1 COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM E SEGURANÇA EM SAÚDE

A segurança do doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século vinte e um (ICN, 2019).

A sociedade espera e exige dos profissionais de saúde, competência e atualização permanente, recursos diversificados, e requer a percepção da Pessoa a cuidar na sua globalidade.

A razão de ser do cuidar do outro, é que ele ocorra até que a pessoa seja capaz de o fazer por si só no pleno uso da sua autonomia. “Se eu não experimentar o outro como algo em si mesmo” diz, Mayeroff (1971, p.49), “o que pode acontecer é eu não estar a cuidar”. No mundo das relações de cuidado, o cuidar da Pessoa assume, pois, uma importância particular por estar implícita a compreensão da Pessoa no contexto em que se encontra. Obrigando a olhar para o mundo do outro “com os olhos com os quais o vê e como ele vê a si mesmo” Mayeroff (1971, p.49).

Neste paradigma biopsicossocial, Cunha et al., em 2017 estudaram por exemplo, o efeito do coping no bem-estar de estudantes do ensino superior. Demonstrando efetivamente, o poder contributivo e preditivo, de emoções, afirmando : “O bem-estar está relacionado com o modo como a pessoa caracteriza, de forma geral, a sua vida pelo lado positivo, isto é, a satisfação que a pessoa refere em relação à sua vida” (Cunha et al., 2017, p.22). A variável preditora de afeto positivo foi neste estudo, a reinterpretação positiva, e o bem-estar surge associado a processos de coping ativo, em oposição a situações de desinvestimento comportamental, negação, auto-culpabilização, auto-distração e até abuso de substâncias. Permitindo compreender o que influencia os afetos e bem-estar, pelo estudo de fatores que o predizem. (Cunha et al., 2017).

Embora aplicado a uma população de estudantes, facilmente se aplicam estes pressupostos na prática de enfermagem, nomeadamente na reflexão acerca dos recursos psicológicos de cada sujeito, consoante as relações que particularmente se estabelecem, quer na gestão do meio em que se encontra, quer pela autonomia, tranquilidade ou equilíbrio que se vivencia e se reconhece, o que serviu de maior incentivo à investigação atual.

Um desenvolvimento de estratégias relacionais, de exercício e cuidado voltadas para a integralidade, para o respeito do mundo dos significados de cada Pessoa, para a sua história de vida e nomeadamente para a intersubjetividade (especialmente construída na relação entre profissionais e PSC) parece ser determinante (Cordeiro, et al., 2018). Análises de tarefa e/ou simulações, são já descritos como promotores de identificação e desenvolvimento de processos de adaptação psicológica, realçando a importância da atenção quanto à subjetividade dos desafios de cada interação, e quanto a potenciais erros associados ao cuidar. (Kim, Coiera & Magrabi, 2017; Lyons et al., 2004, p.20).

Considerando estes processos, o reconhecimento da ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências graves para clientes e instituições de saúde, levou, recentemente, a organização mundial de Saúde (OMS) a nomear comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de diretrizes, enquanto verdadeiras tentativas de solução, ou recurso para a prevenção dessas mesmas situações (Joint Commission International, 2005).

A “The Joint Commission international Center for Patient Safety” revelou-se inclusive pioneira, num estudo alargado a mais de 100 países, despertando para a responsabilidade crescente associada aos cuidados de saúde. Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem proativa das organizações de saúde, em sistemas centrados no cliente, explorou os padrões existentes na prática direcionados para a redução de danos, permitindo mapear o avanço do conhecimento, habilidades e competências, e recomendando métodos que garantam qualidade e processos de segurança, em particular. Os seus resultados apontaram para que o processo de passagem de informação, entre os profissionais de saúde, seja encarado como elementar na conquista de qualidade e segurança, enfatizando três momentos: a troca de turno no mesmo serviço; entre serviços, e entre instituições, alicerçados nos conhecimentos reais, e com o fim de colmatar eventos de fragmentação de cuidados e a

garantir o atendimento mais apropriado, quando as pessoas se movem de um contexto para outro (Streimelweger et al., 2015).

Consideraram inclusive como ocorrências de risco elevado, aquelas em que informações críticas são transmitidas de forma incompleta, omitidas por completo, ou incorretamente compreendidas (Joint Commission International, 2005).

Segundo Streimelweger et al. (2015) a mesma Comissão, ao realizar uma análise de fatores humanos, revela inclusive que a chave do sucesso pode passar por reconhecer que os humanos têm limitações conhecidas e definidas em três categorias:

1. Baseadas no conhecimento (erros cometidos devido à falta de conhecimento ou experiência com um determinado processo ou situação);
2. Baseadas em regras (má interpretação ou uso indevido de dados ou aplicando a regra errada);
3. Baseadas em habilidades (falhas de atenção e memória, incluindo tarefas omitidas).

Em Portugal, assumindo a segurança como um fator de elevada importância para a qualidade em saúde, foi introduzido na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, seguindo as recomendações do Conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009, publicado em Diário da República no Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015 (Diário da República, 2015).

Similarmente, a CRICO Strategies enquanto divisão da The Risk Management Foundation de Harvard Medical Institutions Incorporated revelou em 2015, através do seu relatório do Sistema de Benchmarking, os resultados de uma investigação acerca de fraquezas específicas no cuidado ao cliente hospitalar. Este relatório incide sobretudo sobre o impacto da comunicação na segurança em saúde, analisando mais de 23.000 reivindicações e processos por negligência médica em quais houve algum dano; três em cada 10 casos incluem pelo menos uma falha específica na comunicação. Segundo este relatório e entidade, há dois focos especiais de atenção, passíveis de intervenção eficaz na diminuição do erro e no aumento da segurança e qualidade de cuidados em Enfermagem: a melhoria dos registos clínicos, e a intervenção ao nível da administração de terapêutica (Risks, 2015).

Dos determinantes de casos de negligência ou erro, 75% são relacionados com a comunicação em Enfermagem, e enquadrados em ambiente hospitalar. Quase metade de 647 casos analisados corresponderam a dano grave, e um terço dos clientes sofreu mesmo de morte como consequência (Risks, 2015, p.4).

Por sua vez, o relatório *To Err is Human - Building a Safer Health System*, publicado pelo United States Institute of Medicine, afirma que cerca de 44.000 a 98.000 clientes morrem a cada ano por erros na prática clínica. Em Enfermagem o stress, a fadiga, o aumento da carga de trabalho, a realização de turnos noturnos, a proporção de pessoal de enfermagem e interrupções do fluxo de trabalho, são apontados como fatores com um impacto negativo significativo na promoção da segurança dos cuidados (Newton, Llewellyn & Hayes, 2019; Risks, 2015).

Práticas que contemplem a redução destes fatores, aparentam ser a chave do sucesso, sobretudo pela implementação de práticas padronizadas (Almeida, 2020; Di Muzio et al., 2019; Newton, Llewellyn & Hayes, 2019; Duclos-Miller, 2017; Risks, 2015).

Neste âmbito, a importância da comunicação tem sido amplamente estudada no campo da saúde pública, cuja investigação e desenvolvimento, se tem refletido em áreas como a comunicação em situações de risco, marketing social, comunicação interpessoal e mass media, contribuindo para o desenvolvimento de programas de educação para a saúde, elaboração de políticas e para a melhoria dos níveis de literacia em saúde (Grady & Hinshaw, 2017).

Permanecem pouco investigados, alguns aspetos potencialmente relevantes relacionados com a existência e influência de feedbacks, ou de análises retrospectivas, dos cuidados de saúde secundários (Cook, 2018).

Por outro lado, uma revisão da literatura evidencia, com grau forte de recomendação, a ligação entre a comunicação eficaz e a segurança dos cuidados à PSC em especial. A triangulação das vantagens relativas a segundas opiniões, auxílios à decisão, reflexão orientada e educação, parece demonstrar a utilidade de incorporar os valores de todos os intervenientes, num processo de comunicação e, consequentemente, no desenvolvimento seguro de intervenções e práticas qualificadas, a refletir e uniformizar (Wright et al., 2019).

Neste sentido a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem define comunicação como um “comportamento interativo, de dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (ICN, 2019).

Somos sempre capazes de demonstrar o que sentimos, porque muita dessa sinalização não-verbal não é necessariamente consciente e também não tem controle voluntário (Garcia & Nóbrega, 2004).

No entanto, para compreender toda a riqueza dos processos comunicativos, é preciso procurar conhecer os seus elementos constitutivos e as funções que lhes estão inerentes, refletindo sobre a troca de informações entre o remetente e o destinatário, mas sobretudo sobre a compreensão da informação.

Mais do que uma mensagem clara e um canal apropriado, a ausência de ruídos ou interrupções, de défices ou sobrecarga de informações, condicionam a variabilidade de conteúdo ou cognições, e formatos de relatórios díspares, em acumulação com diferenças na experiência e formação entre Enfermeiros, atores do cuidar, e as diferentes Pessoas com quem se estabelecem relações (Newton, Llewellyn & Hayes, 2019; Cook, 2018).

Contudo, na prática, o que aparentemente é visível aos olhos de todos, e linear em todas as áreas, não será tão facilmente determinado e explicado. O cuidar implica relações de proximidade e prestígio (como uma relação de dependência ou de reconhecimento), mas nem sempre traduz objetivamente resultados (Sequeira, 2016).

Neste paradigma, sociólogos e psicólogos definem, por norma, cinco fatores de causalidade no que à comunicação em contexto de saúde diz respeito: fatores sociais, fatores fisiológicos, fatores de personalidade, fatores de linguagem e fatores psicológicos (Howick, et al., 2018). A descrição inclui:

- Fatores pessoais – relacionados com o nível de conhecimento que as Pessoas têm do processo comunicacional e do assunto a abordar. São determinados muitas vezes pela aparência do sujeito enunciador, por primeiras impressões. Também pela postura corporal (pode ser mais descontraída ou formal consoante o contexto), pelo movimento corporal (considerado com

significância social e cultura, pelo contacto visual, expressão facial e pela fluência do discurso.

- Fatores sociais – relativos à flexibilidade ou rigidez dos sistemas de conhecimento, abrangendo igualmente fatores educativos e formativos, a cultura e as crenças, as normas sociais e os dogmas religiosos.
- Fatores fisiológicos – determinados problemas genéticos, mal-estar, doença por tempo curto ou prolongado, são alguns dos fatores fisiológicos que podem afetar a comunicação.
- Fatores de personalidade – intrínsecas a questões de tolerância e ambiguidade de géneros. Muitas vezes delimitados por experiências passadas, como por exemplo, em casos de Pessoas que se julgam ou precisam de sublimar como autossuficientes.
- Fatores de linguagem – porque traduzir em palavras pensamentos e ideias, encontra barreiras como o uso constante de palavras abstratas que implicam por vezes incompreensão da mensagem, ou o desencontro quanto aos sentidos do que é comunicado.
- Fatores psicológicos – também muito relacionada com a experiência de vida e com a avaliação que usualmente se tende a realizar entre Pessoas, consoante a impressão causam.

Genericamente, uma real variedade de determinantes, que colocam os sujeitos numa escala de apreciação mútua e implicam reflexão sobre a relação que estabelece. Nesta perspetiva a comunicação é um processo multidimensional e dinâmico, que implica desenvolver meios de interação eficaz, em função especificidades e, assim, podendo constituir um dos indicadores mais importantes na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. (Howick, et al., 2018; Sequeira, 2016; Lee, 2015).

Saber emitir, saber ouvir, empatia e assertividade são alguns dos fatores chave neste processo. Saber ouvir passa por ouvir desde a primeira palavra pronunciada pelo emissor, assim como estar atento a todas as opiniões; concentrar-se no que está a ouvir, e não se precipitar em tentar adivinhar a mensagem, para além de pressupor que o silêncio faz parte da comunicação, e saber geri-lo sem ansiedade (Sequeira, 2016).

Estudos comprovam inclusive que, com frequência, os enfermeiros adotam comportamentos comunicacionais assertivos com os clientes, mas nem sempre no seio da equipa, o que influencia secundariamente o cuidado, a médio ou longo prazo. Valores médios de realização pessoal despersonalizados surgem como fatores determinantes nesta tendência (Almeida, 2020).

Porém, embora a falha de comunicação possa ser um fator contribuinte para alguns erros, supõe-se que a maioria dos erros relatados possa não ser o resultado direto da comunicação, e isso requer investigação adicional (Almeida, 2020; Cook 2018; Howick, et al., 2018; Sequeira, 2016).

Ora, entre profissionais de Enfermagem, a prática vincula comportamentos tão técnicos, quanto emotivos e relacionais, porque embora direcionados para a proteção da saúde, muitas vezes implicam a vida ou a morte de alguém. Similarmente, vieses cognitivos e traços de personalidade são descritos, como potenciadores de imprecisões diagnósticas e erros, resultando em má gestão ou utilização inadequada de recursos, enquanto excesso de confiança, menor tolerância ao risco, efeitos de pertença num determinado grupo, e limitações de disponibilidade intrínsecas, foram associados a imprecisões que interferem nos momentos de transição de cuidados (Saposnik, et al., 2016).

Cumulativamente, o objetivo partilhado de estabelecer e sustentar uma prestação de cuidados eticamente íntegra e verdadeiramente resiliente associa-se sobretudo à análise do erro humano (Cordeiro, et al., 2018; Kim, Coiera & Magrabi, 2017; The Joint Commission, 2017).

Erros de comunicação quando relatados, representaram uma proporção menor de falhas atribuídas a fatores humanos. A grande maioria é relacionada com falhas na "comunicação informativa" causadas por "erros no processamento de mensagens, instruções e dados" (escrita ilegível ou mensagens verbais incompreendidas, ou por falhas no uso de protocolos de transferência padronizados). Os restantes são atribuídos a erros de "comunicação interpessoal" denotando a importância de ferramentas de transferência de informação prévia à transferência do cuidado (Clapper & Ching, 2020).

Problemas intrínsecos à comunicação são, portanto, considerados uma ameaça. A aposta numa cultura centrada no comportamento humano deve, pois, associar-se aos sistemas formais de gestão, pelo que a cultura de segurança, seria assim definida

essencialmente por um padrão de comportamento entre o ser humano e uma organização unificada, baseada em crenças e valores, mas sobretudo em reduzir continuamente os efeitos negativos dos cuidados de enfermagem. De facto, este é um processo talvez até abstrato, mas é um importante determinante da organização de saúde (Gunawan & Tutik, 2019).

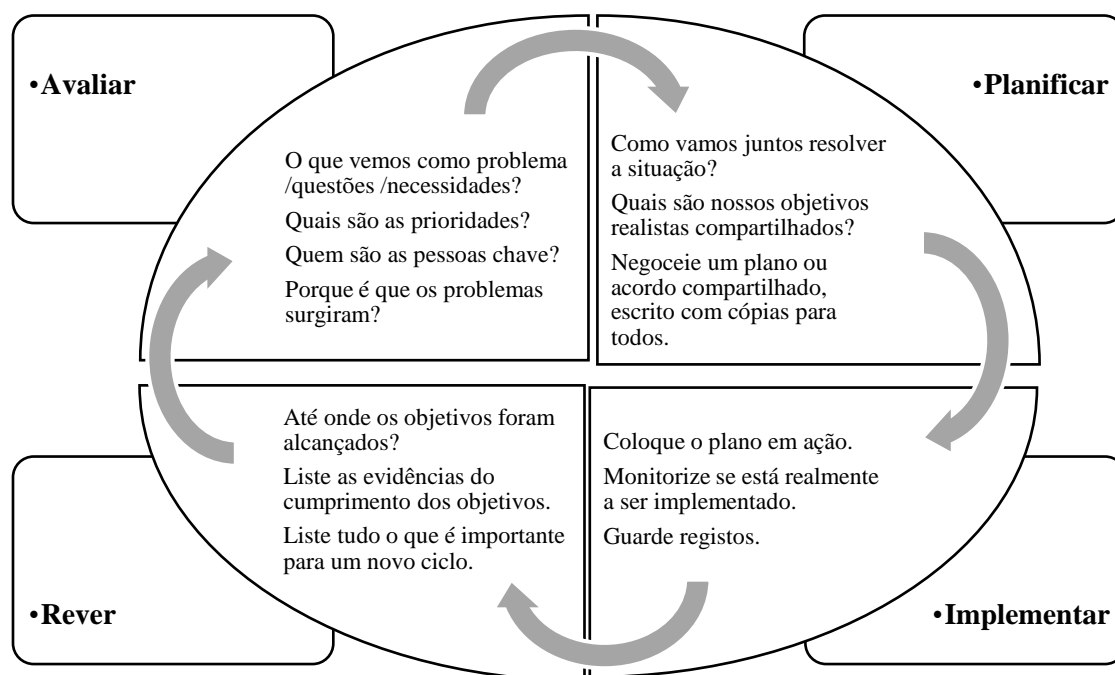
Saber o que comunicar é apenas uma parte da equação. Muitos dos eventos trágicos reportados em casos de negligência, refletem momentos em que comunicação não foi eficaz: um esforço para a transferência de informações foi intencional, ou mesmo iniciada, mas não concluído. Sistemas, processos (métodos e ferramentas) e uma cultura que incentive os Enfermeiros a escalonar preocupações, ajudam a garantir que a comunicação é concluída de forma precisa e oportuna (Risks, 2015).

Ferrara et al. (2017), Abraham, et al. (2014) Wasserman (2014) e Wright (2013), corroboram estas conclusões e defendem igualmente que melhorando e avaliando habilidades de comunicação, se transferem efetivamente dados e cuidados, em segurança, sendo o pilar deste pressuposto, o reconhecimento de que há sempre hipótese de algumas informações críticas não serem efetivamente transmitidas a todos os que precisam saber, ou não serem confirmadas por aqueles a quem foi dirigido o ato de comunicação.

E, nesta perspetiva, poderá então afirmar-se que uma boa comunicação influencia positivamente os cuidados prestados (Buljac-Samardzic et al., 2020; Newton, Llewellyn & Hayes, 2019; Chambers, 2017; Grady & Hinshaw, 2017; Streimelweger et al., 2015).

Por outro lado, quando boas capacidades comunicacionais identificam os problemas com eficácia, aumentam níveis de satisfação. Há benefícios na atenção recebida, a decisão terapêutica, o grau de seguimento dos planos e reduzem reclamações por má prática (Gunawan & Tutik, 2019; Saposnik, et al., 2016). Simultaneamente, o bem-estar do próprio profissional aumenta, numa interdependência com a motivação individual e de grupos, o que constitui mais do que um desafio, uma reflexão premente (Saposnik, et al., 2016). Potenciando práticas que evitam perda de confiança nas relações assistenciais, e que minimizam o impacto dos erros, sobre os próprios profissionais (Newton, et al., 2019).

Sutton em 2006 usou a sigla ASPIRE, para enquadrar a avaliação, planeamento, implementação e reavaliação do processo, conforme explícita a figura 4. Originando um modelo teórico explicativo que embora detenha mais de uma década, continua altamente relevante, pela introdução de duas características fundamentais para uma evolução positiva da relação que se estabelece: a reciprocidade e a continuidade (Newton, et al., 2019).



**Figura 4** - Processo ASPIRE como um ciclo

Fonte: Palmer, S. & McMahon, G. (Eds.) (2001). Professional Skills for Counsellors: Client assessment London: SAGE Publications Ltd doi: 10.4135/9781446221624

Parâmetros interpessoais como assincronias de diferenciação profissional e diferentes níveis de empatia, em diversos momentos ou contextos, exigem integridade e liderança comunicacional, agir com honestidade, tratamento justo e sem discriminação ou assédio, mas sobretudo na consciência de que, cada comportamento, influencia o comportamento do outro (Newton, et al, 2019; Pun et al., 2015).

Espera-se que os enfermeiros, neste paradigma, adotem estratégias organizacionais e que se aposte em conjunto em tais princípios de segurança efetiva (Vaismoradi et al., 2019, p. 17).

Neste âmbito, o papel de um clima de trabalho interessante, e do humor até, e a existência de feedbacks com repetição das interações ou provas, não possam ser subestimados. Para isso, há que despertar consciências para o facto de que, ninguém é um destinatário passivo do cuidar (Newton, et al., 2019).

A experiência passada, presente e futura (enquanto aspiração e necessidade) intervêm nas ações de todos os intervenientes num processo de comunicação. Numa verdadeira coprodução, alicerçada em capacitações e em identificação de novas oportunidades, sempre que há o reconhecimento das mesmas e aceitação dos riscos (Vaismoradi et al., 2019, p. 17).

## 1.2 COMPETÊNCIA EM COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Considerada uma ferramenta ímpar no desenvolvimento do processo de cuidar em Enfermagem, a comunicação estabelece a formação de vínculos, a satisfação das necessidades da pessoa, e a partilha de experiências, nos processos de saúde e doença (Watson et al., 2015; Foster & Manser, 2012).

A busca pela construção do conhecimento e melhores práticas assistenciais, neste contexto determina, no entanto, a mobilização de sentimentos e capacidades das pessoas envolvidas, articulando como em bola de neve, toda uma rede de saúde. Atualmente a prática de Enfermagem vê-se, perante deficiência de investimento em políticas de recursos humanos, além de transformações necessárias da forma de repensar a formação dos profissionais (Risks, 2019).

Estudar de alguma forma a etnografia da comunicação - entendida num amplo sentido semiótico incluindo as chamadas para-linguagens como a cinésia e a proxémica<sup>1</sup>- permite tentar perceber como se desenvolvem as mais diversas atividades sociais, desde a mais institucionalizada, até à mais prosaica e entre pares (Cook, 2018; Winkin, 2001).

Se a antropologia da comunicação introduz uma abordagem cultural do fenómeno comunicacional, à etnografia da comunicação corresponde o trabalho de

---

<sup>1</sup>“Estudo do espaço de proximidade ou distância entre indivíduos, nomeadamente do ponto de vista comportamental, cultural ou social”. in: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021, <https://dicionario.priberam.org/prox%C3%A9mica> [consultado em 29-05-2021].

análise empírica da prática comunicativa. Ele pretende descrever o processo de comunicação enquanto processo simbólico fundador das sociedades humanas, nos quais os comportamentos comunicativos das Pessoas constituem os dados da sua análise, mas o objetivo é, definir os padrões que sustentam a interação (Philipsen, 1989).

É justamente por este motivo que parece relevante estudar em práticas qualificadas de enfermagem, por exemplo variáveis socio demográficas, acadêmicas ou profissionais, e a sua influência em certas habilidades e competências. Sobretudo pela possibilidade de detetar algum grau de previsibilidade, estabilidade ou regularidade na comunicação, pela análise de padrões. Permitindo ao investigador focar-se nos atributos diferenciadores, enfatizando a sua especificidade nos processos de construção e de partilha social do sentido (as suas premissas, as suas “formas de vida”, as suas “regras impercetíveis”, os seus códigos).

Conhecimentos sólidos da literatura científica poderão facultar conhecimentos de fundo, necessários para interpretar a singularidade do objeto de investigação, por exemplo, o que pode apenas parecer uma variação de um único código linguístico pode, afinal, ser a emergência de uma estrutura e de um padrão peculiar de um grupo, hábitos e práticas (Hymes, 1964). Se se considerar o ato de fala como parte de um sistema comunicativo característico de um dado grupo social, os elementos e relações do código linguístico, assumirão complementarmente, novos contornos (Philipsen, 1989).

Este último pressuposto é fundamental, pois ao aceitar que os significados existentes na comunicação entre duas ou mais Pessoas, podem ser constantes, então, o estudo sistemático desses padrões comunicativos, poderá ser realmente muito relevante. Um padrão mínimo quanto ao conhecimento dos profissionais de enfermagem pode então ser assumido, pela presença de diferenças que podem estar presentes em habilidades de comunicação; seja entre uma enfermeira recém-licenciada e uma contraparte experiente, seja, entre enfermeiras de diferentes enfermarias ou especialidades e possivelmente até mesmo atitudes (Broca, 2015).

Por conseguinte, a forma como o fazemos pode gerar resultados mais ou menos alinhados com a intenção do emissor, sendo que estes podem ser mais ou menos eficazes e gerar mais ou menos efeitos no outro (Turkelson et al., 2017). A eficácia das transferências estruturadas, é assim dependente de capacidades dos profissionais,

considerando diferentes tipos de conhecimento, atitudes e valores (Bukoh & Siah, 2020).

Esta máxima é importante para o reconhecimento de todos os problemas, e sobretudo na melhor escolha, entre alternativas disponíveis, após reflexão em cada equipa e situação. O que requer habilidades de comunicação, e pensamento crítico (Watson et al., 2015).

É, em boa verdade, uma das competências básicas do enfermeiro, sendo também importante para a prestação de um serviço de saúde com qualidade, principalmente pela questão de interpretação subjetiva dos códigos comunicacionais do outro, que podem ser verbais ou não verbais (Fowler et al., 2021; Santos et al., 2019).

Basta pensarmos paralelamente, na interferência que um mau estabelecimento do canal de comunicação infere à comunicação (considerando diferentes percepções, sentidos e envolvimento, dos quais dependem os de conteúdos, estruturas e códigos a decifrar), bem como na influência de fatores ambientais, como na presença de terceiros ou distúrbios de fundo, e na sua interferência na qualidade das mensagens que são transferidas. Vários estudos demonstram como o sorrir, o olhar dirigido, o posicionamento e balancear da cabeça, a inclinação na direção do outro e o toque são essenciais para um bom canal de comunicação. Por outro lado, se as Pessoas se demonstram apressados, o outro pode considerar falta de utilidade da informação, e desinteresse no que está a ser transmitido (Broca, 2015).

Degradação de informação, perda de informação, variância de focos de atenção, falta de treino, atrasos múltiplos de intervenções e respostas, falta de feedback, falta de respeito ou desinteresse, redundâncias, falta de atenção, défices tecnológicos e conflitos de objetivos ou de perspectiva, são algumas das barreiras descritas. Com tanto a considerar e a acontecer em simultâneo, facilmente ocorrem assincronias, que se determinadas, poderão ser encaminhar ajustes nos processos e consequentemente nos resultados. (Bukoh & Siah, 2020; Broca, 2015).

A escuta ativa surge neste paradigma como uma habilidade ímpar baseada numa atenção sincera, permitindo ao ouvinte decodificar mensagens, demonstrando entendimentos e, assim, estabelecer uma comunicação eficaz, facilitadora de diálogos verdadeiramente produtivos, alcançados quer pelo reflexo, instituído, parafraseando e

resumindo, e constituindo, pois, uma atividade intencional e planejada de encontro com a perspectiva do cuidar subjetivo (Turkelson et al., 2017; Tschannen, et al., 2015).

De acordo com Puggina e Da Silva (2014) correspondendo verdadeiramente a uma habilidade de relacionamento eficaz com outras pessoas, de forma adequada às necessidades de cada uma, e à exigência da situação. Podendo ser influenciada pelo ambiente e situação em que ocorre a interação, bem como, pela capacidade da Pessoa em demonstrar os seus sentimentos, ser proativo, dar *feedbacks* e estar disponível na relação.

Estas autoras vão muito de encontro ao que Arthur Bochner e Clifford Kelly procuraram determinar num comunicador competente ainda em 1974, quando identificaram cinco competências:

1. Empatia. Uma conexão emocional com outra pessoa, sem sentir pena dela. A empatia genuína inclui o que Aristóteles chamou de lógica, emoção e boa vontade. Não é apenas se colocar no lugar do outro. Significa que há noção da discórdia, mas há lugar à tentativa de entendimento. Não se espera reciprocidade.

2. Auto revelação. Compartilhando informações pessoais com outras pessoas. Não pertence a ninguém além do próprio. É direito e responsabilidade de uma pessoa se revelar. É um ato voluntário. Existe uma relação entre a duração do relacionamento e a profundidade da divulgação.

3. Consciência pessoal. Cada Pessoa possui sentimentos e pensamentos. É o trabalho de alguém falar por si mesmo. Usar o “eu” permite comunicar o que se quer, acredita e sente. É a linguagem “Eu” versus a linguagem “Você”. “Não consigo ajudar quando alguém grita comigo” versus “Se gritar comigo de novo, vai me fazer desligar o telefone”. Não é culpa.

4. Capacidade de resposta. Como dou e recebo feedback. Inclui empatia, autorrevelação apropriada, e domínio de pensamentos e sentimentos.

5. Flexibilidade / Adaptabilidade de Comportamento. Adaptação ao contexto em que a pessoa se encontra. Implica um diagnóstico da situação- capacidade de

compreender nosso próprio contexto interpessoal e o da outra pessoa. Traduz a capacidade de agir na compreensão do contexto.

(Bochner & Kelly 1974)

Para Puggina e Silva (2014) a análise é feita analogamente, mas quanto a cinco domínios, e considerando uma só competência, como por efeito acumulativo, das características supracitadas, numa verdadeira reunião e seguindo a seguinte lógica:

Em primeira instância, há influência do espaço e do ambiente na expressão, percepção e persuasão. Defendem as autoras que como os espaços são construídos pelas Pessoas, bem como, a Pessoa é moldada pelo espaço e pelo ambiente a sua volta. Quanto melhor a capacidade de adaptação a um ambiente, melhor e mais rápido se consegue comunicar eficazmente. Esta capacidade é intitulada como controle do meio ambiente.

Neste paradigma, alguém competente em comunicação interpessoal, terá habilidades de autorrevelação; ou seja, demonstra pensamentos, ideias e sentimentos através da comunicação, revelando comportamentos, corporais e não verbais, que revelam aceitação, afeto, proximidade e confiança, bem como os sentimentos da Pessoa na interação. Para além disso é assertivo, envolvendo a habilidade proativa de defender os próprios direitos sem negar os direitos do outro, demonstrando segurança, decisão e firmeza nas atitudes e palavras (Puggina & Da Silva, 2014).

Um quarto domínio da competência das interações de comunicação, surge relacionado com a questão do *feedback*, sublinhando o dinamismo em que as Pessoas em interação, imputam e acrescentando a necessidade intrínseca de existir alguma disponibilidade bilateral, adquirindo o olhar um grau de importância extremo, enquanto o primeiro sinal de interesse de, e por uma Pessoa (Puggina & Da Silva, 2014).

Esta autêntica cadeia de valor da informação, fruto de reflexões tão completas, podem, pois, aprimorar a medição e facilitar a identificação dos riscos mais significativos para a segurança da prática de Enfermagem. Balizando a problemática numa necessidade de descrever recursos pessoais, como a experiência e informações disponíveis (Santos et al., 2019). Nomeadamente quando são considerados aspetos de interculturalidade devido à mobilidade transfronteiriça, ou até mesmo somente pela heterogeneidade etnográfica, entre diferentes Pessoas, de distintas regiões, no mesmo

país. Demonstrando respeito pela diversidade de opiniões e formas de estar, e respeitando regras de interação. Ou seja, tolerando diferenças e dissidências, interagindo com empatia, e diminuindo estereótipos, no que a comportamentos diz respeito (Fowler et al., 2021; Santos et al., 2019).

Abordar, pois, a montante, dimensões emocionais e psicológicas associadas será crucial, numa interdependência de desigualdades inatas, curiosamente, muitas vezes presentes, na força autoritária anti conhecimento e anticientífica que é, ora sinónimo de resistência à mudança, ora tradução de algo politicamente correto e normatizado (Kim, Coiera & Magrabi, 2017). E, implicando de igual forma a ponderação da mediação de conflitos ou dos comportamentos de líderes, como potencialmente mais relevantes, numa comunicação eficaz (Kim et al., 2020; Kim, Coiera & Magrabi, 2017).

Sabe-se que neste contexto, há instituições completamente diversificadas no que diz respeito à rotina, profissionais, tipos de clientes, processos e procedimentos administrativos. Por esse motivo, desempenhar a comunicação nesse ambiente é tão plural quanto indefinido por vezes, pelo que o estímulo da dinâmica relacional de uma organização de saúde, depende das competências interpessoais e de comunicação de todos os profissionais, independentemente de posições ou hierarquias (Kim et al., 2020; Karam et al., 2018; Müller et al., 2018).

Uma descrição clara do papel individual, uma definição das características de tarefas, a definição de parâmetros de prática, e a consciência dos recursos, objetivos e capacidades de outras organizações, podem contribuir para empoderamento de práticas e relações (Amiri et al., 2018; Gifford et al., 2018; Kuiper et al., 2016).

O conhecimento de perfis é ainda determinante para que saibamos que profissionais podem ou não ter acesso a cada tipo de informações, que processos ou ferramentas poderão ser implementados e até para definir níveis de prioridade (Gifford et al., 2018).

A consciência dos padrões de pensamento e comportamento, permite em comunicação de alta performance, podendo transformar os momentos de atos em saúde, em experiências muito mais positivas. Analisando e refletindo sobre possíveis padrões de pensamento e comportamento das Pessoas, de forma cíclica e seriada, para que os

resultados que se obtém com a comunicação, possa não só ser mensurada como exponenciada (Buljac-Samardzic et al., 2020).

### 1.3 QUALIDADE DA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO

Cada ambiente de saúde tem seus próprios problemas e desafios relacionados com transferências. A Joint Commission enfatiza a importância de organizações de saúde recorrerem a processos que identifiquem as causas das falhas de transferência, e as barreiras para a melhoria, em cada ambiente de comunicação, nomeadamente, na identificação, implementação e validação de soluções para o desempenho qualificado (The Joint Commission, 2017).

Recomenda inclusive, o não recurso exclusivo a transferências singulares (eletrónicas ou em papel) e, sublinha que se a comunicação face a face não for possível, se comunique em tempo real, por telefone ou videoconferência, possibilitando tempo suficiente e oportunidades para fazer perguntas, e cumulativamente, sintetizando informações de fontes díspares, em vez de comunicá-las separadamente (The Joint Commission, 2017).

Algumas particularidades são destacadas, nomeadamente a certificação de que no mínimo, o conteúdo crítico a ser comunicado ao recetor, inclua informações de contato do remetente, a avaliação da doença (The Joint Commission, 2017).

Embora tenham sido implementados estudos de análises variadas sobre esta temática ao longo dos últimos anos, permanece ainda atual na prática, a perceção de desempenhos desadequados, o que é contraditório.

Falta confiança na capacitação possibilitada pela transmissão de informação num desempenho partilhado, e a continuidade de um plano de cuidados é ainda fonte de frustração e insatisfação profissional em Enfermagem, mesmo após a adoção de protocolos de comunicação padronizados (Rodríguez, et al., 2018; Shahid & Thomas, 2018; Colvin, Eisen, & Gong, 2016; Lee, et al., 2016; Nagammal, et al., 2016; Birmingham et al., 2015; Kowitlawakul, et al., 2015; Watson et al., 2015).

Se o enfermeiro possui habilidades comunicativas que influenciam a qualidade e a eficiência do processo terapêutico, bem como a segurança do cliente e da equipa interdisciplinar, a comunicação eficaz poderá ser realmente a chave para reduzir o tempo de internamento, aumentar o envolvimento dos diferentes intervenientes no processo terapêutico, e a qualidade do atendimento prestado (Iwanow et al., 2021).

Porém, o profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. Seguindo estas premissas, a comunicação exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde (DGS, 2017).

Mas de forma generalista, a transmissão de informação (handover) embora tarefa frequente e complexa da equipa de enfermagem, implica a transferência da responsabilidade dos cuidados (handoff), incorporando ainda inúmeras deficiências, muito associadas a lacunas na segurança clínica, mas também na insatisfação do cliente e do próprio profissional, o que determina aumento dos custos de saúde (Rodríguez et al., 2018).

O estudo sobre estas temáticas, realizado por Rodríguez et al. (2018, p.169) num contexto de cuidados intensivos, definem vários termos fundamentais relativos a este processo:

- Transferência de informações: refere-se à comunicação entre profissionais de saúde, no qual informações clínicas são transmitidas; a responsabilidade dos cuidados é transferida temporariamente (mudança de turno) ou permanentemente (mudança de serviço ou alta);
- Transferência de informações intra disciplinares: comunicação que ocorre entre profissionais de saúde com a mesma categoria profissional (ex. enfermeiro-enfermeiro, médico-médico e assistente operacional-assistente operacional, na passagem de turno);
- Transferência de informações interdisciplinares: comunicação que ocorre entre profissionais de saúde que têm diferentes categorias profissionais (ex. médico-enfermeiro, enfermeiro-assistente operacional);
- Transição de cuidados: comunicação que ocorre quando o cliente é transferido para outro serviço, para a continuação do tratamento;

- Check-list: esta é uma ferramenta que permite determinar se certos procedimentos padronizados foram realizados ou se o equipamento / recursos necessários para realizar uma atividade com segurança estão disponíveis;
- Metas diárias: são uma série de objetivos que se pretende alcançar no decurso do dia. Uma lista de verificação permite que eles sejam visíveis para todos os membros da equipa;
- Sessões informativas (briefings): briefings são reuniões curtas da equipa em que as funções são atribuídas, expectativas são estabelecidas e os problemas são antecipados. Pode ser orientado no sentido de identificar situações de risco;
- Reuniões de equipa: são reuniões curtas (máximo 15 min) em que cada membro da equipa indica o objetivo prioritário de sua atividade. Essas reuniões são úteis para reajustar objetivos.

Reconhecer todos estes conceitos, e relacioná-los com uma área ou serviço específico, constitui talvez a maior dificuldade da Enfermagem, dadas as dimensões sociais e económicas que se associam. A singularidade, pessoalidade e a exigência da qualidade da relação interpessoal, tornam cada momento específico, especializado e complexo (Gunawan & Tutik, 2019).

A orientação da prática de cuidados às pessoas que neles participam, determina que não seja assumida então, de forma imediata, um contexto desvirtuado de conteúdo e conhecimento, segundo o que se aferiu no subcapítulo prévio. Implica um ir de encontro a aspetos tão específicos, que traduzem sempre uma representação bilateral, e um custo multidimensional que não poderia isoladamente constituir-se, pois não pode ser dissociado das suas incidências sociais, económicas, relacionais.

Saber comunicar não é, talvez por isso, especificamente ensinado muitas vezes ainda, pela sua complexidade e pluridimensionalidade, embora, como se vê assuma um peso fundamental. Há que considerar que quanto maior a nossa capacidade de processamento e distribuição de informação e conhecimento, menor a nossa capacidade para comunicar e conversar, pelo que urge comunicar eficazmente, ao invés de obter mais volume de informação (Silva, et al., 2016).

Neste prisma, alguns fatores são identificados como necessários para garantir a segurança comunicacional: o trabalho em equipa, a aprendizagem organizacional e o

apoio da gestão hospitalar às questões de segurança (Gunawan & Tutik, 2019; Rodríguez et al., 2018).

As principais barreiras associadas a tipo de transmissão de informação estão relacionadas com o emissor<sup>2</sup>, com o recetor (medo de perguntar), ou com ambos<sup>3</sup>. Acrescenta-se ainda a falta de padronização do processo, o ambiente (ruído, interrupções e falta de confidencialidade e intimidade), limite de tempo, o cliente (a transmissão de informação será mais complexa no caso de clientes mais graves) e o treino muitas vezes escasso (Rodríguez et al., 2018; The Joint Commission, 2017).

É importante primar para que a informação transmitida entre a equipa interdisciplinar se caracterize por clareza, oportunidade e precisão; que não seja ambígua, mas sim completa, atempada e compreendida pelo recetor, evitando erros, diminuindo os eventos adversos e, conseqüentemente, a mortalidade (DGS, 2017).

De facto, nem todas as pessoas respondem de maneira semelhante ao mesmo acontecimento. É pertinente que, enquanto profissionais, os enfermeiros determinem quem pode estar em maior risco de sofrimento emocional e, conseqüentemente até de alterações fisiológicas, inclusive entre pares e, sublimem a comunicação empática e assertiva, como a chave para facilitar a solução imediata das suas preocupações e incertezas (Clayton, Dingley, & Donaldson, 2017; Duclos-Miller, 2017).

Similarmente, Manser et al. (2010) já há mais de 10 anos referia que os estudos sobre o handoff e comunicação em Enfermagem averiguavam apenas a veracidade e integridade das informações transferidas, não abordando muitas vezes, os aspetos sociais da comunicação. Os mesmos autores estabelecem a construção deste processo implicando várias etapas (Manser, et al, 2010). Desde a criação de um mapa do processo, pela definição de pontos chave para a condução da transferência de informação, passando pela difusão do mesmo, obtenção de feedback e por fim o acompanhamento do processo (Rodríguez et al., 2018; Manser, et al, 2010).

---

<sup>2</sup> Dificuldade em transmitir as informações relevantes de forma ordenada, informações excessivas ou dificuldade em lembrar parte da informação (Rodríguez et al., 2018)

<sup>3</sup> Barreira cultural, atenção diminuída devido ao fato de que este é um processo de rotina e a inclusão de julgamentos pessoais e dados subjetivos (Rodríguez et al., 2018)

Mais ainda, as transferências destruturadas têm sido descritas como contribuintes para erros, omissões, atrasos de tratamento, ineficiências de trabalho, tratamento inadequado, eventos adversos com danos menores ou maiores, aumento da duração de internamento ou reinternamentos evitáveis e aumento custos (Gundrosen et al., 2018; Muller, et al., 2018; Rodríguez, et al., 2018; Brady et al., 2017; Hammerstad et al., 2016; Spooner, et al., 2016, et al., 2016).

A padronização da informação através da mobilização de *checklists*/mnemónicas poderá ser uma mais-valia neste sentido. Contribuindo para a manutenção da segurança e continuidade de cuidados. Vários estudos corroboram este facto (Ferrara et al., 2017; Moore et al., 2017; Rodríguez et al., 2018; The Joint Commission, 2017; Thomas et al. 2013; Wright, 2013), sendo descrito que uma transferência padronizada se inicia com profissionais habilitados a usar uma ferramenta oral e/ou escrita (Silva et al, 2016; Criscitelli, 2013).

As ferramentas mnemónicas parecem facilitar a informação estruturada e evitar a omissão de dados que possam ser relevantes. Porventura, a gravação ou transcrição das palavras urgem, cada vez mais, para determinar um status mensurável no futuro (Castro, 2019; Farias et al., 2018; Rodríguez et al., 2018; Duclos-Miller, 2017).

Mas, coexistem, diferentes processos e ferramentas com frequência, e nem sempre há provas de uma utilização eficaz. Estas inconsistências de formatos e ferramentas de transferência não facilitam, pois, a conquista de um padrão equitativo e seguro, pelo que mais é menos literalmente, de forma que habilidades processuais não sejam perecíveis e promovam uma verdadeira proficiência (Clapper & Ching, 2020).

Critérios de alta fiabilidade sustentam, mais recentemente que, essencialmente o foco deve permanecer na divulgação das melhores práticas em transferências, e na sua realização com prioridade cultural (Müller et al., 2018). Constituindo sobretudo um esforço diário, conduzido com a maior qualidade para cada cliente, em cada transição de cuidados, o que fundamenta o requerimento de lideranças fortes, recursos e implementação eficaz de um programa de monitorização longitudinal, integradas às normas e expectativas culturais de cada organização e construindo verdadeiramente uma melhoria continua (Burgess et al., 2020; Müller et al., 2018; The Joint Commission, 2017).

Traduzir confiança nos processos de comunicação, diminuir variações e defeitos (desperdícios), foco na obtenção de melhores resultados e uso de evidências cujo objetivo central seja a qualidade, urge. Na base de que os remetentes são sempre responsáveis por enviar ou transmitir dados aos destinatários, previamente identificados, e que se supõe aceitarem a responsabilidade pelos cuidados (Burgess et al., 2020; The Joint Commission, 2017).

Modelos estruturados como o I-PASS<sup>4</sup>, ED-PASS<sup>5</sup>, I PUT PATIENTS FIRST<sup>6</sup>, foram já largamente desenvolvidos, mas a literatura considera a metodologia ISBAR como a mais difundida e estudada (Burgess et al., 2020; Müller et al., 2018; Rodríguez et al., 2018).

Nesse sentido tem sido debatida a importância de procedimentos normalizados para os momentos de transição de cuidados, sendo o exemplo disso os instrumentos de comunicação como a ISBAR (Situation, Background, Assessment e Recommendation), adotada pela primeira vez na Marinha Nuclear dos Estados Unidos da América, pela mão de Michael Leonard, sendo posteriormente desenvolvida para a utilização em cuidados de saúde (Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2016).

Baseado nessas premissas em Portugal, a DGS implementou a norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” recomendando a utilização da metodologia ISBAR em todas as transições de cuidados independentemente do nível de prestação, com especial prioridade para a transferência de informação em momentos críticos ou vulneráveis da prestação de cuidados. Recomendando que a transição de informação seja escrita, por forma a garantir um mínimo de informação como definido no Despacho nº 2784/2013. E que em situações em que a seja realizada de forma oral,

---

<sup>4</sup> I-PASS – Ferramenta que infere sobre a gravidade da doença, resumo do histórico clínico, lista de ações, consciência da situação e planos de contingência, síntese pelo recetor (The Joint Commission, 2017).

<sup>5</sup> ED-PASS – Ferramenta que preconiza o enunciar da gravidade de emergência, disposição dos intervenientes; resumo do cliente, lista de ações, plano de contingência / consciência situacional, síntese pelo recetor (The Joint Commission, 2017).

<sup>6</sup> I PUT PATIENTS FIRST - Aplicada tendencialmente em contexto de bloco operatório; remete para o enunciar de: Identificação nominal e de a função e histórico médico anterior do cliente (médico, cirúrgico, social); Diagnóstico e procedimento subjacentes; Técnica (anestesia geral, neuroaxial, regional) Acessos periféricos, linhas arteriais, linhas centrais, drenos; Alergias; Intervenções terapêuticas (analgésicos, antibióticos); Parâmetros de intubação (muito difícil, moderadamente difícil, fácil); Probabilidade de extubação (já extubado, muito provável, improvável, definitivamente nenhuma extubação planejada); Necessidade de perfusões (epinefrina, vasopressina, norepinefrina, insulina, propofol, etc.); Plano de tratamento para cuidados pós-operatórios (metas de pressão arterial, configurações do ventilador); Sinais (sinais vitais durante o caso e mais recente); Fluidos ; Eventos intraoperatórios (se houver); Exames laboratórios recentes (hemoglobina, glicose, etc.); Sugestões para atendimento pós-operatório imediato (ex: especial posicionamento, controle da dor, necessidade de bombas, etc.); Momento / hora prevista de chegada à unidade de cuidados intensivos (The Joint Commission, 2017).

se realize sem interrupções e adotando o modelo contido na mesma norma, com base na mnemónica ISBAR. Mais ainda, determina que seja assegurada formação aos profissionais envolvidos na transferência de informação, para uma comunicação eficaz, bem como a realização de auditorias para monitorização da implementação de processos ou normas, quer a nível local, regional e nacional (DGS, 2017).

#### 1.4 ISBAR

A qualidade é um pilar fundamental de qualquer sector de atividade. No sector da saúde, deixou de ser um fator opcional e tornou-se uma prioridade, uma exigência e um requisito de enorme importância na gestão das organizações de saúde, representando responsabilidade, ética e respeito, no entanto, esta preocupação não é algo recente, estando pelos princípios éticos da beneficência e não maleficência, desde sempre inerente à prática clínica.

O uso de normas e o recurso a de ferramentas de comunicação padronizadas, tem colmatado lacunas neste âmbito, essencialmente porque permitem limar a falta de estrutura formal e de linhas orientadoras, contribuindo para organizar a informação em momentos de handover e handoff (Burgess et al., 2020; Müller et al., 2018; The Joint Commission, 2017).

O maior desafio parece ser o de decidir que informação transmitir. Certo é que, quando o tempo é ocupado na transmissão de informação irrelevante, esse tempo poderia ser utilizado na prestação de cuidados que a PSC necessita (Jorm, White e Kaneen, 2012).

The Joint Commission (2017) enfatiza ainda a importância deste processo, sobretudo pela evidência de melhoria no desempenho da comunicação. A DGS, por sua vez, em Portugal, determina que seja assegurada formação aos profissionais envolvidos na transferência de informação que inclua a técnica ISBAR, bem como a realização de auditorias internas e externas para monitorização da implementação de processos ou normas, a nível local, regional e nacional (DGS, 2017).

Historicamente, a metodologia ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation) foi desenvolvida com o objetivo de estabelecer uma

conversação sistematizada entre enfermeiros e médicos, na situação específica decorrente de um contacto telefónico. Posteriormente este método de comunicação foi disseminado para a comunicação presencial, entre profissionais de saúde de várias disciplinas (DGS, 2017).

Cada inicial do seu nome corresponde a cada um dos campos presentes na metodologia.

Ao “I” corresponde a identificação. Permitindo enunciar informações como nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do cliente, como dos intervenientes na comunicação. A este campo devem obedecer também informações como serviço de origem/destinatário e a Identificação da Pessoa significativa/cuidador informal (DGS, 2017).

O campo seguinte corresponde à Situação Atual (S), onde deve ser descrito o motivo presente da necessidade de cuidados. Incluindo data e hora de admissão, assim como os MCDT já realizados pelo cliente neste contexto de doença ou aqueles que tem agendados/planeados realizar (DGS, 2017).

O “B” (*background*) corresponde aos Antecedentes, permitindo dar relevância a eventos clínicos passados, antecedentes clínicos, níveis de dependência prévios ao internamento, diretivas antecipadas de vontade, alergias conhecidas ou ausentes, hábitos relevantes<sup>7</sup> e adesão e regime terapêutico. Associa ainda à informação descrita, dados sobre técnicas invasivas realizadas, presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde bem como identificação da situação social, e da existência e capacitação do cuidador (DGS, 2017).

O penúltimo campo corresponde à avaliação (“A”), devendo o transmissor referir as informações relacionadas com o estado do cliente, relatando os problemas ativos, terapêuticas medicamentosas e não-medicamentosas instituídas, assim como a sua eficácia e as alterações no estado de saúde do cliente. É neste campo que devem ser enunciados focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas (DGS, 2017).

---

<sup>7</sup> Por exemplo hábitos tabágicos ou etílicos

O último campo, corresponde às Recomendações (“R”). Sugerem-se atitudes e o plano terapêutico mais recomendados à situação clínica do cliente, permitindo a continuidade de cuidados, fornecer informações sobre consultas ou MCDT já agendados, e possíveis necessidades identificadas, se existentes (DGS, 2017).

A DGS afirma que o uso desta metodologia de transição de cuidados veicula uma melhor memorização permitindo projetar melhor cuidados, assim como se define como uma técnica “simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações”, permitindo assim, uma melhor integração de novos profissionais nas equipas, limitando a má comunicação e potenciando qualidade (DGS, 2017).

Os benefícios que advêm da utilização da metodologia ISBAR, de acordo com Burgess et al., (2020) são inúmeros. Entre os quais, destaca-se a transmissão muito completa de informação, com aparente redução das perdas de dados ou a sua duplicação, permitindo que a transmissão ocorra de forma temporalmente mais abreviada, focada e clara, focada no problema e não nos intervenientes. Como desafios, os mesmos autores apontam, por exemplo, a dificuldade que os elementos mais novos da equipa podem sentir em resumir a informação nos casos mais complexos. Nesse sentido definem alguns pontos chave a ter em consideração quando se planeia o ISBAR, como sendo:

- A transferência de informação deve incluir a transferência da responsabilidade e a manutenção da confidencialidade das informações;
- A preparação do meio de comunicação é vital;
- Ter questões ou linhas de orientação escritas, são cruciais;
- É importante reunir toda a informação relevante;
- Tome notas e registe qualquer instrução;

Sem o uso da metodologia ISBAR, a segurança da PSC diminui. Questões relacionadas com a avaliação, nomeadamente dos diversos sistemas corporais (usualmente caracterizadas por uma grande quantidade de informação), revelam empobrecimento da quantidade e qualidade da informação e respetiva análise, e pouca consistência, correlacionando a limitação da continuidade dos cuidados, por somente 40% dos focos de atenção e de descompensação major, serem muitas vezes, enunciados (Spooner, et al., 2016; Di Delupis et al., 2014).

Há ainda evidências acerca da diminuição no número de quedas, diminuição no número de mortes inesperadas, ou diminuição do número de internamentos em unidades de cuidados intensivos, quando implementada a ISBAR, em contextos críticos (Muller, et al., 2018; Shahid & Thomas, 2018; Nagammal, et al., 2016; Graan, et al., 2015).

No seguimento deste pensamento quando se planeia e estrutura a transmissão de informação é essencial considerar, quem deve estar envolvido, quando deve ocorrer, onde deve ocorrer, como deve ocorrer e que informações devem ser entregues (Burgess et al., 2020).

Permitindo que todos falem a mesma linguagem e organizem pensamentos e ações (Rodríguez, et al., 2018; Graan, et al., 2015). Neste sentido, quando todos os intervenientes têm conhecimento e habilidades no uso desta metodologia, a eficácia aumenta (Burgess et al., 2020).

Mais ainda, parece haver evidências de que as ferramentas orais funcionam melhor, quando associadas e apoiadas em ferramentas escritas, usualmente estruturadas normalmente em formato de lista de verificação e especificando a informação de forma ordenada, garantindo ainda maior precisão, e adicionando estrutura a todo o processo de transferência oral (Criscitelli, 2013, p. 588; The Joint Commission, 2017).

O Despacho nº 2784 (2013) preconiza ainda que, a transição de informação seja escrita não como complemento, mas como prática efetiva, de modo a garantir o aumento da qualidade e quantidade da informação relativa aos registos clínicos disponíveis em formato eletrónico no Sistema Nacional de Saúde (SNS), de forma estruturada e normalizada. Nas situações de mudança de turno ou de outra transição de cuidados de saúde em que a transmissão de informação seja realizada de forma oral, esta deve suplementarmente garantir, a concretização sem interrupções (DGS, 2017). Pelo que, vários autores defendem que a informação handover seja feita face a face, permitindo maior interação e o esclarecimento de dúvidas (Burgess et al., 2020; Rodríguez et al., 2018; The Joint Commission, 2017).

De forma sintetizada, Burgess et al. (2020) contribuem para definir os contributos desta mnemónica em particular no quadro seguinte:

**Quadro 1 – Benefícios e desafios do ISBAR**

<b>Benefícios do ISBAR</b>	<b>Desafios do ISBAR</b>
O handover ocorre com informações completas, reduzindo informações perdidas e duplicadas	Resumir casos complexos pode ser difícil para os elementos menos experientes
Reduz duração da transferência	O recetor pode interromper a transmissão de informação e fazer suposições quanto à capacidade do emissor para realizar a transmissão de informação
Abordagem focada, breve, mas clara, da comunicação	Toda a documentação deve ser atualizada e completa (por exemplo, notas de alta)
Fornecer confiança com recomendações claras	
Concentra-se no problema, não nos interlocutores	
Pode ser usado nos documentos escritos.	

Fonte: Burgess et al., (2020). Teaching Clinical handover with ISBAR. BMC Medical Education, 20 (Suppl2), 1-8 <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>.

Cumulativamente, o número de estudos sobre intervenções conjugadas aumentou exponencialmente na última década. Ao mesmo tempo, a pesquisa tende a concentrar-se em certas intervenções, cenários e / ou resultados, nomeadamente em programas de treino como simulações, os quais parecem fornecer oportunidades mais prementes na melhoria do funcionamento da equipa. Na sua revisão sistemática da literatura, os mesmos autores, mostram que a comunicação interdisciplinar pode ser melhorada se trabalhada ao nível de quatro tipos de intervenção: treino (CRM - crew resource management, TeamSTEPPS e simulações), uso específico de ferramentas como o ISBAR, (de)briefing, listas de verificação/*checklists*, redesign organizacional e implementação de programas específicos nesta área (Buljac-Samardzic et al., 2020).

À sua implementação associam-se ainda condições essenciais, para a sua efetivação com qualidade, principalmente o garantir a inclusão de todos os intervenientes, interrupções mínimas e espaços de trabalho bem delimitados (Buljac-Samardzic et al., 2020; Jeffs, 2017; Scott, et al., 2017; Birk et al., 2016; Ford, Heyman & Chapman, 2014).

A identificação de profissionais altamente habilitados para promover a melhoria da qualidade, e servir como modelos de comportamento quanto à aplicação da metodologia, parece ainda reforçar positivamente todos os que realizam transferências de acordo com o processo padronizado (Jackson, et al., 2016).

Por outro lado, embora se deva encorajar o envolvimento da Pessoa e familiares nas transições de cuidados sempre que possível, não se pode confiar que estes comuniquem por conta própria, informações vitais sobre seus cuidados aos profissionais que recebem referências ou transferências. Não devem, pois, em momento algum, ser delegadas a outros responsabilidades indubitáveis aos profissionais de Enfermagem (Ford, Heyman & Chapman, 2014; Shamji, et al., 2014).

Complementarmente, a monitorização do sucesso da ferramenta de transmissão é fundamental, pelo que à aplicação da ISBAR, se devem mensurar performances e outcome na transferência de informação, descobrindo o que facilitou a comunicação, e os atributos da transferência per si ( Johnson, Sanchez, & Zheng, 2016; Marcotte, et al., 2015; The Joint Commission, 2014; Starmer, et al., 2014). Acrescentando à colheita de dados relativos a eventos adversos relacionados com má qualidade da transmissão de informação, uma abordagem organizacional sistemática, para maior aposta em processos de melhoria de desempenho (Jeffs, 2017; Johnson, Sanchez, & Zheng, 2016; Shamji, et al., 2014).



## **Capítulo 2 - Considerações Metodológicas:**

Segundo Fortin (2009), a investigação é um campo que permite descrever, explicar e prever factos, fenómenos ou acontecimentos, sendo o método mais utilizado a investigação científica, já que tem por base um processo sistemático, racional, rigoroso e aceitável. O seu objetivo é encontrar as respostas para o problema que se pretende investigar (Fortin, 2009).

Para a realização de uma pesquisa com o rigor científico que o método requer, pressupõe-se que o pesquisador escolha um tema de sua preferência, defina o problema a ser investigado, elabore um plano de trabalho consistente e, após a execução operacional desse plano, compile e analise os resultados obtidos, e escreva um relatório final, o qual deve ser redigido de forma bem planejada, lógica e conclusiva (Creswell, 2018; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

É objetivo deste capítulo enquadrar a estrutura da estratégia de investigação, enquanto pesquisa quantitativa.

De acordo com Hernández (2014) permitindo uma melhor definição de fenômenos e variáveis, bem como um ponto de vista baseado em contagens e magnitudes. Focando pontos específicos de tais fenômenos, além de facilitar a comparação entre estudos semelhantes (Hernández-Sampieri et al., 2014).

### **2.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Os serviços de emergência/urgência são ambientes de prática complexos, no qual vários fatores podem introduzir erros humanos e do sistema.

A comunicação foi identificada em estudos prévios, como um foco de atenção potencial para investimento em práticas qualificadas neste cenário. Porque a prática da

enfermagem ocorre num quadro social, no qual os elementos ambientais e as relações interpessoais interagem.

As questões de investigação neste contexto, serão:

Q1 - A ECETIS será uma escala válida e fiável, para estimar comunicação eficaz e segurança na transmissão de informação, em serviços de emergência e urgência em Portugal?

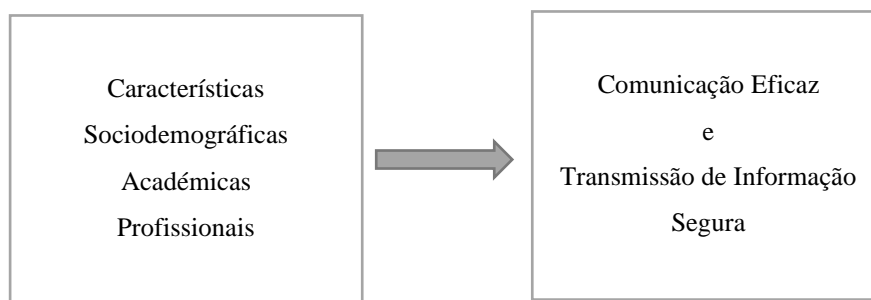
Q2 - Que influência têm as variáveis sociodemográficas, académicas e profissionais na comunicação eficaz e transmissão de informação segura entre enfermeiros, em momentos de handover e handoff, da PSC em Portugal?

## 2.2 TIPO DE ESTUDO

Descrever a abordagem selecionada num estudo de investigação determina o enunciar de uma perspetiva principal ou fundamental, e não única. Sabendo que a escolha de uma ou outra perspetiva, tem implicações importantes no desenvolvimento do mesmo (Hernández-Sampieri, 2014). Determinou-se neste sentido, um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico, vincando ao longo da investigação uma evolução do desenho de investigação, seguindo o pressuposto de que a sua qualidade se relaciona, contudo, com o grau em que se aplica o design tal como foi concebido (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Implicou ausência de interação entre os investigadores e a amostra, de modo direto, exceto pela partilha do instrumento de recolha de dados e na análise e avaliação dos dados obtidos; ou seja, pretende em particular, investigar a incidência das variáveis, e fornecer sua descrição, avaliando a frequência e sua distribuição, num determinado grupo demográfico, e num período de tempo bem determinado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

O desenho de investigação constituiu um plano para objetivar resposta às questões de investigação, estando este representado esquematicamente na figura 5, onde figuram as variáveis consideradas para o estudo (variável independente versus variável dependente).



**Figura 5** – Representação esquemática das variáveis

### 2.3 OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

A seleção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objetivos do estudo e as questões de investigação, não devendo resultar de uma escolha livre e arbitrária do investigador (Fortin, 2009).

Como o próprio termo indica, variável é qualquer coisa que varia. As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2009).

O processo de operacionalização das variáveis traduz-se, assim, num procedimento criterioso no sentido de as definir corretamente quanto ao conteúdo, à forma de as quantificar e de as apresentar. Possibilitando observar e medir conceitos. Assim, as definições operacionais conferem um significado a um conceito ou a uma variável (Fortin, 2009).

Houve necessidade de reorganizar assim variáveis, reagrupando ou eliminando estatisticamente grupos com “n” muito baixos e que não infeririam resultados válidos para discussão. Como por exemplo quanto à variável “tipo de contrato”. Relativamente à localização geográfica houve agrupamento de dados e reorganização de grupos, adicionando à região de Lisboa e Vale do Tejo, os resultados do Alentejo e Algarve. Na apresentação dos resultados essas diferentes operacionalizações irão sendo discriminadas.

No quadro 2 apresenta-se a operacionalização das variáveis independentes, conforme o instrumento de recolha de dados. A variável dependente definiu-se como sendo a comunicação eficaz e transmissão segura da informação.

**Quadro 2** - Operacionalização das variáveis sociodemográficas, académicas e profissionais

Variável	Tipo de Variável	Operacionalização
<b>Sexo</b>	Qualitativa Nominal	Masculino Feminino
<b>Idade</b>	Quantitativa Contínua	Anos completos
<b>Estado civil</b>	Qualitativa Nominal	Solteiro Casado Divorciado União de Facto Viúvo
<b>Habilitações profissionais/ académicas</b>	Qualitativa Ordinal	Bacharelato Licenciatura Pós-graduação Mestrado Doutoramento
<b>Tipo instituição</b>	Qualitativa Nominal	Pública Público-Privada Privada
<b>Vínculo contratual</b>	Qualitativa Nominal	Contrato Trabalho Função Pública Contrato Coletivo Trabalho Contrato Individual Trabalho
<b>Serviço exercício funções</b>	Qualitativa Nominal	Urgência Médico Cirúrgica Urgência Polivalente Urgência Básica Instituto Nacional Emergência Médica Bloco Operatório Cuidados Intensivos Polivalentes Cuidados Intensivos Coronários Outro
<b>Localização geográfica da organização onde trabalha</b>	Qualitativa Nominal	Norte Centro Lisboa e Vale do Tejo Alentejo Algarve Madeira Açores
<b>Horário de trabalho</b>	Qualitativa Nominal	Fixo <i>Rollman</i> / Rotativo
<b>Tempo de exercício profissional na carreira</b>	Quantitativa Contínua	Anos completos
<b>Tempo de exercício profissional na instituição</b>	Quantitativa Contínua	Anos completos
<b>Tempo exercício profissional no serviço de emergência</b>	Quantitativa Contínua	Anos completos

## 2.4 AMOSTRA/PARTICIPANTES

A amostra teve por base uma população de enfermeiros (Continente e ilhas) que prestam cuidados à PSC, em serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, blocos operatórios com valência de urgência, no Instituto Nacional de Emergência Médica, e outros serviços de emergência em Portugal.

O processo de amostragem dependeu de uma tomada de decisão que se tentou aprimorar pela obediência aos critérios de pesquisa. A amostragem foi por conveniência. Os participantes preenchiam os critérios determinados pelos objetivos da investigação; e recorreu-se ao método “bola de neve” porque alguns participantes que se conheciam foram indicando outros que correspondessem ao perfil desejado (Maroco, 2018). O quadro de amostragem foi crescendo até que pareceu saturado pela baixa incidência de submissões, nos últimos dias preconizados para a colheita de dados.

Constitui, portanto, uma amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência. Apesar das suas limitações, a amostragem em bola de neve pareceu ser útil na pesquisa por possibilitar acesso a grupos difíceis de serem contactados, bem como quando por haver precisão sobre sua quantidade (Vinuto, 2014).

Outra vantagem desta amostra - do ponto de vista quantitativo - será a sua utilidade para certos projetos de estudo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por não requerer tanto, uma "representatividade" dos elementos da população (passível de sofrer alterações quanto às características das variáveis do estudo), mas uma escolha cuidadosa e controlada de casos as características específicas enunciadas na declaração do problema.

Com o objetivo de limitar vieses ao estudo, de informação e seleção, foi considerada a natural dependência temporal das experiências e do conhecimento adquirido, em contexto do cuidado à Pessoa em situação crítica, tentando deste modo, evitar modelação da reflexão que se pretendia, por processos de adaptação naturais a meios e grupos, particularmente no que diz respeito a sobre ou subestimas de particularidades dos momentos de transmissão de informação, entre duas pessoas distintas.

Foram determinados como critérios de inclusão (cf. quadro 3) e exclusão (cf. quadro 4), as seguintes características dos participantes, tentando evitar influências de características adicionais, que poderiam interferir no sucesso do estudo ou aumentar o risco de um desfecho desfavorável para esses participantes (Hulley et al., 2007).

**Quadro 3 – Critérios de Inclusão no estudo**

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
PARTICIPANTES	Enfermeiros com mais de um de ano experiência em unidades urgência e emergência, e na instituição de exercício atual
CONCEITO	Transição de cuidado e informação da PSC
CONTEXTO	Serviços de Urgência; Unidades de Cuidados Intensivos, Blocos Operatórios com valência de urgência, Instituto Nacional de Emergência Médica

**Quadro 4 – Critérios de Exclusão no estudo**

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	
PARTICIPANTES	Enfermeiros com menos de um de ano experiência em unidades urgência e emergência, ou na instituição onde atualmente exercem funções
CONCEITO	Transição de cuidado e informação a outros clientes
CONTEXTO	Outros Serviços

### **Caracterização sociodemográfica, académica e profissional da amostra**

Segundo os dados, participaram 442 enfermeiros no estudo, 153 (34.6%) do sexo masculino e 289 (65.4%) do sexo feminino.

A análise das medidas de tendência central, curtose e assimetria quanto à idade, permitiu por sua vez aferir que a distribuição é simétrica na amostra ( $M=39.33$ ;  $DP=7.88$ ;  $SK/erro= 2.70$ ;  $K/erro= -1.24$ ).

A idade mínima dos participantes, correspondeu aos 23 anos, e a idade máxima aos 62 anos de idade completos, representando uma dispersão moderada, segundo Pestana e Gageiro (2014), pela apresentação de um coeficiente de variação de 20.04%.

Pela análise do coeficiente de contingência, há diferença estatística significativa entre o sexo e o estado civil dos enfermeiros pertencentes à amostra ( $p = .001$ ). A maioria dos participantes (64.3%) era casado ou vive em união de facto, verificando-se uma

distribuição idêntica entre os dois sexos. Pela análise do valor residual afere-se relação de dependência, especificamente entre o sexo masculino e o ser casado/viver em união de facto (3.4), e o sexo feminino e o ser solteiro (3.1).

Para além desta informação, apurou-se que a amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros com Curso de Licenciatura em Enfermagem (52.9%), seguidos por aqueles que possuem o Curso de Mestrado em Enfermagem e os que detêm o título de Especialista em Enfermagem, com 24.4% e 21.7%, respetivamente.

Sobressai o exercício em instituições de saúde públicas (86.2%). Destes, 79.6% detém contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado.

Da análise quanto à distribuição por serviços de emergência, apura-se diferença altamente significativa, segundo coeficiente de contingência ( $p < .001$ ) entre o género e o serviço específico de cuidado à PSC. Verifica-se, contudo, quanto ao cruzamento destas duas variáveis em estudo, que houve maior adesão, de enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência médico-cirúrgica e na área do extra-hospitalar, mais especificamente no Instituto Nacional de Emergência Médica (24% e 20.1%, respetivamente).

Ao questionário responderam também 7.5% de enfermeiros que exercem cuidado à PSC noutra serviço (quatro em serviços de urgência, cinco em unidades de cuidados intensivos neonatais, sete em unidades de cuidados intensivos pediátricos, três na unidade de deslocações e evacuação aérea da Região Autónoma dos Açores e dois enfermeiros em serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia).

Quanto à localização geográfica do exercício profissional, 45.2% dos enfermeiros exercem na região Norte, enquanto 19.2% representam a região de Lisboa e Vale do Tejo. A região Centro participou apenas com 16,3% dos formulários submetidos. Do Alentejo e Algarve a adesão foi bem mais limitada (representando 5.7% e 7,5% da amostra). O mesmo aconteceu quanto à representação dos arquipélagos da Madeira e Açores, que totalizaram um valor de 6% das participações.

Prevalece ainda na amostra o regime de horário de rollman (90.5%), sendo a dispersão elevada quantos aos tempos de exercício profissional. No entanto, foram comuns os valores mínimos e máximos de experiência profissional. A mediana descreve que em tempo de exercício profissional na carreira de Enfermagem, o valor corresponde aos 15 anos de profissão completos. Informa, porém, um valor que determina como

prevalente os 10 anos de tempo de serviço na instituição atual e experiência em serviço de emergência.

Nesta área específica, observa-se que 25% dos enfermeiros tem menos de quatro anos de experiência no cuidado à PSC, enquanto 25% detém mais de 15 anos de prática nesta área de cuidado.

No quadro 5 apresentam-se estes dados referentes às características sociodemográficas, académicas e profissionais da amostra, em função do género.

**Quadro 5** – Caracterização sociodemográfica, académica e profissional da amostra

	Masculino (n=153)		Feminino (n=289)		Total (n=442)		Valores Residuais		x <sup>2</sup> (p)
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Femini no	
<b>Estado Civil</b>									
Casado	11	75,8	16	58,1	28	64,3	3,4	-3,4	x <sup>2</sup> =17,81 p<0,001
Solteiro	6		8		4				
Divorciado	29	19	95	32,9	12	28,1	-3,1	3,1	
Viúvo	8	5,2	25	8,7	4	7,5	-1,3	1,3	
	0	0,0	1	0,3	1	0,2	-0,7	0,7	
<b>Habilitações Profissionais/Académicas em Enfermagem</b>									
Curso de Bacharelato em Enfermagem	3	2	1	0,3	4	0,9	1,7	-1,7	p=0,406
Curso de Licenciatura em Enfermagem	80	52,3	15	53,3	23	52,9	-0,2	0,2	
Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem	4		4		4				
Curso de Mestrado em Enfermagem	33	21,6	63	21,8	96	21,7	-0,1	0,1	
	37	24,2	71	24,6	10	24,4	-0,1	0,1	
					8				
<b>Habilitações Académicas noutra Área</b>									
Não	14	93,5	27	94,1	41	93,9	-0,3	0,3	p=0,785
Sim	3		2		5				
	10	6,5	17	5,9	27	6,1	0,3	-0,3	
<b>Caracterização Organização Laboral</b>									
Público	13	86,9	24	85,8	38	86,2	0,3	-0,3	x <sup>2</sup> =0,340 p=0,844
Privada	3		8		1				
Público-Privada	5	3,3	8	2,8	13	2,9	0,3	-0,3	
	15	9,8	33	11,4	48	10,9	-0,5	0,5	
<b>Vínculo Contratual</b>									
Contrato Coletivo de Trabalho	8	5,2	14	4,9	22	5	-0,5	0,5	p=0,455
Contrato Individual Trabalho	15	9,8	41	14,2	56	12,7	-1,3	1,3	
Contrato de Trabalho em funções Públicas a Termo Certo	3	2	9	3,1	12	2,7	-0,7	0,7	
Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado	12	83	22	77,9	35	79,6	1,3	-1,3	
	7		5		2				
<b>Serviço onde Exerce Funções</b>									
Bloco Operatório	5	3,3	10	3,5	15	3,4	-0,1	0,1	x <sup>2</sup> =36,03 p<0,001
Serviço de Urgência Médico Cirúrgica	37	24,2	69	23,9	10	24	0,1	-0,1	
Serviço de Urgência Polivalente	6		6		6				
Serviço Urgência Básica	12	7,8	62	21,5	74	16,7	-3,6	3,6	
Instituto Nacional de Emergência Médica	18	11,7	33	11,4	51	11,5	0,1	-0,1	
Unidade Cuidados Intensivos Coronários	51	33,3	38	13,1	89	20,1	5,0	-0,5	
Unidade Cuidados Intensivos Polivalente	6	3,9	7	2,4	13	2,9	0,9	-0,9	
Outro	14	9,2	47	16,3	61	13,8	-2,1	2,1	
	10	6,5	23	8	33	7,5	-0,5	0,5	
<b>Localização Geográfica</b>									
Norte	69	45,1	13	45,3	20	45,2	0,0	0,0	x <sup>2</sup> =5,02 p<0,541
Centro	1		1		0				
Lisboa e Vale do Tejo	23	15	49	17	72	16,3	-0,5	0,5	
Alentejo	25	16,3	60	20,8	85	19,2	-1,1	1,1	
Algarve	10	6,5	15	5,2	25	5,7	0,6	-0,6	
Madeira	16	10,5	17	5,9	33	7,5	1,7	-1,7	
Açores	5	3,3	6	2,1	11	2,5	0,8	-0,8	
	5	3,3	11	3,8	16	3,6	0,8	-0,8	
<b>Horário de Trabalho</b>									
Fixo	15	9,8	20	6,9	35	7,9	1,1	-1,1	p=0,498
Rollman	13		26		40				
	5	88,2	5	91,7	0	90,5	-1,2	1,2	

## 2.5 INSTRUMENTOS

A aplicação de um questionário permite recolher uma amostra dos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos. Deste modo é importante ter em conta o que se quer e como se vai avaliar, devendo existir rigor na seleção do tipo de questionário a aplicar de modo a aumentar a credibilidade do mesmo (Eco, 2015; Fortin, 2009).

Com base em pesquisa bibliográfica sobre a temática, elaborou-se um questionário que integra o instrumento que se pretende validar, e permite avaliar a comunicação eficaz e transmissão segura da informação.

Efetou-se o pré-teste a um grupo de 20 enfermeiros (10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino), que prestam cuidados e unidades de urgência e emergência com o objetivo de verificar os procedimentos e a aplicabilidade dos instrumentos de recolha de dados a utilizar. Desta forma foi possível avaliar a clareza, a compreensão e o sentido das perguntas. Pelas sugestões apresentadas, procedeu-se a pequenas alterações na redação de algumas questões para a sua melhor compreensão ou mesmo simplificação, obedecendo a uma ordem adequada, ponderando a premissa de que este procedimento garante a uniformidade e a padronização do instrumento, e conseqüentemente da recolha de dados, conforme preconiza a literatura sobre metodologias de investigação (Tuckman, 2012).

O questionário (Apêndice 14) englobou três partes no seu total, permitindo a recolha de dados específicos das variáveis em estudo, e finalmente uma caracterização da instituição de saúde de cada participante, seguida por um quadro de recomendações gerais, conforme as seguintes partes enunciadas :

Parte I - Questionário Ad hoc de Dados Sociodemográficos, académicos e profissionais: composto por questões sob a forma dicotómica e de escolha múltipla, de forma a facilitar o preenchimento e codificação de respostas.

Parte II - Escala Comunicação Eficaz e Transmissão Informação Segura (ECETIS): construída de raiz pelos investigadores deste estudo, com o objetivo de

avaliar que dimensões e componentes prevalecem nas trocas de informação, entre enfermeiros, de acordo com as recomendações mais recentes sobre eficácia e segurança na comunicação em saúde. A escala foi aplicada tendo em consideração um qualquer momento de prestação de cuidados, em que se verifique transferência da responsabilidade de cuidados e de informação, entre dois ou mais Enfermeiros de emergência/urgência.

A construção da escala foi estabelecendo algum paralelismo à mnemónica, pela evidência da franca melhoria na comunicação entre enfermeiros pelo recurso à metodologia ISBAR (Shahid & Thomas, 2018; Spooner et al., 2017; Nagammal et al., 2016; Graan et al., 2015).

Diante desse contexto, tentou-se aprimorar os componentes na estrutura de transferência, validando da melhor forma um possível maior entendimento da comunicação. Além da precisão do conteúdo, a ECETIS baseou-se de igual forma, na partilha da mensagem entre o emissor e o recetor, incutindo necessidade de compreensão recíproca, pela inclusão de afirmações relativas à garantia de um canal de comunicação apropriado.

Cada questão permite cinco tipos de resposta: muito frequentemente, frequentemente, ocasionalmente, raramente, nunca, sendo as cotações de 5, 4, 3, 2, e 1 pontos, respetivamente.

O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões, podendo variar entre os 24 e os 120 pontos, mediante as afirmações validadas.

Quanto maior o score de pontuação total, mais eficaz será a comunicação e mais segura é a transmissão de informação, conforme os quadros que em seguida se apresentam:

**Quadro 6 -M - Caracterização do meio ambiente e condições de segurança**

1	Tenho consciência de que a preparação da transferência dos cuidados é vital, pelo que procuro conhecer a disponibilidade do recetor da informação, e escolher um canal de comunicação apropriado;
2	Contribuo para a criação de um ambiente seguro e propício à partilha de informação (mínimo ruído, livre interrupções de emergência);

3	Início e priorizo a transmissão de informação antes de transferir cuidados (quando a comunicação “face to face” não é possível, comunico em tempo real via telefone, mail ou videoconferência);
4	Demonstro insatisfação quando sou confrontado com comportamentos de transferência de cuidados prévios à transferência de informação;

### Quadro 7 - I - Identificação dos intervenientes no processo

5	Identifico-me e tenho como identificar o/a Enfermeiro/a responsável pela receção de informação;
6	Identifico o/a cliente pelo género, idade, nome e história social (os conhecidos)
7	Divulgo a identificação que detenho acerca da pessoa significativa ou cuidador informal;
8	Integro o cliente na apresentação do caso clínico e dos problemas identificados sempre que possível;

### Quadro 8 - S – Caracterização do diagnóstico clínico ou problemas atuais

9	Sinalizo a data e hora de admissão ou de prestação de cuidados;
10	Informo sobre o motivo atual de necessidade de cuidados de Enfermagem, bem como hora do incidente/início dos sintomas;
11	Tenho preocupação em transmitir informação acerca dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar;
12	Defino claramente a razão do encaminhamento ou da transferência de cuidados identificada;

### Quadro 9 - B – Caracterização da partilha de informações clínicas relevantes

13	Partilho o histórico conhecido e relevante, com o intuito de definir o cenário e promover uma interpretação precisa da informação;
14	Quando não detenho informação sobre os antecedentes clínicos do cliente, afirmo-o verbalmente, de forma clara;
15	Transmito informação disponível acerca dos antecedentes clínicos, hábitos terapêuticos, alergias e níveis de dependência prévias.
16	Forneço dados sobre a evolução do cliente justificando intervenções realizadas até ao momento da transferência, de forma clara;

### Quadro 10 - A – Caracterização da avaliação realizada na prestação de cuidados

17	Enuncio a abordagem farmacológica e não farmacológica relevante, e por mim efetuados, durante a prestação de cuidados (hora de administração e efeito no caso de terapêutica medicamentosa);
18	Partilho conhecimento sobre diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem (técnicas invasivas realizadas, risco infeção/colonização, medidas de isolamento, situação social, capacitação do cuidador, entre outros
19	Seleciono e transmito focos de atenção, diagnósticos de enfermagem, intervenções ativas e a respetiva avaliação da sua eficácia (sinais vitais, estado de consciência, mecanismos de lesão, lesões, etc...);
20	Planeio a transferência de cuidados, delineando tarefas, prioridades de intervenção e posições a ocupar, em conjunto com os restantes intervenientes no processo, se possível

**Quadro 11 - R – Principais recomendações**

21	Tenho oportunidade de indicar sugestões acerca da continuidade do plano de cuidados;
22	Enuncio as necessidades do cuidador informal, quando existente;
23	Possibilito momentos de discussão, consulta e sumarização dos dados partilhados, ou solicito feedback dos dados por mim transmitidos, cumprindo as minhas expectativas de uma transmissão de informação eficaz;
24	Testemunho a preservação dos dados partilhados, em documentos escritos ( <i>check-list</i> , formulários, impressão de dados enviados por e-mail, outros...) de forma organizada.

Parte III - Caracterização da Instituição de Saúde, relativamente à implementação de metodologias de transmissão da informação. Particularmente quanto à existência de divulgação, promoção e monitorização da implementação da Norma 001/2017, recurso a outras metodologias ou ferramentas para transferência de informação padronizados, que não a ISBAR, existência de formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, ou outros processos promotores de qualidade.

Pretendeu-se que fossem divulgados, à submissão do questionário e de forma individualizada, os resultados apurados pela aplicação da escala, considerando o contexto de transição de cuidados à PSC. Para operacionalizar este pressuposto, foi adquirido um suplemento informático para o *Google Forms*, o *Formfacade*, pelo investigador principal do estudo (Anexo III).

O cálculo da amostra mínima para validação da Escala de Comunicação Eficaz e Transmissão de Informação Segura (ECETIS) foi considerado à priori, e obtido seguindo o critério recomendado de cinco sujeitos por item da escala a ser validada, ou seja, considerando cinco participantes para cada domínio. Segundo Pestana e Gageiro (2014) garantindo que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores.

A ponderação da posição item a item pretendeu promover concentração, a maior veracidade na resposta, evitando o que se chama “efeito de halo”, definida por Freire e Almeida (2008) como uma “autoavaliação que o sujeito faz de si próprio a partir do sentido dos primeiros itens do questionário e da sua resposta dada” (p.124).

Houve ainda consideração à minimização do impacto da desejabilidade social, enquanto “tendência a responder de forma socialmente aceite” (Freire & Almeida, 2008, p.124). Este efeito tentou ser minorado, através da ponderação de aspetos linguísticos e de construção dos itens. Para além de ser reforçada a garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, aos participantes (Freire & Almeida, 2008).

## 2.6 PROCEDIMENTO NA RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Desde o início da construção do projeto de investigação que as dimensões éticas associadas a estudos primários vincaram a ação de pesquisa e implementação.

O questionário foi submetido para aprovação, à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, tendo o estudo obtido em primeira análise parecer favorável, conforme Anexo IV.

No questionário foi em primeira instância feita referência ao enquadramento de cada seção, definindo o contexto em análise, e sobre o qual se pretendia reflexão: a interação dos Enfermeiros em contexto de transmissão de informação e cuidado à PSC.

Primou-se por reforçar a necessidade de cada participante assegurar as condições adequadas ao seu preenchimento (disponibilidade temporal, do equipamento e acesso à internet) selecionando, para cada uma das afirmações, a opção que melhor refletisse a prática, solicitando honestidade nas respostas e reflexão cuidada, sobre os comportamentos em estudo.

Considerou-se a legislação em vigor na união europeia sobre a proteção de dados (Diretiva 95/46/CE), a qual confere às pessoas singulares, direitos sobre os seus dados pessoais. Pelo que se informou que os dados recolhidos pelo questionário seriam objeto de total privacidade e anonimato, de acordo com a política de privacidade e termos de utilização do *Google Forms*.

Os dados aferidos pelo estudo destinaram-se estritamente à investigação académica, não constituindo qualquer forma de avaliação profissional ou pessoal.

Não se estimou qualquer risco associado, nem houve qualquer custo ou gratificação associados à participação no estudo, a qual foi voluntária.

Cada participante teve o devido direito a não participar ou desistir do estudo na resposta ao questionário sem qualquer justificação.

O consentimento foi inequívoco após indicação eletrónica específica, em campo adicionado para o efeito.

## 2.7 PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS

A análise estatística realizou-se através de um software estatístico: o SPSS (Statistical Package for Social Sciences), na versão 27.

Para a análise dos dados, recorreu-se a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferência.

A estatística descritiva foi utilizada para estruturar a informação numérica e, assim, se obter uma representação geral das variáveis. Pela apresentação da estatística descritiva pretende-se assim apresentar as descrições dos dados observados. No seu âmbito, fez-se a recolha, classificação e organização de dados, procurando sintetizar-se e representar de forma compreensível a informação contida num conjunto de dados.

Nesta investigação, foram determinadas pelas seguintes medidas de estatística: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média, moda e mediana), medidas de dispersão, tal como o desvio padrão e mínimos e máximos, medidas de forma como assimetria e achatamento e medidas de associação como coeficiente de variação.

Nas variáveis nominais recorreu-se ainda ao apurar dos valores residuais, por se revelar mais potente que o teste de Qui-Quadrado, na medida em que “(...) os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, sendo que valores elevados revelam relação de dependência entre as variáveis (Pestana & Gajeiro, 2008, p.141).

O *coeficiente de variação* permitiu classificar graus de dispersão, sendo que define como limites:

- 0% - 15% Dispersão baixa
- 16% - 30% Dispersão moderado
- 30% Dispersão alta

No que concerne à estatística inferencial, recorreu-se a testes não paramétricos e paramétricos, seguindo pressupostos enunciados por Marôco (2018), nomeadamente:

- Teste *t de Student* usado para amostras independentes, ou seja, permite fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Teste de *Qui quadrado* ( $X^2$ ) - para o estudo de relações entre variáveis categoriais. Quando se verificam diferenças estatísticas significativas é possível determinar as células que se diferenciam tendo em consideração os resíduos ajustados. A leitura dos resíduos ajustados só se processa se em linha ou em coluna o número de casos for igual ou superior a oito e as células apresentarem um valor positivo superior a 1.96.

- Análise de variância a um fator (ANOVA)– usada para a comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si.

- Teste de *Kruskal Wallis*: como teste equivalente não paramétrico para a ANOVA, sempre que a variável medida se encontrava em escala ordinal ou numérica e os pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias se verificaram comprometidas.

- Teste de *Tukey*: para comparação de médias, servindo como um complemento para o estudo da análise de variância; permitindo localizar as diferenças estatísticas entre os grupos.

- Teste de U *Mann-Whitney* (*Wilcoxon rank-sum test*) - para se verificar se duas amostras independentes pertencem ou não à mesma população e cujos requisitos para aplicação do teste t de *Student* não foram cumpridos. Possibilita a organização de um conjunto de valores segundo um número natural, indicando a sua posição no conjunto anteriormente ordenado, isto é, todas as observações recebem uma pontuação através dos números naturais.

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < .05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < .01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < .001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq .05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Relativamente ao instrumento ECETIS, recorreu-se ainda à análise de consistência interna do conjunto de itens, através do cálculo da consistência interna dos itens pelo coeficiente alpha de *Cronbach*, para a globalidade dos itens, e para cada item em particular. Desta forma compreendeu-se como um conjunto de itens avalia a variável latente, determinando o limite inferior da consistência interna de um grupo de itens.

Para boa consistência interna, considerou-se que o valor de alfa deve ser igual ou maior que .80, mas são aceitáveis valores de .60 em investigação relativa a ciências sociais (Pestana e Gageiro, 2014).

As afirmações selecionadas foram estudadas por meio de análise fatorial comparativa, com determinação da quantidade de domínios pelo mesmo método (autovalor) e pela consistência interna por  $\alpha$ . Substituindo-se a análise de componentes principais em detrimento da análise de fatores comuns, com o objetivo de reduzir os dados à menor complexidade e a mais clara interpretação possível.

A análise de componentes principais, com rotação *Varimax* dos itens, efetuou-se com recurso ao teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e ao Teste de *Esfericidade de*

*Bartlett* (TEB), para confirmar a adequação da amostra na análise fatorial pelo apurar do grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados.

A rotação *varimax* foi considerada crucial pela transformação dos fatores da escala, no sentido de se conseguir uma estrutura interpretável, obtendo-se um peso para cada item (0 a 1) refletindo a sua contribuição relativa para os fatores extraídos (Marôco, 2018; Pestana & Gageiro, 2014).

Os valores de *KMO* de referência<sup>8</sup> permitiram apurar a adequação da análise fatorial, considerando resultados próximos indicativos de coeficientes de correlação parciais, enquanto valores próximos de zero assinalam que existe uma correlação fraca entre as variáveis.

O teste de esfericidade de *Bartlett* permitiu por sua vez, testar a hipótese da matriz de correlações e assumir uma matriz de identidade. Ou seja, determinar se existem correlações entre as variáveis (Pestana e Gageiro, 2014).

Esteve presente o facto de que um valor elevado favoreceria a rejeição da hipótese nula. Resultados opostos significariam que a adequação da análise fatorial deve ser questionada. Mais ainda, houve preocupação de ter em atenção que este teste é bastante influenciado pelo tamanho da amostra, podendo conduzir à rejeição da hipótese nula em grandes amostras (Pestana e Gageiro, 2014).

Para que a análise fatorial fosse credível, foram ainda adotados os seguintes pressupostos: valores próprios da dimensão (eigenvalues > 1), exclusão de itens cujas saturações fatoriais na dimensão fossem inferiores a .30, e aplicação do princípio da descontinuidade (Mâroco, 2018). Constituindo indicador do número de fatores/componentes que explicam/são explicados pelos itens da escala. Um fator com eigenvalue  $\geq 1$ , significa que o fator explica mais variância do que uma variável observada (Mâroco, 2018).

A apresentação dos resultados efetuar-se-á com o recurso a tabelas onde se apresentarão os dados mais relevantes.

---

<sup>8</sup> *KMO* entre ]0.9 – 1.0] Excelente; ] 0.8 – 0.9] Boa; ] 0.7 – 0.8] Média; ] 0.6 – 0.7] Medíocre; ] 0.5 – 0.6] Mau mas ainda aceitável;  $\leq 0.50$  Inaceitável



## Capítulo 3 – Resultados

Neste capítulo, pretende-se estudar as propriedades psicométricas da Escala de Comunicação Eficaz e Transmissão de Informação Segura (ECETIS), nomeadamente da sua fiabilidade e validade, construída a partir de 24 itens distribuídos por seis dimensões (meio ambiente, identificação, situação, antecedentes, avaliação, recomendação).

### 3.1 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE COMUNICAÇÃO EFICAZ E TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO SEGURA

A confiabilidade e a validade foram consideradas essenciais nas principais propriedades de medida do instrumento. Atribuindo à confiabilidade a capacidade de reproduzir resultado consistente, no tempo e no espaço, e à validade a propriedade do instrumento medir com exatidão o que se propõe (Marôco, 2018).

#### 3.1.1 Consistência Interna da ECETIS

Sabendo que a consistência interna – ou homogeneidade – indica que subpartes da escala medem a mesma característica, e que o valor de alfa constitui o indicador mais aconselhado quando há recurso a escala de Likert, o seu uso foi determinante na avaliação do grau de em que os itens medem o mesmo construto (Pestana e Gageiro, 2014).

Na oportunidade, procurou-se ainda verificar quantos componentes poderiam ser adequadamente identificados na matriz de correlações, pelo conhecimento de que os valores do alfa de *Cronbach*, são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida (Marôco, 2018).

As médias encontradas nos resultados preliminares são satisfatórias, dado que não se verifica predominância (seja positiva ou negativa) de nenhum item isolado.

Destaca-se, ainda, que a variabilidade restrita dos valores, denotando-se homogeneidade na dispersão. O procedimento de *split-half*, indica igualmente que a correlação é elevada, pelo

que a escala tem coerência na sua globalidade. Mais ainda, a análise da matriz de correlações entre os itens e o total da escala (cf. Tabela 1), permite verificar um valor de alfa alto.

**Tabela 1** - Consistência interna da ECETIS

o	Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for excluído
1	Tenho consciência de que a preparação da transferência dos cuidados é vital, pelo que procuro conhecer a disponibilidade do recetor da informação, e escolher um canal de comunicação apropriado	4.48	.614	.517	.366	.889
2	Contribuo para a criação de um ambiente seguro e propício à partilha de informação (mínimo ruído, livre interrupções de emergência)	4.29	.642	.470	.335	.890
3	Inicio e priorizo a transmissão de informação antes de transferir cuidados (quando a comunicação “face to face” não é possível, comunico em tempo real via telefone, mail ou videoconferência)	4.29	.710	.354	.246	.893
4	Demonstro insatisfação quando sou confrontado com comportamentos de transferência de cuidados prévios à transferência de informação	3.52	.863	.270	.146	.896
5	Identifico-me e tenho como identificar o/a Enfermeiro/a responsável pela receção de informação	4.31	.732	.400	.256	.892
6	Identifico o cliente pelo género, idade, nome e história social (os conhecidos)	4.48	.674	.451	.314	.891
7	Divulgo a identificação que detenho acerca da pessoa significativa ou cuidador informal	3.98	.988	.490	.420	.890
8	Integro o cliente na sua apresentação e dos problemas identificados sempre que possível	4.07	.860	.488	.312	.890
9	Sinalizo a data e hora de admissão ou de início da prestação de cuidados	4.18	.831	.518	.348	.889
10	Informo sobre o motivo atual de necessidade de cuidados de Enfermagem, bem como hora do incidente/início dos sintomas	4.49	.650	.602	.444	.888
11	Tenho preocupação em transmitir informação acerca dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar	4.43	.647	.506	.363	.890
12	Defino claramente a razão do encaminhamento ou da transferência de cuidados	4.58	.575	.520	.440	.890
13	Partilho o histórico conhecido e relevante, com o intuito de definir o cenário e promover uma interpretação precisa da informação	4.55	.586	.569	.473	.889
14	Quando não detenho informação sobre os antecedentes clínicos do cliente, afirmo-o verbalmente, de forma clara	4.48	.732	.410	.295	.892
15	Transmito informação disponível acerca dos antecedentes clínicos, hábitos terapêuticos, alergias e níveis de dependência prévias	4.56	.593	.548	.435	.889
16	Forneço dados sobre a evolução do cliente, justificando intervenções realizadas até ao momento da transferência, de forma sistematizada	4.56	.585	.583	.486	.888
17	Enuncio a abordagem farmacológica e não farmacológica relevante, e por mim efetuados, durante a prestação de cuidados (hora de administração e efeito no caso de terapêutica medicamentosa)	4.52	.618	.545	.448	.889
18	Partilho conhecimento sobre diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem (técnicas invasivas realizadas, risco infeção/colonização, medidas de isolamento, situação social, capacitação do cuidador, etc.)	4.35	.677	.559	.409	.888
19	Seleciono e transmito focos de atenção, diagnósticos de enfermagem, intervenções ativas e a respetiva	4.36	.740	.552	.401	.888

	avaliação da sua eficácia (sinais vitais, estado de consciência, mecanismos de lesão, lesões, etc....)					
20	Planeio a transferência de cuidados, delineando tarefas, prioridades de intervenção e posições a ocupar, em conjunto com os restantes intervenientes no processo, se possível	4.15	.781	.526	.422	.889
21	Tenho oportunidade de indicar sugestões acerca da continuidade do plano de cuidados	3.62	.923	.458	.378	.891
22	Enuncio as necessidades do cuidador informal, quando existente	3.57	.940	.535	.459	.889
23	Possibilito momentos de discussão, consulta e sumarização dos dados partilhados, ou solicito feedback dos dados por mim transmitidos, cumprindo as minhas expectativas de uma transmissão de informação eficaz	3.53	.921	.526	.450	.889
24	Testemunho a preservação dos dados partilhados, em documentos escritos (check-list, formulários, impressão de dados enviados por e-mail, outros)	3.73	1.017	.466	.295	.891
<i>Coeficiente split-half</i>				<i>Primeira metade = .801</i>		<i>Segunda metade = .842</i>
<b><i>α de Cronbach</i></b>				<b><i>.894 / .901</i></b>		

### 3.1.2 Análise fatorial ECETIS

A análise fatorial permitiu, por sua vez, identificar dimensões seccionando a estrutura e só depois determinar o grau em que cada variável é explicada por cada dimensão.

A confiabilidade e a validade foram assim consideradas essenciais nas principais propriedades de medida do instrumento. Atribuindo à confiabilidade a capacidade de reproduzir resultado consistente, no tempo e no espaço, e à validade a propriedade do instrumento medir com exatidão o que se propõe. A análise dos componentes principais (ACP) foi eleita nesta verificação de “interdependência” entre todas as variáveis para reduzir variáveis e analisar a sua estrutura, definindo um conjunto menor de dimensões básicas comuns (Marôco, 2018).

Matematicamente possibilitou uma transformação linear ortogonal, bem como transformar os dados para um novo sistema de coordenadas de forma que a maior variância por qualquer projeção dos dados fica ao longo da primeira coordenada (o chamado primeiro componente), a segunda maior variância fica ao longo da segunda coordenada, e assim por diante (Pestana e Gageiro, 2014).

Revelou naturalmente e sem forçar a um número de fatores, a presença de cinco componentes com valores próprios (*eigenvalue*) superiores a 1 que explicam 53.971% da variância total. No entanto, optamos por condicionar a extração de seis dimensões para corresponder às dimensões teóricas previstas na ECETIS. Desta forma, as seis dimensões

explicam 57.832% da variância total explicada em que a dimensão da Avaliação é que mais contribui para a mesma.

Teoricamente, a dimensão do “Meio Ambiente” incluiu quatro itens, mas após ter sido testada a ACP, a dimensão integrou apenas três itens que melhor o caracterizam (item um, dois e três (.582/.665/.778). O fator relacionado com a “Identificação” inclui apenas dois itens: quatro (.797) e cinco (.563). A “Situação” integra quatro itens que, por peso no fator, são o item nove (.446), 10 (.581), 11 (.727) e 12 (.693) e o fator relacionado com os “antecedentes” são cinco e incluem os itens 13 (.312), 14 (.553), 15 (.587), 16 (.641) e 17 (.699). O fator da “Avaliação” inclui os itens 18 (.401), 19 (.451), 20 (.670), 21 (.733), 22 (.547), 23 (.685) e 24 (.513), sendo o fator que possui maior contribuição. Por fim, o fator relacionado com as “Recomendações” inclui três itens que são o item 6 (.599), 7 (.777) e item 8 (.613), conforme a tabela 2.

**Tabela 2** - Análise de Componentes Principais da ECETIS

	Rotação de Componentes					
	M	I	S	B	A	R
1. Tenho consciência de que a preparação da transferência dos cuidados é vital, pelo que procuro conhecer a disponibilidade do recetor da informação, e escolher um canal de comunicação apropriado.	.582					
2. Contribuo para a criação de um ambiente seguro e propício à partilha de informação (mínimo ruído, livre interrupções de emergência).	.665					
3. Início e priorizo a transmissão de informação antes de transferir cuidados (quando a comunicação “face to face” não é possível, comunico em tempo real via telefone, mail ou videoconferência).	.778					
4. Demonstro insatisfação quando sou confrontado com comportamentos de transferência de cuidados prévios à transferência de informação.		.797				
5. Identifico-me e tenho como identificar o/a Enfermeiro/a responsável pela receção de informação.		.563				
9. Sinalizo a data e hora de admissão ou de início da prestação de cuidados.			.446			
10. Informo sobre o motivo atual de necessidade de cuidados de Enfermagem, bem como hora do incidente/início dos sintomas.			.581			
11. Tenho preocupação em transmitir informação acerca dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.			.727			
12. Defino claramente a razão do encaminhamento ou da transferência de cuidados.			.693			
13. Partilho o histórico conhecido e relevante, com o intuito de definir o cenário e promover uma interpretação precisa da informação.				.312		
14. Quando não detenho informação sobre os antecedentes clínicos do cliente, afirmo-o verbalmente, de forma clara.				.553		
15. Transmito informação disponível acerca dos antecedentes clínicos, hábitos terapêuticos, alergias e níveis de dependência prévias.				.587		
16. Forneço dados sobre a evolução do cliente, justificando intervenções realizadas até ao momento da transferência, de forma sistematizada.				.641		
17. Enuncio a abordagem farmacológica e não farmacológica relevante, e por mim efetuados, durante a prestação de cuidados (hora de administração e efeito no caso de terapêutica medicamentosa).				.699		
18. Partilho conhecimento sobre diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem (técnicas invasivas realizadas, risco infeção/colonização, medidas de isolamento, situação social, capacitação do cuidador, etc.).					.401	

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .918

Teste de esfericidade de Bartlett:  $\chi^2 = 3434.09$ ;  $p = .001$

19. Seleciono e transmito focos de atenção, diagnósticos de enfermagem, intervenções ativas e a respetiva avaliação da sua eficácia (sinais vitais, estado de consciência, mecanismos de lesão, lesões, etc...).						.451
20. Planeio a transferência de cuidados, delineando tarefas, prioridades de intervenção e posições a ocupar, em conjunto com os restantes intervenientes no processo, se possível.						.670
21. Tenho oportunidade de indicar sugestões acerca da continuidade do plano de cuidados.						.733
22. Enuncio as necessidades do cuidador informal, quando existente.						.547
23. Possibilito momentos de discussão, consulta e sumarização dos dados partilhados, ou solicito feedback dos dados por mim transmitidos, cumprindo as minhas expectativas de uma transmissão de informação eficaz.						.685
24. Testemunho a preservação dos dados partilhados, em documentos escritos ( <i>check-list</i> , formulários, impressão de dados enviados por e-mail, outros).						.513
6. Identifico o/a cliente pelo género, idade, nome e história social (os conhecidos).						.599
7. Divulgo a identificação que detenho acerca da pessoa significativa ou cuidador informal.						.777
8. Integro o cliente na sua apresentação e dos problemas identificados sempre que possível.						.613
Variância explicada por cada fator (%)	4.41	3.86	5.51	7.25	31.16	5.65
Valores próprios ( <i>eigenvalues</i> )	1.059	1.00	1.32	1.74	7.48	1.36

### 3.1.3 Consistência Interna das dimensões da ECETIS – Fidelidade

Face a evidência e ao valor semântico das dimensões inicialmente previstas, a interpretação foi decisiva para indicar o número de fatores a extrair, pelo que se mantiveram as seis dimensões, dado o paralelismo que pretendia estabelecer à ISBAR e à adição do controle do canal de comunicação no estudo da eficácia da comunicação.

Considerou-se o que os dados ofereciam na sua totalidade e não se estabeleceram, portanto, restrições sobre o número de componentes a extrair.

Observam-se mesmo assim valores significativos para cumprir o grau de fiabilidade (>.60), sendo que a dimensão da identificação apresenta um valor inaceitável (.387).

Os resultados são apresentados na tabela 3.

**Tabela 3** - Coeficientes de Consistência Interna dos Itens

Dimensão	Nº itens	$\alpha$
Meio ambiente	3	.642
Identificação	2	<b>.387</b>
Situação	4	.727
Antecedentes	5	.779
Avaliação	7	.796
Recomendações	3	.665

Seguidamente, apresentam-se os resultados da análise da consistência interna dos itens alocados a cada dimensão, com as respectivas correlações com o total da sua subescala de pertença (coeficiente corrigido) e, associando o valor do alpha de cada dimensão se esse mesmo item fosse eliminado.

Integra-se também a média e ao desvio-padrão de cada item.

Relativamente à dimensão **Meio Ambiente** ficaram alocados três itens que, contribuem significativamente para avaliar a dimensão meio ambiente na ECETIS.

O item “Demonstro insatisfação quando sou confrontado com comportamentos de transferência de cuidados prévios à transferência de informação”, foi alocado à dimensão Identificação após avaliação dos componentes principais da escala.

Houve, portanto, a redução de um item inicialmente alocado a esta dimensão. O alpha global da subescala é de .642, o que lhe confere uma adequada consistência interna, conforme tabela 4.

**Tabela 4** - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Meio Ambiente

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
1. Tenho consciência de que a preparação da transferência dos cuidados é vital, pelo que procuro conhecer a disponibilidade do recetor da informação, e escolher um canal de comunicação apropriado.	4.48	.614	.465	.529
2. Contribuo para a criação de um ambiente seguro e propício à partilha de informação (mínimo ruído, livre interrupções de emergência)	4.29	.642	.491	.490
3. Início e priorizo a transmissão de informação antes de transferir cuidados (quando a comunicação “face to face” não é possível, comunico em tempo real via telefone, mail ou videoconferência).	1.21	.972	.406	.617
Alpha de Cronbach da dimensão			<b>.642</b>	

Na tabela 5 são apresentados os coeficientes de consistência interna para a Dimensão **Identificação**.

Analisando os pressupostos definidos na escala inicialmente proposta, apenas o item “Identifico-me e tenho como identificar o/a Enfermeiro/a responsável pela receção de

informação” permanece na dimensão. O item “Demonstro insatisfação quando confrontado com comportamentos de transferência prévios à transferência de informação” foi deslocado da dimensão “meio ambiente”.

Simultaneamente, constata-se que foram desagregados três itens por saturações fatoriais na dimensão inferiores a .30 e pela aplicação do princípio da descontinuidade. A dimensão “Identificação”, inicialmente com quatro afirmações definidas, fica assim reduzida a duas, sendo apenas uma delas correspondente ao originalmente previsto.

Cumulativamente, verifica-se pela análise dos dados, que o alpha global da subescala é de .387, o que lhe confere uma baixa consistência interna, uma vez que é muito inferior aos valores considerados críticos. Este resultado implica a necessidade de desconsiderar validade destes itens na ECETIS, ficando a dimensão “Identificação”, sem representação na escala.

**Tabela 5** - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Identificação

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
4. Demonstro insatisfação quando sou confrontado com comportamentos de transferência de cuidados prévios à transferência de informação.	3.52	.863	.243	-
5. Identifico-me e tenho como identificar o/a Enfermeiro/a responsável pela receção de informação.	4.31	.732	.243	-
Alpha de Cronbach da dimensão			<b>.387</b>	

Na tabela 6 são apresentados os coeficientes de consistência interna para a Dimensão **Situação**.

O alpha global da subescala é de .727, o que lhe confere uma boa consistência interna, uma vez que é superior aos valores considerados críticos e exigidos para este tipo de escalas (alpha = .60) (Mároco, 2018). Pela análise destes resultados, afere-se que estes quatro itens contribuem significativamente para avaliar a dimensão da situação. Nenhum item foi eliminado nesta fase.

**Tabela 6** - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Situação

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
9. Sinalizo a data e hora de admissão ou de início da prestação de cuidados.	4.18	.831	.492	.700
10. Informo sobre o motivo atual de necessidade de cuidados de Enfermagem, bem como hora do incidente/início dos sintomas.	4.49	.650	.580	.632
11. Tenho preocupação em transmitir informação acerca dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.	4.43	.647	.515	.669
12. Defino claramente a razão do encaminhamento ou da transferência de cuidados.	4.58	.575	.521	.671
Alpha de Cronbach da dimensão			<b>.727</b>	

Prosseguindo na apresentação de resultados, na tabela 7 são apresentados os coeficientes de consistência interna para a Dimensão **Antecedentes**.

Nesta dimensão, o alpha global da subescala é de .779, o que lhe confere uma adequada consistência interna. Os resultados demonstram que os cinco itens contribuem significativamente para avaliar esta dimensão relacionada com o histórico clínico passado do cliente. Nenhum item foi eliminado nesta fase.

**Tabela 7** - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Antecedentes

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
13. Partilho o histórico conhecido e relevante, com o intuito de definir o cenário e promover uma interpretação precisa da informação.	4.55	.586	.548	.741
14. Quando não detenho informação sobre os antecedentes clínicos do cliente, afirmo-o verbalmente, de forma clara.	4.48	.732	.476	.773
15. Transmito informação disponível acerca dos antecedentes clínicos, hábitos terapêuticos, alergias e níveis de dependência prévias.	4.56	.593	.621	.717
16. Forneço dados sobre a evolução do cliente, justificando intervenções realizadas até ao momento da transferência, de forma sistematizada.	4.56	.585	.599	.725
17. Enuncio a abordagem farmacológica e não farmacológica relevante, e por mim efetuados, durante a prestação de cuidados (hora de administração e efeito no caso de terapêutica medicamentosa).	4.52	.618	.553	.739
Alpha de Cronbach da dimensão			<b>.779</b>	

Na Dimensão **Avaliação** o alpha global da subescala é de .796, o que lhe confere uma adequada consistência interna.

Segundo os resultados estes sete itens contribuem significativamente para avaliar a dimensão relacionada com a avaliação.

Houve mobilidade de alguns itens que estavam associadas à dimensão “Recomendações”. Nomeadamente, os itens 21, 22, 23 e 24, a que correspondem as afirmações “Tenho oportunidade de indicar sugestões acerca da continuidade do plano de cuidados”, “Enuncio as necessidades do cuidador informal, quando existente”, “Possibilito momentos de discussão, consulta e sumarização dos dados partilhados, ou solicito feedback dos dados por mim transmitidos, cumprindo as minhas expectativas de uma transmissão de informação eficaz” e a afirmação “Testemunho a preservação dos dados partilhados, em documentos escritos de forma organizada”.

Nenhum item foi eliminado nesta fase, conforme a tabela 8.

**Tabela 8** - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Avaliação

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
18. Partilho conhecimento sobre diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem (técnicas invasivas realizadas, risco infeção/colonização, medidas de isolamento, situação social, capacitação do cuidador, etc.).	4.35	.677	.473	.780
19. Seleciono e transmito focos de atenção, diagnósticos de enfermagem, intervenções ativas e a respetiva avaliação da sua eficácia (sinais vitais, estado de consciência, mecanismos de lesão, lesões, etc....).	4.36	.740	.481	.778
20. Planeio a transferência de cuidados, delineando tarefas, prioridades de intervenção e posições a ocupar, em conjunto com os restantes intervenientes no processo, se possível.	4.15	.781	.575	.761
21. Tenho oportunidade de indicar sugestões acerca da continuidade do plano de cuidados	3.62	.923	.561	.762
22. Enuncio as necessidades do cuidador informal, quando existente.	3.57	.940	.535	.762
23. Possibilito momentos de discussão, consulta e sumarização dos dados partilhados, ou solicito feedback dos dados por mim transmitidos, cumprindo as minhas expectativas de uma transmissão de informação eficaz.	3.53	.921	.605	.753
24. Testemunho a preservação dos dados partilhados, em documentos escritos ( <i>check-list</i> , formulários, impressão de dados enviados por e-mail, outros).	3.73	1.017	.479	.781
Alpha de Cronbach da dimensão			<b>.796</b>	

Os coeficientes de consistência interna para a última dimensão do instrumento proposto, **Recomendações**, revelam um alpha global de .796, o que lhe confere igualmente uma adequada consistência interna. Pode-se aferir assim que os três itens obtidos pela análise, contribuem significativamente para avaliar esta dimensão.

Nenhum item foi eliminado nesta fase, mas nenhuma das afirmações inicialmente previstas para a dimensão permaneceu acoplada. Houve rotação dos itens inicialmente previstos ficando aqui agrupados três itens que correspondiam inicialmente ao domínio “Identificação”: o item seis, sete e oito, conforme a tabela seguinte, conforme se pode verificar pela análise da tabela 9.

**Tabela 9** - Coeficientes de consistência interna para a Dimensão Recomendações

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
6. Identifico o/a cliente pelo género, idade, nome e história social (os conhecidos).	4.48	.674	.448	.622
7. Divulgo a identificação que detenho acerca da pessoa significativa ou cuidador informal.	3.98	.988	.533	.501
8. Integro o cliente na sua apresentação e dos problemas identificados sempre que possível.	4.07	.860	.484	.559
Alpha de Cronbach da dimensão			<b>.665</b>	

Na Tabela 10 são apresentados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões da ECETIS, e ainda entre as dimensões e o valor global da escala.

Verifica-se que todas as dimensões se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa com o total da escala ECETIS e entre si.

**Tabela 10** - Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões da ECETIS entre si e com o valor global da escala

	Meio ambiente	Situação	Avaliação	Recomendações	Antecedentes
Meio ambiente	-				
Situação	.426**	-			
Avaliação	.450**	.525**	-		
Recomendações	.362**	.475**	.482**	-	
Antecedentes	.428**	.659**	.534**	.467**	-
Total ECETIS	.648**	.781**	.855**	.696**	.781**

\*\*  $p < .01$

Na Tabela 11 apresentam-se as estatísticas descritivas da ECETIS para concluir a análise do instrumento, em que apenas se excluiu das análises os resultados referentes à dimensão da identificação, atendendo ao valor de consistência interna muito baixo já descrito.

Pela consistência interna deste instrumento já se tinha aferido garantia de homogeneidade dos seus enunciados.

A análise descritiva reforça as suas propriedades psicométricas atendendo à escala de resposta obtida por cada afirmação.

**Tabela 11** - Descritivas do instrumento ECETIS

	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Med</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Meio Ambiente	.233	5.00	4.33	4.35	.50
Situação	2.50	5.00	4.50	4.42	.51
Antecedentes	2.80	5.00	4.60	4.53	.46
Avaliação	2.14	5.00	3.85	3.90	.58
Recomendações	2.00	5.00	4.33	4.18	.66

### 3.2 CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS, ACADÉMICAS E PROFISSIONAIS E SUA INFLUÊNCIA NA ECETIS

Para testar a hipótese de que o **género** dos participantes influencia as dimensões da ECETIS, recorreu-se ao teste de *U de Mann-Whitney*, para duas amostras independentes. De acordo com os resultados da tabela 12 é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis, sendo o valor de *p* mais baixo de .202.

**Tabela 12** –Teste de *U de Mann-Whitney* para a relação entre género e a ECETIS

	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<i>p</i>
	<b>Posto médio</b>	<b>Posto médio</b>	
Meio ambiente	216.51	230.92	.249
Situação	222.89	218.88	.749
Antecedentes	218.48	227.21	.486
Avaliação	223.01	218.65	.732
Recomendações	227.06	211.00	.202

Para testar a hipótese de que a **idade** dos participantes influencia as dimensões da ECETIS, recorreu-se por sua vez, ao *One Way ANOVA* para três ou mais amostras independentes.

Considerando homogeneidade do tamanho dos grupos, efetuou-se uma divisão em que os enfermeiros foram agrupados num primeiro grupo até aos 36 anos de idade, entre os 37 e 41 anos e por último num terceiro intervalo compreendido por enfermeiros com mais de 42 anos, conforme a tabela 12.

**Tabela 13** – Teste *One Way ANOVA* para relação entre idade e a ECETIS

	Até 36 anos (n=168)		Entre 37 e 41 (n=106)		+ 41 anos (n=166)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Meio ambiente	4.40	.48	4.35	.49	4.32	.53	.325	.325
Situação	4.45	.49	4.38	.53	4.42	.50	.589	.555
Antecedentes	4.53	.46	4.51	.47	4.55	.44	.301	.740
Avaliação	3.90	.59	3.94	.62	3.89	.55	.249	.780
Recomendações	4.16	.66	4.23	.63	4.16	.68	.413	.662

De igual modo, procedeu-se a análise relativamente à influência que a **formação profissional/ académica** tem na ECETIS.

Considerou-se, pela significância estatística do número de participantes por nível académico, uma recodificação da formação profissional/académica dicotomizando em dois grupos: enfermeiros com grau de Licenciado e enfermeiros com Curso de Pós Especialização, Pós-graduação ou Mestrado.

Em particular são os participantes com formação académica com Curso de Pós-Licenciatura de Especialização, Pós-graduação ou Mestrado que apresentam valores mais elevados ( $M=4.40$ ,  $DP=.48$  e  $M=3.94$ ,  $DP=.51$ , *respetivamente*) quando comparados com os participantes que têm o apenas o grau de licenciatura ( $M=4.30$ ,  $DP=.52$   $t(435)=-2.065$ ,  $p=.040$  e  $M=3.84$ ,  $DP=.59$ ,  $t(435)=-1.986$ ,  $p=.048$  *respetivamente*).

Os resultados são apresentados na tabela 14.

**Tabela 14** – Teste t de *Student* para a relação da formação profissional/académica e a ECETIS

	Curso de licenciatura em Enfermagem (n=181)		Curso de pós licenciatura e especialização, pós-graduação ou mestrado em Enfermagem (n=256)		<i>Teste t student</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Meio ambiente	4.30	.52	4.40	.48	-2.065	<b>.040</b>
Situação	4.42	.51	4.42	.51	.156	.876
Antecedentes	4.53	.48	4.54	.44	-.083	.934
Avaliação	3.84	.59	3.94	.51	-1.986	<b>.048</b>
Recomendações	4.23	.63	4.15	.67	1.282	.201

Procurou-se ainda apurar, com base nesses resultados, se existiriam diferenças nos três subgrupos de **formação suplementar ao curso de licenciatura em Enfermagem**, pelo que se analisou novamente os dados, utilizando um teste de comparação múltipla, separando os enfermeiros pelos diferentes graus académicos: curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, pós-graduação e curso de mestrado em Enfermagem.

Tendo em conta os resultados apurados pode-se aferir que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão da ECETIS “Avaliação”.

Em particular são os participantes com formação académica ao nível do mestrado que apresentam valores mais elevados ( $M=4.13$ ,  $DP=.53$ ) quando comparados com os participantes que são pós-graduados [ $M=3.88$ ,  $DP=.54$   $F(2, 154)=4.138$ ,  $p=.007$ ], bem como são os participantes com formação pós-graduada ( $M=3.88$ ,  $DP=.54$ ) que apresentam valores mais elevados quando comparados com os participantes com curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem ( $M=3.79$ ,  $DP=.60$ ,  $p=.016$ ), conforme tabela 15.

Para a localização das diferenças estatísticas entre os grupos foi realizado o Teste de *Post Hoc – Tukey* em que se verifica uniformidade nos resultados supracitados, denotando-se melhor posição na ECETIS dos Enfermeiros com Mestrado em relação aos Pós Graduados ( $p=.007$ ), e de Pós Graduados quando comparados com enfermeiros com Curso de Pós Licenciatura de ( $p=.016$ ).

A variância explicada é de 6.501% na dimensão Meio ambiente, 5.54% na dimensão Situação, 2.781% na dimensão Avaliação, .610% na dimensão Recomendações e .031% na dimensão Antecedentes, por ordem decrescente de influência entre variáveis.

**Tabela 15** – Teste *One Way* ANOVA para relação entre formação suplementar ao curso de licenciatura em Enfermagem e a ECETIS

	Especialização (n=96)		Pós-graduação (n=92)		Mestrado (n=68)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Meio ambiente	4.39	.49	4.38	.51	4.42	.46	.946	.418
Situação	4.39	.48	4.40	.56	4.51	.46	.806	.491
Antecedentes	4.53	.45	4.53	.43	4.52	.47	.045	.987
Avaliação	3.79	.60	3.88	.54	4.13	.53	4.138	<b>.007</b>
Recomendações	4.10	.64	4.15	.68	4.24	.70	.889	.447

Para estudar a influência da **localização geográfica** do exercício profissional dos enfermeiros participantes, recorreu-se ao teste não paramétrico *Kruskal Wallis* para três ou mais amostras independentes, tendo em conta a divisão entre os participantes em quatro regiões distintas: Norte, Centro, Sul e Ilhas.

Considerando resultados obtidos nas diferentes regiões, e as características etnográficas partilhadas entre os Portugueses de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, foram todas estas respostas, agrupadas numa só região.

Mais ainda, cumpre justificar esta opção, pela distribuição de Administrações Regionais e delegações do Instituto Nacional de Emergência Médica.

De igual forma, agruparam-se Açores e Madeira, pelas diferenças entre os serviços de saúde dos arquipélagos, comparativamente às dinâmicas organizacionais (características organizacionais semelhantes) em relação ao Continente.

Denota-se que não existem diferenças estatisticamente significativas avaliando a influência da localização geográfica dos participantes (cf tabela 16).

**Tabela 16** - Teste *Kruskal Wallis* para relação entre localização geográfica do exercício profissional em Enfermagem e a ECETIS

	Norte (n=200)	Centro (n=157)	Sul (n=58)	Ilhas (n=27)	<i>Teste Kruskal Wallis</i>	<i>p</i>
	Posto médio	Posto médio	Posto médio	Posto médio		
Meio ambiente	218.05	227.18	213.91	230.30	.844	.844
Situação	216.07	223.75	220.69	250.43	.603	.603
Antecedentes	221.17	215.73	240.56	216.59	.633	.633
Avaliação	214.67	226.72	231.16	221.04	.759	.759
Recomendações	214.01	225.56	231.39	232.15	.701	.701

O mesmo teste, foi ainda aplicado, no estudo sobre a influência do **tipo de serviço de exercício** em particular.

Os dados foram agrupados em três categorias de serviço: Serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos e serviço na área do extra-hospitalar (INEM). O critério baseou-se no conhecimento do programa formativo destes profissionais, relativamente à transmissão de informação, bem como às características de cuidado e transição de responsabilidades interdisciplinares e organizacionais, a que estão sujeitos na prática diária.

Foram assim agrupados em “SU” urgências médico-cirúrgicas, polivalentes, básicas, ginecologia e obstetrícia e pediátricas. Em “UCI” cuidados intensivos polivalentes, coronários, pediátricos, neonatais e serviço de bloco operatório, considerando as características ambientais dessas unidades, nomeadamente a prevalência de um ambiente mais controlado, do que num serviço de urgência. À área do pré-hospitalar, foram agregados dados de enfermeiros INEM, e que realizam horário em ambulâncias de suporte imediato de vida, viatura de emergência médica e os enfermeiros Açoreanos, que desempenham funções na unidade de evacuações aéreas.

Como se pode verificar pela análise dos dados, existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da ECETIS, com exceção da dimensão “Meio Ambiente”. Mais ainda, as diferenças entre as medianas revelam diferenças estatisticamente significativas sobretudo na dimensão “Antecedentes”.

A comparação dos grupos, indica postos médios superiores a favor dos participantes que se encontram na UCI, quando comparados aos enfermeiros de SU, mas de forma geral são os enfermeiros que exercem funções na área do extra hospitalar (INEM) que revelam o posto médio mais alto. Apenas na dimensão “Avaliação” é maior o valor dos enfermeiros que exercem em UCI, conforme resultados apresentados na tabela 17.

**Tabela 17** - Teste *Kruskal Wallis* para a relação entre o serviço e a ECETIS

	SU (n=231)	UCI (n=101)	INEM (n=100)	Teste <i>Kruskal Wallis</i>	<i>p</i>
	Posto médio	Posto médio	Posto médio		
Meio ambiente	186.61	212.25	213.50	5.334	.069
Situação	184.50	198.40	230.49	10.816	<b>.004</b>
Antecedentes	176.94	202.57	246.65	25.212	<b>.001</b>
Avaliação	182.46	226.84	212.14	10.469	<b>.005</b>
Recomendações	184.38	200.23	229.29	10.336	<b>.006</b>

Considerando, por outro lado, características das instituições de exercício dos profissionais que constituem a amostra, tentou-se perceber se o **tipo de organização laboral** influencia as dimensões da ECETIS. Pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, comparam-se instituições públicas e público-privadas (tabela 18), verificando-se que não existem diferenças estatisticamente.

**Tabela 18** - Teste *U de Mann-Whitney* para relação entre tipo de instituição e a ECETIS

	Pública (n=27)	Público-privada (n=219)	<i>Teste Mann- Whitney</i>	<i>p</i>
	Posto médio	Posto médio		
Meio ambiente	217.05	194.32	-1.226	.220
Situação	216.36	199.77	-.890	.373
Antecedentes	214.54	214.22	-.017	.986
Avaliação	215.05	210.22	-.255	.799
Recomendações	215.96	202.98	-.694	.487

Quanto ao **vínculo**, considerou-se a divisão dos participantes em contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado e os participantes em contrato coletivo de trabalho, dados os restantes grupos identificados no formulário não revelarem número adequado para a análise estatística.

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas, e são apresentados na tabela 19.

**Tabela 19** - Teste *U de Mann-Whitney* para relação entre vínculo laboral e a ECETIS

	Contrato em FP tempo indeterminado (n=372)	Contrato Coletivo de Trabalho (n=57)	<i>Teste Mann- Whitney</i>	<i>p</i>
	Posto médio	Posto médio		
Meio ambiente	217.81	196.69	-1.223	.221
Situação	218.49	192.24	-1.514	.130
Antecedentes	216.70	203.89	-.740	.459
Avaliação	216.28	206.65	-.548	.584
Recomendações	218.32	193.35	-1.436	.151

De igual forma, na hipótese de que o **tipo de horário** influencia as dimensões da ECETIS, considerando os participantes em regime de horário fixo e os participantes em regime de rollman, verificasse influência na dimensão da “avaliação” da ECETIS. Os resultados são superiores nos participantes que trabalham em regime de rotatividade de horário ( $p=.045$ ), conforme tabela 20.

**Tabela 20** - Teste *U de Mann-Whitney* para relação entre regime de horário de trabalho e a ECETIS

	Rollman (n=400)	Fixo (n=35)	<i>Teste Mann- Whitney</i>	<i>p</i>
	<b>Posto médio</b>	<b>Posto médio</b>		
Meio ambiente	243.16	215.80	-1.261	.207
Situação	204.46	219.19	-.675	.500
Antecedentes	235.10	216.50	-.855	.393
Avaliação	258.64	214.44	-2.00	<b>.045</b>
Recomendações	222.27	217.63	-.213	.832

As variações que poderiam estar relacionadas com o tempo de exercício profissional dos enfermeiros, especificando a **antiguidade na carreira de Enfermagem**, sujeitaram os dados ao teste *One Way ANOVA*, seguindo os pressupostos de operacionalização de variáveis relativos às características regionais supracitados.

Foi tida em consideração a alteração para uma escala intervalar de tempo na carreira, para maior enquadramento na discussão de resultados. A divisão foi realizada considerando um número de grupos com “n” equivalente.

Não se verificaram, porém, diferenças estatisticamente significativas, pelo cruzar de influências entre as variáveis dependentes com as independentes, por aplicação de *One Way ANOVA*.

Os resultados são apresentados na tabela 21.

**Tabela 21** – Teste *One Way ANOVA* para relação entre antiguidade na carreira de Enfermagem e a ECETIS

	Até 12 anos (n=168)		13 a 20 anos (n=153)		+ 20 anos (n=121)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Meio ambiente	4.42	.46	4.33	.49	4.30	.56	2.450	.087
Situação	4.45	.50	4.40	.52	4.41	.52	.523	.593
Antecedentes	4.54	.45	4.51	.46	4.55	.46	.346	.708
Avaliação	3.91	.59	3.91	.59	3.90	.57	.018	.983
Recomendações	4.21	.63	4.19	.68	4.12	.66	.787	.456

Continuando o cruzamento de variáveis e suas dimensões, o **tempo de exercício na instituição atual** foi escalonada em três intervalos, cumprindo o estabelecer grupos de acordo com “n” equivalentes. Os resultados surgem, seguindo a divisão entre grupos até aos seis de vínculo com a instituição, os sete e 15 anos de vínculo, e o exercício por mais de 16 anos na atual instituição de saúde.

Nesta variável específica, não existem também, diferenças estatisticamente significativas. Os resultados são apresentados na tabela 22.

**Tabela 22** – Teste *One Way ANOVA* para relação entre tempo de exercício na instituição de saúde e a ECETIS

	Até 6 anos (n=150)		7 a 15 anos (n=145)		+ de 16 anos (n=145)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Meio ambiente	4.39	.48	4.52	.61	4.16	5.69	.579	.374
Situação	.51	4.37	.46	3.94	.69	28.50	.561	.277
Antecedentes	4.34	.53	4.53	.55	63.26	4.39	1.044	.759
Avaliação	.47	4.43	.46	4.21	6.16	27.83	.353	.399
Recomendações	4.34	.51	3.92	.66	62.70	4.49	.643	.671

Relativamente à **experiência dos profissionais no cuidado à PSC**, definido nos critérios de inclusão como tempo de serviço em urgência/emergência, o teste *One Way ANOVA* para três ou mais amostras independentes, foi aplicado pela seguinte divisão em anos completos, sendo a relação apresentada na tabela 24.

Observa-se que na dimensão da ECETIS “Situação” os participantes com tempo de serviço em emergência entre 6 a 14 anos apresentam valores estatisticamente diferentes dos profissionais de enfermagem com tempo de serviço até 5 anos, através do Teste Post-Hoc *Tukey*. Entre os restantes grupos não se observam diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à variância explicada verificamos que na dimensão “Situação” (em que existem diferenças) este valor corresponde a 1.68%.

**Tabela 23** – Teste *One Way ANOVA* para relação entre o tempo de exercício em serviços de urgência/emergência e a ECETIS

	Até 5 anos (n=150)		6 a 14 anos (n=158)		+ de 14 anos (n=132)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Meio ambiente	4.38	.50	4.37	.50	4.30	.51	1.035	.356
Situação	4.50	.45	4.34	.55	4.43	.50	3.742	<b>.024</b>
Antecedentes	4.55	.43	4.48	.48	4.58	.45	.1.833	.161
Avaliação	3.89	.58	3.94	.58	3.87	.58	.573	.564
Recomendações	4.19	.66	4.17	.65	4.19	.67	.046	.956

Analisando a última parte do questionário, relativo à questão: “**A instituição/serviço onde desempenha funções como Enfermeiro desenvolve formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação** (métodos como observação em tempo real e feedback de desempenho, simulação e interpretação de papéis, outros...)” foi

aplicado o teste não paramétrico *Mann-Whitney* para duas amostras independentes, na tentativa de apurar se esta premissa influencia as dimensões da ECETIS.

Os resultados sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da ECETIS, a favor dos participantes que afirmam existir formação, conforme a tabela 24.

**Tabela 24** – Teste *U-Mann-Whitney* para relação entre formação sobre de ferramentas e metodologias de transmissão de informação e a ECETIS

	Sim (n=208)	Não (n=234)	<i>Teste Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
	Posto médio	Posto médio		
Meio ambiente	236.97	207.75	-2.454	<b>.014</b>
Situação	424.07	203.22	-3.244	<b>.001</b>
Antecedentes	238.51	206.38	-2.690	<b>.007</b>
Avaliação	254.75	191.95	-5.174	<b>.001</b>
Recomendações	251.12	195.17	-4.660	<b>.001</b>

Quando “a instituição/serviço identifica responsáveis pela promoção da melhoria da qualidade, e fornece reforço positivo aos profissionais que realizam transferências, de acordo com o processo padronizado pela instituição/serviço”, os resultados apontam para a existência de diferenças estatísticas significativas em todas as dimensões da ECETIS, em função das médias, com exceção da dimensão “Antecedentes”, conforme representado na tabela 25.

**Tabela 25** - Teste *U-Mann-Whitney* para relação entre políticas de promoção da qualidade e a ECETIS

	Sim (n=205)	Não (n=237)	<i>Teste Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
	Posto médio	Posto médio		
Meio ambiente	240.83	204.78	-2.434	<b>.002</b>
Situação	234.15	210.56	-2.214	<b>.049</b>
Antecedentes	228.06	215.83	-2.780	.307
Avaliação	250.68	196.26	-5.154	<b>.001</b>
Recomendações	252.15	194.99	-3.660	<b>.001</b>

Analisando mais especificamente os resultados apurando se “há no contexto profissional divulgação, promoção e monitorização da implementação da Norma 001/2017”, existem diferenças estatísticas significativas em todas as dimensões da ECETIS, a favor dos participantes que referem que há divulgação, promoção e monitorização da implementação da Norma 001/2017 no local de trabalho, conforme a tabela 26.

**Tabela 26** – Teste t de *Student* para relação entre divulgação, promoção e monitorização da implementação da Norma 001/2017 e a ECETIS

	Sim (n=189)		Não (n=253)		<i>Teste t student</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Meio ambiente	4.42	.48	4.30	.51	2.408	<b>.016</b>
Situação	4.53	.43	4.34	.54	4.102	<b>.001</b>
Antecedentes	4.61	.41	4.47	.48	3.423	<b>.001</b>
Avaliação	4.06	.57	3.78	.56	5.087	<b>.001</b>
Recomendações	4.36	.59	4.04	.67	5.132	<b>.001</b>

Cumpra ainda descrever se a **utilização de outras ferramentas de transmissão de informação**, que não a ISBAR influencia as dimensões da ECETIS.

Existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da ECETIS a favor dos participantes que utilizam outras ferramentas de transmissão de informação, com exceção das dimensões “Meio Ambiente” e “Antecedentes” (Tabela 27).

**Tabela 27** – Teste de *U Mann-Whitney* para relação entre uso da ISBAR e outras ferramentas de transmissão de informação e a ECETIS

	Sim (n=27)	Não (n=219)	<i>Teste Mann- Whitney</i>	<i>p</i>
	<b>Posto médio</b>	<b>Posto médio</b>		
Meio ambiente	239.83	201.78	-1.432	.350
Situação	232.15	200.56	-2.212	<b>.047</b>
Antecedentes	229.07	212.73	-2.580	.307
Avaliação	235.68	193.26	-4.134	<b>.001</b>
Recomendações	252.15	184.79	-2.760	<b>.001</b>

## Capítulo 4 – Discussão

Falar de competências em Enfermagem implica considerar comportamentos apreendidos durante um processo educativo, envolvendo desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática profissional (Almeida & Peres, 2012).

Os conhecimentos correspondem ao conjunto de saberes e informações adquiridas pelas Pessoas, enquanto as habilidades estão relacionadas com capacidade de colocar em prática o conhecimento. As atitudes, por sua vez, relacionam-se ao modo como o conhecimento é operacionalizado (Almeida & Peres, 2012; Peres et al., 2017).

Entre essas competências em Enfermagem, considera-se que a comunicação se sobressai. Uma vez que a prática dos enfermeiros está centrada na relação interpessoal, na realização de atividades assistenciais, na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. Além disso, potencializa o desenvolvimento e exercício das demais competências profissionais do enfermeiro. No entanto, muitos enfermeiros referem ainda dificuldade em comunicar. Especialmente em contextos que necessitam constantemente a tomada de decisão (Puggina & Silva, 2014; Vasconcelos et al., 2017).

Pelos resultados aferidos no total de 442 participantes, percebe-se pelo capítulo anterior, que características socio demográficas dos enfermeiros em Portugal, e no contexto do cuidado à PSC, não influenciam a escala proposta (ECETIS) e, portanto, afere-se ausência de influência sobre a comunicação eficaz e a transmissão de informação segura.

Ser casado ou viver em união de facto prevalece no sexo masculino, enquanto os enfermeiros participantes do sexo feminino são, na sua maioria solteiros. Mas essa associação em nada altera as variáveis dependentes do estudo. Com uma média de idades situada nos 39.33 anos de idade e variação moderada, e pela maior participação de enfermeiros do sexo feminino no estudo (n= 289), poderia haver flutuação na escala, pelas distintas características etnográficas. Nomeadamente se se considerar também, a distribuição a nível geográfico, e as características dos grupos de profissionais que exercem na zona norte, centro, sul e ilhas. Pelas

características dos enfermeiros, dos serviços e de administrações organizacionais e de liderança particulares, e afetas a cada situação.

Em oposição surgem resultados recentes de Hagqvist et al. (2020), cujo estudo identificou influência da diversidade cultural nestes contextos de comunicação em saúde, sobretudo na avaliação e desenvolvimento de competências de comunicação, em estudantes de enfermagem. Domínios associados ao controle do meio e garantia de canal de comunicação, como a “disponibilidade” e “controle do ambiente” apresentaram, respetivamente, as maiores e menores médias na análise dos dados. Houve diferença estatística significativa da soma da Escala de Competência em Comunicação Interpessoal com as variáveis: idade, estado civil, participação em grupo de pesquisa/extensão e atividade profissional (Hagqvist et al., 2020).

O que não se confirma pelos resultados deste estudo sobre competência comunicacional em emergência, em Portugal. Os resultados traduzem homogeneidade quanto às características socio demográficas e a ECETIS. Atribuindo pouca relevância a estas características, na forma como os grupos interagem e ou compartilham objetivos comuns.

Pode-se então afirmar que as dimensões alvo de estudo, não surgem culturalmente modeladas, como pressupõe a literatura (Hagqvist et al., 2020; Cook 2018).

Deste modo, pode-se considerar que, embora os enfermeiros possam diferir significativamente quanto aos estilos de comunicação adotados, nos padrões de repertório linguístico e nos papéis e sentidos do discurso (o que poderia salientar diferenças importantes quanto aos valores, normas grupais e crenças), não se verificam padrões de variação na amostra neste estudo atual. Sendo rejeitada a hipótese nula de que as variáveis socio demográficas influenciam a competência comunicacional, qualidade e seguimento normativo da transmissão de informação sobre a PSC em Portugal.

Cabe refletir sobre a certeza de que, independentemente dos resultados obtidos, os enfermeiros se comportam obviamente de maneiras distintas em grupo. Usam termos exclusivos ou especializados ou exibem símbolos que tenham significado para eles, de forma sempre particular, os quais podem ser até confusos, sem sentido ou mesmo inaceitáveis para outros. E, de igual forma, denotar que uma Pessoa pode adaptar padrões de comunicação para atender às expectativas normativas do grupo; recorrendo a palavras culturalmente específicas para trocar significados, estabelecer territórios e identificar quem é estranho e quem é um

membro de confiança. Para além disso formam-se autoidentidades por meio da comunicação com os outros (Cook, 2018).

Em enfermagem, e em emergência em Portugal parece ser essa a realidade; de necessidade de adaptação natural ao meio, reforçando a importância da autoidentidade grupal, considerando a tendência para pouca variabilidade de comportamentos e capacidades no estudo. A confirmar esta hipótese, verifica-se neste estudo que os enfermeiros com menos de cinco anos de experiência no cuidado à PSC, apresentam diferença estatística na “Situação”; menor tempo e experiência em emergência, representa menor desvio em relação à média.

Enfermeiros com rotatividade de horário, apresentam significância na dimensão “Avaliação”, comparativamente aos enfermeiros que exercem em horário fixo e, portanto, menor variabilidade de determinantes da adaptação ao meio.

Porém, numa discussão sobre causalidades e relações entre profissionais de saúde e o grau em que atendem a parâmetros de qualidade e necessidades interpessoais, há que ponderar não só padrões, mas também expectativas comportamentais, integrando expectativas não impostas coletivamente, mas que frequentemente surgem, à medida que os grupos se formam e se desenvolvem. Certo é que alguns dominarão, outros retrocederão e grupos menores se formarão. Encontrar um equilíbrio natural dentro de um grupo também pode ser um desafio (Clapper &, 2020; Clayton, Dingley & Donaldson, 2017; Chick & Meleis, 1986).

Pela amplitude da variável “idade”, nesta amostra, se pensarmos que há enfermeiros com 23 anos e outros com 61, facilmente se compreende o desafio que a Enfermagem enfrenta atualmente na área da emergência, com um grupo profissional tão variado. Neste sentido, o esforço parece estar a ser bem superado; talvez dirigido e liderado, talvez pela maior necessidade de garantir aceitação pelos grupos e de cumprir normas e protocolos instituídos, bem como pela tutoria que efetivamente se estabelecem em processos de integração e início de atividade profissional.

Apurar graus de satisfação profissional, poderia contribuir para o entendimento deste fenómeno em particular.

Por outro lado, poder-se-á pensar se os serviços de emergência em Portugal, estão de tal forma padronizados que não geram trocas ricas e estimulantes de ideias, informações e interação, o que também poderia balizar esta ausência de variação nestas dinâmicas funcionais.

Similarmente, sabe-se que a prática da enfermagem ocorre em quadros sociais, no qual os elementos ambientais e as relações interpessoais interagem.

O clima ético da unidade de trabalho é um elemento importante, que afeta a prática profissional, e ética do enfermeiro, no entanto, sejam quais forem as circunstâncias ambientais, espera-se que os enfermeiros sejam profissionalmente competentes, prestando cuidados de alta qualidade ética e clinicamente (Numminen, et al., 2015).

Pela aplicação da ECETIS percebe-se, por exemplo que, embora haja tentativa de reconhecimento acerca da disponibilidade do recetor da informação, e na escolha de um canal de comunicação apropriado, questões relacionadas com a demonstração de alguma insatisfação (perante comportamentos de transferência de cuidados sem transferência de informação), são proteladas para segundo plano.

O que faz pensar num ambiente colaborativo e empático, ou apenas orientado para o papel que no momento se inicia (para o recetor) e termina (para o emissor) com o mínimo contacto ou proximidade entre Pessoas, sem feedback, pois há concomitantemente tendência positiva para garantir o iniciar e priorizar a transmissão de informação antes de transferir cuidados sem muita interação.

Combinando diversas pesquisas em diferentes áreas, incluindo a gestão de momentos difíceis e processamentos cognitivos neste contexto, a incerteza que parece vingar neste domínio, poderia ser pensada como dependente da preocupação acrescida em emergência com múltiplos pormenores, dada a complexidade inerente ao cuidado da PSC. Principalmente, se o raciocínio da análise tiver em consideração que a incerteza é um verdadeiro complexo cognitivo, e não somente resposta emocional ao stress (Bailey & Stewart, 2014).

No contexto do estudo, com garantia centrada num meio ambiente propício à passagem de informação, tenta-se considerar a influência de valores (crenças que a pessoa considera importante na vida); emoções (sentimentos subjetivos sobre uma situação de raiva, frustração, medo, dor, ansiedade, aparência pessoal); níveis de conhecimento (o nível de educação e a experiência influencia as bases de conhecimento da pessoa); funções e relações (a comunicação entre dois enfermeiros difere de uma comunicação entre enfermeiro e cliente); ambiente (barulho, falta de privacidade e distrações influenciam a eficiência); espaço e território. Denotando necessidade de ser ouvido e de escuta atenta, alicerçados em conceitos relacionados com aceitação e não em empoderamento.

Na literatura, tais pressupostos vinculam maioritariamente satisfação e motivação no trabalho e são fortemente associados à boa gestão da comunicação pelo emissor no lapidar do canal de comunicação; influenciando inclusive, segundo as evidências, os cuidados prestados à PSC (Kunie et al., 2017).

Parece fundamental reforçar a importância da identificação dos intervenientes na gestão da comunicação em Portugal, corroborando estudos recentes de que, é tão importante sublimar habilidades de comunicação pela garantia das condições necessárias a um canal de comunicação livre e eficaz, como pela responsabilização assumida à priori, quanto à posição que cada um ocupa, no processo de interação (Fowler, Robins & Lucero, 2021).

Santos, et al., em 2019 estudaram também este problema. Concluíram que a formação sobre metodologias e barreiras de comunicação, que incluam definição de papéis, aumenta significativamente a eficácia da comunicação entre pares, mas sobretudo entre enfermeiro e a PSC, potenciando inevitavelmente, um impacto positivo, nos cuidados prestados, o que faz também pensar se, o assegurar de canais de comunicação seguros, se efetiva com as mesmas características quanto à competência comunicacional dos enfermeiros de emergência, no contexto particular da interação enfermeiro-PSC.

Estudos futuros sobre esta dinâmica, poderão contribuir para apurar dados. Considerando as vertentes aqui analisadas na dimensão “meio ambiente”, e variáveis que considerem o que poderá ser alcançado por meio do diálogo, do ambiente interpessoal e de habilidades específicas de comunicação verbal e não verbal, incluindo a relevância da identificação do profissional e dos restantes intervenientes no desenvolvimento de todo o processo, inserindo a PSC no plano de cuidados desde o primeiro minuto. Permitindo que se identifique e faça parte do processo de admissão.

Neste estudo, contra o que era previsto pelo investigador principal, a dimensão “Identificação”, ficou simplesmente anulada em termos de consistência interna, pelo que as afirmações definidas neste estudo e na construção da escala, não aparentam representar as reais preocupações ou real definição da dimensão, pelos enfermeiros quanto a esta problemática.

Poderia justificar a não valorização por qualquer outro interveniente, senão aquele a quem se pretende cuidar, num processo de valorização do quadro clínico e intervenções, do que se passa, e não por quem, literalmente, mas fica este dado por apurar. Poderá um estudo de Delphi

permitir explicitar aqui correlações de forma preditiva, para além de se revelar uma oportunidade ímpar, de refletir sobre a base das relações que se estabelecem em Enfermagem, e a subjetividade que está sempre presente em todos os intervenientes.

Contudo, não parece que os enfermeiros em Portugal desvalorizem esta questão, até porque surge no quadro das “Recomendações”. Logo, posiciona-se até como foco de atenção prioritário, mas isto somente numa primeira análise, o que reforça a necessidade de investigação suplementar.

Também a submissão a ambientes puramente técnicos, com rotinas por vezes desconhecidas, desconfiança da qualidade formativa entre pares, ou receios relacionados com negligência e estigmatização, poderão justificar este resultado.

Contudo, Amorim et al., em 2018 perceberam que, quando o conhecimento torna a situação ainda mais negativa, manter o estado de incerteza parece ser preferível, e é visto como oportunidade positiva. Faz este facto pensar nas expectativas e estereótipos que por vezes se criam entre pares e condicionam julgamentos da ação. Não querer vincar a identificação em primeira instância na transmissão de informação e cuidados, pelos enfermeiros do estudo, pode traduzir um mecanismo de autodefesa, de gestão da incerteza da doença e do processo de cuidar.

A atenção, preocupação, responsabilidade, envolvimento e proximidade representam, neste domínio, soluções para limar estas barreiras de adaptação no futuro (Amorim et al., 2018). Fornecendo informações concisas e adaptadas à subjetividade da Pessoa, e assim promovendo personalização, o que num processo de comunicação, é tão diferenciador, quanto difícil de gerir pela tensão e preocupação acrescida, num momento crítico. E isto é válido em relação a todos os intervenientes no processo de comunicação (Cook, 2018).

Cypress em 2016 sublinha ainda que, para a PSC, assistir a práticas centradas nos valores, crenças e expectativas de cada Pessoa potenciam a segurança, confiança e apoio emocional. Logo, se os enfermeiros demonstrarem práticas que integrem estes princípios, potenciam segurança.

Torres, Prieto e Massa (2018) focaram inclusive a adequação e credibilidade da teoria de Merle Mishel na gestão da incerteza à própria Pessoa em situação crítica (PSC), pelo que a identificação e inclusão da Pessoa na sua própria identidade, independentemente da experiência difícil e incerta, do tipo de doença, prognóstico ou tratamento deve ser promovida, sublimando adaptação e constituindo quadro de evidência empírica da teoria de Mishel. Li et al. (2019),

validam toda essa capacitação, pela mobilização de todo o sistema de apoio disponível, familiar, social e profissional, relacionando a incerteza na doença com a falta desse suporte, revelando incapacidades em determinar significados no processo de doença, o que nem sempre é bem tolerado, constituindo fator de stress.

Holloway-Kew, et al. (2020), corroboram também este princípio num estudo sueco, descrevendo variações nas percepções de transferência em ambientes de cuidados críticos, alicerçada em cinco categorias descritivas. Mais do que a comunicação entre a equipa e as oportunidades de aprendizagem, a colheita de informações centrada no cliente como base para o cuidado contínuo, significa responsabilidade pelas transferências, e determina que segurança e qualidade são priorizadas.

A conclusão vai ao encontro dos resultados apurados por este estudo em Portugal, uma vez que, ambos denotam na transferência de informação em enfermagem, fenómenos complexos, compreendidos de formas variadas. A mediação promovida pela comunicação parece determinar mudança da responsabilidade do cuidar. Escolher saber mais sobre outras pessoas com quem se interage, a fim de reduzir ou resolver a ansiedade associada ao desconhecido é decisivo na comunicação interpessoal; quanto mais sabemos sobre os outros e nos acostumamos com a forma como eles se comunicam, melhor podemos prever como eles irão interagir connosco em contextos futuros (Clapper & Ching K., 2020; Clayton, Dingley, & Donaldson, 2017; Mishel & Clayton, 2008).

O fator relacionado com a “Situação” apura, por sua vez, a integração de todas as afirmações previstas na escala ECETIS, construída em consonância com a norma 001/2017. Integrando quatro itens que, por peso no fator, são o item 9 (.446), 10 (.581), 11 (.727) e 12 (.693). Pode assim considerar-se que em emergência e em Portugal, os enfermeiros cumprem questões relacionadas com a sinalização de *timings* de admissão, motivos de necessidades de cuidados, informação acerca de MCDT e terapêutica realizados ou a realizar, definindo claramente as razões que determinaram a transferência e transição de informação e cuidado. Todas as afirmações vão de encontro à norma 001/2017 da DGS e vigente em Portugal, e parecem ser postas em prática.

Alastalo et al., em 2020 reforçam que, a deteção da deterioração clínica é uma das principais causas de eventos de alta mortalidade em PSC. Não existindo um modelo conhecido que oriente o reconhecimento e a resposta à deterioração clínica na PSC, integrando recursos

internos e externos da ação, e determinando fatores associados, há ainda poucos dados sobre como mensurar a qualidade no cuidado da PSC. Sobretudo porque é dependente de ações sempre subjetivas.

Ora aqui um padrão de comportamentos, previamente definido, poderia exercer indicador de qualidade quando cumprido e, sobretudo, denotando que mais pesquisas são necessárias para determinar formas de melhorar a qualidade identificação do cliente e da situação, revelando que há potencial para melhoria na qualidade da transferência de enfermagem na práxis clínica (Holloway-Kew , et al., 2020).

Vincula-se a importância do estudo e a sua complexidade. Percebendo que uma transferência falhada da definição da problemática, é problema de longa data nos cuidados de saúde.

O dano para a PSC varia quer pela gravidade do evento de saúde, quer quando há informações imprecisas e incompletas, mal interpretadas, ou não oportunas. Muitos são os fatores envolvidos: a formação do prestador de cuidados de saúde e as suas expectativas, barreiras linguísticas, considerações éticas, documentação inadequada ou inexistente (Joint Commission, 2017).

A qualidade de informação sobre o que se passa, possibilita que os enfermeiros organizem as intervenções antecipando o risco, sendo considerado um momento decisivo na qualidade dos cuidados de enfermagem (Brás & Ferreira, 2016).

Os enfermeiros em Portugal parecem, pela correlação com as afirmações associadas à “Situação” perceber esta importância no desenvolvimento de todo o plano de cuidados após transferência de responsabilidades, o que denota atenção para o facto dos eventos adversos não intencionais, durante a assistência inicialmente prestada aos clientes (e em nada relacionados com a evolução natural da doença), acarretarem prejuízos ímpares, podendo originar incapacidades ou disfunção permanente ou temporária, ou prolongar o tempo de internamento (Silva, 2014)

Em emergência e em enfermagem em Portugal, informações relacionadas com os antecedentes da PSC parecem também, e segundo os dados recolhidos, incluir a partilha de históricos, antecedentes clínicos, hábitos, alergias e níveis de dependência, havendo de igual

forma transmissão acerca de dados sobre a evolução do cliente, e justificacão de intervenções, verbalmente. Há, contudo, uma maior tendência para considerar a inclusão da abordagem farmacológica e não farmacológica relevante, efetuados, nesta dimensão, e não num campo específico para a avaliaçãoclinica, conforme preconizado pela norma ISBAR.

Meleis, segundo Santos et al. (2015) definiram em alguns artigos, e neste sentido, as seguintes propriedades para as experiências passadas, como altamente relevantes num processo de transiçãoc: conhecimento/consciência, ajustamento/compromisso, mudançae diferençae, eventos e acontecimentos críticos, bem como o período de experiência.

O conhecimento do passado, surge como que relacionado com a consciencializaçãosobre a experiência em si no presente, sendo esperado que durante o processo de cuidar se apresente, ou desenvolva, conhecimento sobre alteraçõese que vãooocorrendo. Também se descreve, como diretamente relacionada, uma capacidade de ajuste, e envolvimento, o que pressupõe mudançae, já que estãooimplícitas transiçõese efetivas, mensuráveis quer pela percepçãode importâncias dependentes de expectativas pessoais, familiares e sociais, ou mesmo pela atribuiçãode significados coerentes (Santos et al., 2015).

Assim, todas as necessidades de adaptaçãoe são completamente proporcionais ao tipo de evento e à criticidade do acontecimento, implicando movimentaçõese fluxos ao longo do tempo em que a experiência decorre, pelo que aprofundar o papel da Enfermagem neste âmbito poderá permitir a determinaçãode ganhos em saúde. O processo de transiçãoe será posto em causa se não se obtiver esse resultado, determinando se para a pessoa cuidada pelo Enfermeiro atribui um significado à transiçãoe, positiva, negativa ou neutra (Santos et al., 2015).

Neste estudo português, denota-se que para os Enfermeiros de emergênciae o fator da “Avaliaçãoe” inclui questões relacionadas com o pressuposto da norma 001/2017 da DGS sobre comunicaçãoe eficaz. Há o reconhecimento da importânciae da avaliaçãoe e do desenvolvimento da cultura de segurânçae como foco estratégico para a melhoria da segurânçae e da qualidade da saúde. Pela inclusãoe dos itens 18 (.401), 19 (.451) e 20 (.670), da ECETIS, afere-se que o delinear de tarefas, prioridades de intervençãoe e posiçõese a ocupar é alvo de preocupaçãoe acrescida (item 20). Os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem (técnicas invasivas realizadas, risco infeçãoe/colonizaçãoe, medidas de isolamento, situaçãoe social, capacitaçãoe do cuidador, e a seleçãoe e transmissãoe da avaliaçãoe (sinais vitais, estado de consciência, mecanismos de lesãoe, tipo de lesãoe, entre outros) embora menos relevados, sãoe também transmitidos.

Há, no entanto, e neste âmbito da avaliação, um acréscimo aos focos de atenção descritos na norma 001/2017 da DGS no campo “Recomendações”, representados pelos itens. 21 (.733), 22 (.547), 23 (.685) e 24 (.513) na escala proposta pelo estudo, o que demonstra preocupação em incluir na partilha de informações acerca da informação clínica, momentos de discussão, consulta e sumarização dos dados partilhados, ou solicita feedback dos dados por mim transmitidos, cumprindo as minhas expectativas de uma transmissão de informação eficaz, pela oportunidade de partilha de sugestões acerca da continuidade do plano de cuidados.

O testemunhar da preservação dos dados partilhados, em documentos escritos (*check-list*, formulários, impressão de dados enviados por e-mail ou outros) de forma organizada, é também aqui alocado. Considerando que neste paradigma da transição de cuidados e de informação, há muitas vezes ausência de conhecimento sobre quem é o outro interveniente, confirmando a urgência de reflexão sobre facto, considerando que não prever comportamentos, e o experienciar de momentos de incerteza, são cruciais neste domínio.

Ahn et al., em 2021, verificaram neste âmbito que o nível de conhecimento dos enfermeiros intensivistas, pode ser considerado não ideal, quanto ao que melhor avaliar (Ahn, Jang & Son, 2021). Em Portugal, segundo a amostra do estudo e pela análise dos resultados, existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da ECETIS, com exceção da dimensão “Meio Ambiente”, conforme os serviços de prestação de cuidado à Pessoa em situação crítica.

Em particular na dimensão “Situação” entre os participantes que trabalham no SU e os que trabalham na UCI ( $p = .006$ ), a avaliação da situação clínica pelos enfermeiros das UCI é melhor. As diferenças são significativas na dimensão “Antecedentes” se compararmos, contudo, os enfermeiros do intra e do extra hospitalar; há melhores resultados nos profissionais que desempenham funções no INEM na transmissão de informação.

Contudo estas diferenças parecem representar um verdadeiro desafio na homogeneidade de comportamentos e resultados, considerando, por exemplo um momento de transmissão de informação e transição de cuidado numa sala de reanimação, entre uma equipa do extra-hospitalar e os enfermeiros do SU (ou entre a equipa do SU e uma UCI). Levantam-se questões acerca do papel e modos de atuação, de cada enfermeiro nesse contexto, pois além de sua representação profissional diante da própria equipe, ele tem de coordenar o handover, considerando distintos modos de atuação, e de cumprimento de normas e processos, fora do seu

ambiente habitual. O que implica consciência acerca de vários pressupostos da comunicação, diminuindo perdas de informações relevantes (Silva et al., 2017; Broca & Ferreira, 2015).

Kennedy-Metz et al., (2020) corroboram o aumento de segurança associado à transmissão de informação neste sentido, embora faltem ainda revisões sistemáticas de abordagens qualitativas, para melhor compreender estas experiências de transferência. Identificam sete temas de transferência principais: expectativas de perfeição, necessidade de parceria, comunicação unilateral, obstáculos à aquisição de informações, falta de informações pertinentes ao cliente, necessidade de uma transferência estruturada e interrupções / distrações. As principais conclusões, assumem ainda que, uma comunicação deficiente pode aumentar a níveis de stress, e afetar adversamente o atendimento.

O último item da escala ECETIS foi então analisado quanto ao fator relacionado com as “Recomendações”. Neste Âmbito, se compararmos os resultados com as dimensões inicialmente previstas na escala, esta dimensão ficou com afirmações inicialmente alocadas à “Identificação”. Incluindo o item 6 (.599), 7 (.777) e item 8 (.613), relativos à identificação do cliente, à divulgação da identificação da pessoa significativa/cuidador, e à integração da PSC na apresentação do caso clínico, determina, pois, que embora não realizados conforme descritos na norma da DGS, são aspetos considerados como cruciais no cuidar. Os enfermeiros em Portugal preocupam-se com o cultivar de um ambiente de trabalho que preserve a inclusão do cliente e aumente a segurança em saúde.

Internacionalmente integram-se neste paradigma, questões organizacionais e relacionadas com o equilíbrio entre sintonias pessoais e habilidades profissionais. Estudos sobre a avaliação da viabilidade de formação educacional interdisciplinar periódica, que aumentem capacidades de *Rapport*<sup>1</sup>, apoiam um aumento possível de capacidade dos profissionais de saúde para enfrentar os desafios clínicos, e de inclusão do cliente no plano de cuidados, e de autoidentificação pelos profissionais.

---

<sup>1</sup> Embora seja um processo natural que é praticado de forma inconsciente, como qualquer competência humana, pode e deve ter seu uso de forma consciente. *Rapport* é uma palavra de origem francesa que significa Empatia e vem do termo *Rapporter* que é o mesmo que "trazer de volta". O *Rapport* é uma técnica muito poderosa nas relações humanas incluindo uma atmosfera de respeito e confiança entre duas pessoas com base numa boa comunicação e numa visão espelhada do outro. Inclui atenção mútua, espelhamento e positividade. É bom lembrar que forçar o *Rapport* na intenção de manipular o outro é algo perigoso. É uma arte, uma técnica e um dom. Fazer *Rapport* não é aceitar todas as opiniões do outro, mas ouvi-lo, respeitá-lo e fazer uma aliança terapêutica com o outro (Cook, 2018).

Definindo criteriosamente condições para o real estabelecimento de uma comunicação eficaz, ao mesmo tempo que promovem o trabalho em equipe interprofissional, e o autocuidado (Zuriguél-Pérez, et al., 2019).

Exemplos são os programas destacados como de maior interesse na literatura nos últimos anos, os quais apontam focos para correlações entre qualidade, segurança de atendimento e o envolvimento do próprio cliente, através de uma inclusão no plano de cuidados, o mais precoce possível, evidenciando a relevância do consentimento informado, na gestão de processos de luto e na comunicação de notícias difíceis, por exemplo (Zuriguél-Pérez, et al., 2019).

A evolução para uma mudança na prática clínica pode ser apresentada como um desafio para o futuro, numa realidade em que haja consonância de reunião de todos os intervenientes numa comunicação efetiva, permitindo interdisciplinaridade e considerações éticas sempre bem patentes, e em tempo real (Zuriguél-Pérez, et al., 2019).

Rachwal, et al. em 2018, partilham esta opinião, descrevendo o enfermeiro de emergência, como principal sujeito da tomada de decisão em ambientes clínicos complexos, nos quais a comunicação é fulcral para o processo de reconhecimento de problemas, e escolha de uma das alternativas disponíveis após reflexão. Um aumento significativo foi observado nos scores de competência de comunicação ( $p < .001$ ) e pensamento crítico ( $p < .001$ ) no grupo experimental em comparação com o grupo de controle. Terminam o estudo, concluindo inclusive, que a ferramenta ISBAR melhora a competência de comunicação e o pensamento crítico em circunstâncias semelhantes na clínica.

Presentemente, com este estudo que aqui se apresenta, a ECETIS, pelos dados apurados, poderá contribuir para demonstrar a sua importância e validação em Portugal, particularmente no contexto do estudo: em Enfermagem e emergência, particularmente pela detenção de valores significativos quanto ao cumprimento de graus de fiabilidade ( $>.60$ )

Para além disso, contribui como instrumento de medida, o que tem sido defendido como crucial se desenvolvidos de acordo com o contexto e o processo de comunicação, por meio da adoção de procedimentos teóricos baseados em estruturas de competência para apoiar o cuidado centrado no cliente e a gestão de enfermagem de qualidade (Lee, 2021; Soares, et al., 2021).

Se se considerar a variável relacionada com habilitações académicas e formativas, os resultados são também interessantes. Tendo em conta os resultados, pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, nas dimensões da ECETIS.

Contudo, são os participantes com formação académica com curso de pós-licenciatura de especialização, pós-graduação ou mestrado que apresentam valores mais elevados. Se compararmos cursos de mestrado e pós-graduações, verificam-se ainda diferenças entre os enfermeiros com grau de mestre comparativamente a pós graduados ( $p=.007$ ). Os enfermeiros de emergência em Portugal, parecem assim apresentar benefícios pela frequência de cursos académicos superiores, no cumprimento normativo e consequentemente na prática clínica com maior qualidade, indo ao encontro ao estudo desenvolvido por Kirca e Bademli em 2019, no qual houve aumentos significativos na autoeficácia para comunicação ( $t = 2.62, p = .011$ ), inteligência emocional ( $t = 2.66, p = .010$ ) e competência de comunicação interpessoal ( $t = 2.87, p = .006$ ) no grupo experimental comparado ao grupo controle.

Sempre que no curriculum académico dos profissionais, havia acrescento de disciplinas relacionadas com comunicação ou programas de treino de comunicação clínica (como em cursos de mestrado em Enfermagem ou estudantes de pós graduações), verificaram-se incrementos habilidades de comunicação e em ambientes de prática (Kirca, & Bademli, 2019).

Loefgren Vretare, & Anderzén-Carlsson (2020) estudaram também este fenómeno e admitem que embora a capacidade de pensamento crítico seja uma das competências básicas do enfermeiro, poucos dados baseados em evidências e relacionados à relação entre o nível de capacidade de pensamento crítico, sociodemográfico e profissional dos enfermeiros, foram ainda determinados.

Esse estudo descritivo e transversal, com características muito semelhantes ao atual em discussão, revelou que enfermeiros com 11 a 15 anos de experiência em emergência, com trabalho em turnos contínuos, contrato permanente e mestrado, apresentaram maior nível de pensamento crítico, pelo que as habilidades de pensamento crítico, parecem estar relacionadas com certas variáveis sociodemográficas e profissionais, especialmente idade, anos de experiência, trabalho por turnos, tipo de contrato e nível de escolaridade. Talvez pela maior necessidade de garantir aceitação pelos grupos e de cumprir normas e protocolos instituídos, bem como pela tutoria que efetivamente se estabelecem em processos de integração e início de atividade profissional.

Se considerarmos, por outro lado, não tempos, nem Pessoas singulares, mas grupos de trabalho e contextos de prática, verifica-se que em Portugal, existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da ECETIS, com exceção da dimensão “Meio Ambiente” (cujo  $p=.089$ , significando diferença estatística significativa). Em particular as diferenças encontram-se na dimensão “Situação” entre os participantes que trabalham no SU ( $M=4.35$ ,  $DP=.52$ ) e os que trabalham na UCI ( $M=4.42$ ,  $DP=.51$ ,  $p=.006$ ), a favor dos participantes que se encontram na UCI.

As diferenças nas dimensões “Situação”, “Avaliação”, “Antecedentes” e “Recomendações”, indicam relevância superior nos participantes que exercem cuidado à PSC, na área do pré-hospitalar.

Entre os participantes que trabalham na UCI e no INEM existem também diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Situação” e “Antecedentes” ( $p=.006$  e  $p=.001$ , respetivamente, sendo os enfermeiros do INEM que melhor processam a transferência de informação e cuidados da PSC.

A literatura revela, neste sentido que, a competência comunicativa dos enfermeiros que atuam serviços de urgência é essencial para estabelecer uma relação terapêutica. Os graus de competência de comunicação e autoeficácia dos enfermeiros de urgência são efetivamente bons em diferentes grupos, com pontuações mais altas em relação a médias com outros enfermeiros (Saaranen, et al., 2015).

Conhecendo os ambientes profissionais dos serviços de urgência em Portugal, e as inúmeras dificuldades relacionadas com a garantia de um controle ambiental propício ao cuidado qualificado (limitações físicas, temporais, ratios, horas de trabalho acumuladas, sobrelotações de áreas e dificuldades de comunicação interprofissional muitas vezes associadas à rotatividade de equipas frequente) poder-se-á concluir que, as diferenças com os enfermeiros de unidades de cuidados intensivos, se poderão dever ao maior controle dessas condicionantes (Patterson, et al., 2019; Peres et al., 2017; Pun, et al., 2015).

Similarmente, resultados sobre atividade profissional em contextos de cuidado à PSC mais controlados, nomeadamente em unidades de cuidados intensivos, mostraram que neste contexto existem percepções altamente positivas relativamente a trabalho de equipe, aprendizagem organizacional e melhoria contínua. Há também maior frequência de relatos de eventos adversos, suporte para segurança dos cuidados por elementos de gestão, expectativas e

ações que promovem transferências e transições. Embora haja, de igual forma, alta exposição à exigência física e mental, e variação da carga de trabalho, em geral (Saaranen, et al., 2015).

Identificar diferenças e associações entre as percepções dos enfermeiros em relação à distribuição de trabalho, e aos fatores que interferem com a satisfação profissional, poderão facilitar a interpretação destas variações. Os gestores e líderes organizacionais e de enfermagem devem usar os resultados de estudos neste âmbito, para encontrar estratégias que abordem questões de carga de trabalho e barreiras das dinâmicas da prática que aumentam níveis de stress, e aumentam o risco de erro (Risk, et al., 2019; Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017; Rennke et al., 2013).

Quanto ao melhor desempenho pelos profissionais do INEM, Kukko Silén-Lipponen, e Saaranen em 2020, permitem analisar esta questão do planeamento dos grupos, de forma que o objetivo comum seja o produzir e atuar, segundo protocolos e padrões. O que é exponenciado no Instituto Nacional de Emergência Médica, pelo considerar a inclusão exclusiva de enfermeiros com determinadas capacidades, para o cumprimento de tarefas altamente críticas. Traduzindo o enunciado em estudos recentes Kukko e Saaranen (2020) aferem que mesmo que simulações às vezes sejam percebidas como stressantes, são fonte positiva de aprendizagem e efetivamente promovem a compreensão pessoal dos outros em equipe. Sublinham, pois, a importância do reconhecimento de que é precisamente em fases de atuação, que ocorre produtividade. Pelo que é preciso garantir que o grupo tenha as características ideais, para o que precisa de realizar. A perda de desempenho é ineficiência, e isso tem um custo e tem de ser desde o primeiro minuto estimado.

Talvez essa seja uma das explicações para correlações mais positivas neste grupo de enfermeiros. Pelo simples facto de, para exercer funções no extra hospitalar, os enfermeiros serem sujeitos a processos de seleção, à atuação por protocolos bem definidos, e por uma prática baseada em formação seriada e contínua bem delimitada).

Existe aposta na capacitação, pela alta dependência da prática e pelo treino em comunicação, de forma a garantir equilíbrio emocional do profissional de saúde, e domínio técnico adequado, dadas as condições frequentemente stressantes e inadequadas à ausência de controle do meio ambiente, e de exercício do cuidado (Gundrosen et al., 2018; Karam, et al., 2018; Chambers, 2017; Hammerstad, et al., 2016).

O que traduz um mundo em que cada vítima e cada ocorrência, significam uma performance, tal como numa entrevista ou palestra. Cada membro tem uma parte a cumprir e cada um deve estar ciente de suas funções e responsabilidades. Breves introduções realizadas neste contexto de transição de informação e cuidados constante na área do pré-hospitalar, servem para estabelecer identidade, credibilidade e ajudar a transição do grupo para o desempenho (Castro, 2019; Chambers, 2017; Di Delupis, et al., 2014).

A relação entre as habilidades adquiridas durante os diferentes processos de formação, e a competência despertada a partir da consciência sobre o dever de prestar um cuidado qualificado, poderá justificar esta diferença verificada pelo estudo. Porém outros estudos apontam que os profissionais experientes, com mais de dez anos de serviço, apresentam níveis de saber superiores na área de enfermagem, possuindo uma visão ampla, maior perspicácia, rapidez na ação, e definição de prioridades com maior competência. Os primeiros anos de atividade profissional, geralmente apresentam dificuldades de aplicação dos construtos teóricos na prática (Telles et al., 2020), menores competências comunicacionais e de gestão de cenários complexos (Delgoulet, 2015).

A fase de transição entre a inexperiência e uma etapa mais avançada de desenvolvimento da competência profissional em Portugal, parece não se confirmar neste estudo em particular assim sendo, o que inclusive não corresponde à análise quanto ao tempo de exercício na carreira, e indica não existirem diferenças nas competências em estudo.

Acerca desse aspeto, outro estudo evidencia que os profissionais experientes, com mais de dez anos de prática na clínica de enfermagem, possuem uma visão ampla, perspicácia, rapidez na ação e definem prioridades com maior competência (Telles et al., 2020). Delgoulet em 2015 acrescenta ainda maiores competências comunicacionais e de gestão de cenários complexos.

Tendo em conta os resultados, podemos ainda destacar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da ECETIS, em função do vínculo laboral. Nem em função do horário de trabalho.

A relação destas variáveis, hipoteticamente, poderia revelar previsibilidade contrária de resultados. Pois nestes dois tipos de organização, usualmente existem taxas elevadas de cumprimento de objetivos em organizações publico empresariais, associadas a regimes de incentivos e níveis de satisfação. Sugerindo que coexistem fatores intrapessoais, interpessoais e extra-pessoais como a falta de reconhecimento ou supervisão (DGS, 2011).

A monitorização da qualidade do exercício é complexa em ambas as organizações. Para além disso, não há ainda grandes soluções ou respostas inequívocas entre as diferentes organizações e resultados. A dificuldade de comparar os serviços é tão grande, quanto a dificuldade de aplicar penalizações na prática por exemplo. Uma uniformização quanto a indicadores de desempenho de resultados, para a avaliação da qualidade dos serviços, poderia potenciar comparações e *benchmarking* entre as instituições (Silva et al., 2017; Broca & Ferreira, 2015; DGS, 2011; Garcia, 2004).

Receios relacionados com negligência e estigmatização, poderão aqui ser determinantes também. Na verdade, as perceções sobre a aprendizagem, atitude, motivação, e simulações interprofissionais, parecem neste caso estar já definidas como amplamente positivas, no contributo para uma maior uniformização de competências e capacidades entre diferentes grupos, noutros estudos. A aposta no ensino, a realização de diferentes estágios do exercício de simulação e definição de papéis, aumentam capacitações e promovem aprendizagem de competência de comunicação interpessoal. Pelo que, na ausência de acesso facilitado à formação académica avançada, simulação e formação contínua em serviço, representam métodos valiosos no desenvolvimento da competência de comunicação interpessoal. Métodos não facilmente aplicáveis, mas aceites como boas apostas (Akbari, et al., 2020).

Contudo, embora os facilitadores e as barreiras da comunicação assertiva tenham sido objeto de análises anteriores, faltam ainda evidências sobre a eficácia das intervenções destinadas a melhorar a comunicação assertiva (Streeter, & Harrington, 2017). Programas presenciais alicerçados no apoio de líderes, treino em habilidades de trabalho em equipe, e técnicas de comunicação adaptadas, são identificados como abordagens adequadas para otimizar a eficácia e comunicação assertiva (Cook, 2018; Torres et al., 2018).

Apurou-se pelos dados analisados, que em Portugal se a instituição/serviço onde o enfermeiro exerce funções, identifica responsáveis pela promoção da melhoria da qualidade, e fornece reforço positivo aos profissionais que realizam transferências (de acordo com processos padronizados), há influencia sobre as dimensões da ECETIS. Comprovando essa conclusão, os resultados apontam inclusive, para que, com exceção de duas dimensões (“Avaliação” e “Recomendações”), se verifiquem diferenças estatísticas, significativas. Todas as variáveis apresentam diferenças significativas  $p = .001$  em “Meio Ambiente”, “Situação” e “Antecedentes”.

Por outro lado, os enfermeiros que afirmam existir identificação de responsáveis pela promoção da melhoria da qualidade esforço positivo aos profissionais que realizam transferências, de acordo com o processo padronizado pela instituição/serviço apresentam diferenças, quanto á dimensão “Meio Ambiente”, “ Avaliação e “Recomendações”. Logo, parece que o desenvolvimento de estratégias de cuidado voltadas para a integralidade, para o respeito do mundo dos significados de cada Pessoa, para a sua história de vida e nomeadamente para a intersubjetividade especialmente construída nas relações, parecem ser determinantes.

Neste sentido, este estudo poderá sublimar a Enfermagem como arte e ciência de transição, determinando transições particulares: as de desenvolvimento, as situacionais, as de saúde-doença e as organizacionais.

E, caracteriza então o Enfermeiro, segundo estes determinantes, como alguém capaz de antecipar ou completar as transições que acontecem nesta interação ( Torres et al., 2018; Yang, 2017; Byun et al., 2016; Tiwaree et al., 2016; Giammanco et al., 2015; Santos et al., 2015, p.153-171).

Se a segurança da PSC e a qualidade dos cuidados dependem de todas estas variantes, e os cuidados se pretendem direcionados para a proteção contra danos desnecessários ( resultantes dos esforços ou da falta de esforços do serviço de saúde), a ECETIS poderá contribuir para a prática atual, neste paradigma, em Portugal. Representando uma forma mensurar a segurança da comunicação, eficaz, estruturada e facilitando a antecipação do pensamento acerca de informações transmitidas.

Analisando a afirmação realizada no questionário, e o conjunto de respostas, denota-se, no entanto, desconhecimento quanto às metodologias de transmissão de informação. Muitos participantes, consideram os programas informáticos utilizados para registo clínico hospitalar, uma ferramenta, parecendo desconhecer mnemónicas, *check-list* e ferramentas específicas. Nomeadamente a ISBAR. Este resultado, e de acordo com diversos estudos (Cordeiro et al., 2018; The Joint Comission, 2017; Cristelli, 2013), demonstra maior probabilidade de perda de informação, e menor qualidade associada às práticas, pela não garantia de precisão e falta de estruturas uniformizadas.

Mais ainda, há a constatação de que, quando há no contexto profissional, divulgação, promoção e monitorização da implementação da Norma 001/2017, existem diferenças

estatisticamente significativas em todas as dimensões da ECETIS, com exceção das dimensões “Meio ambiente” e “Antecedentes”.

No entanto, e cumulativamente, a dimensão “Meio Ambiente” apresenta diferenças estatísticas significativas. Estes dados vão de encontro ao que Farias e colaboradores em 2018 apuraram num contexto semelhante. Reforçando que para garantir assistência de qualidade, comunicação efetiva e segura, é necessário o envolvimento das instituições de saúde, a gestão participativa e organizada, ambiente harmonioso, bem como o reconhecimento de potencialidades e fragilidades entre os profissionais, de modo que eles desenvolvam competências e habilidades, por meio da educação continuada, treinamentos e simulações realísticas.

O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. Seguindo estas premissas, a comunicação exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde (DGS, 2017).

The Joint Commission (2017) enfatiza a importância das organizações de saúde que seguem um processo que identifica as causas das falhas e barreiras da transferência de informação e, em seguida, identifica, implementa e valida soluções que melhoram o desempenho da comunicação.

A DGS determina neste paradigma que seja assegurada formação aos profissionais envolvidos na transferência de informação que inclua a técnica ISBAR, bem como a realização de auditorias internas e externas para monitorização da implementação de processos ou normas, a nível local, regional e nacional (DGS, 2017).

As principais barreiras parecem confirmar-se como dependentes sobretudo da implementação de práticas de comunicação eficaz. Talvez por ideias pré concebidas sobre um timing de aplicação da ISBAR, por exemplo, muitas vezes não coincidente com a realidade após a sua implementação, no seio das equipas.

A própria reflexão acerca da importância da comunicação e da padronização de informações e linguística não são ainda amplamente conhecidas, nem integradas por rotina, nas unidades de cuidado à PSC. Seguir a sua estrutura de forma automática ou sem reforço e insistência, é sempre complicada num início, mas rapidamente se transforma num auxiliar sem

igual, facilitando a diminuição de erros e de tempos, e aumentando garantidamente a satisfação dos profissionais (Buljac-Samardzic et al., 2020).

O treino, neste paradigma revela-se como fundamental para a sua implementação, tal como garantir persistência e resiliência pelos líderes institucionais. Talvez seja esse o maior desafio em Portugal, onde o tempo escasseia, e as sincronias se revelam como a chave, para um efetivo fluxo de comunicação e muitas vezes para melhor alcance de níveis ótimos de resultados e segurança.

O Despacho nº 1400-A/2015, parece ainda estar por efetivar. O número médio nacional de auditorias internas sobre a transferência de informação e cuidados é ainda desconhecido. Infere-se com este estudo que existem ainda muitas lacunas quanto à implementação da norma 001/2017 da DGS, pelos paralelismos que se estabeleceram na análise dos dados.

Parece importante despertar os enfermeiros para esta problemática, e procurar através da reflexão e análise constante das práticas a introdução de melhorias ao nível da comunicação. De igual forma se percebe a necessidade de investimento em processos de auditoria, para a avaliação do sucesso das medidas implementadas, mantendo a abertura suficiente para introduzir mudanças (Buljac-Samardzic, et al., 2020; Chambers, 2017; Colvin, Eisen & Gong, 2016; Smeulers. & Vermeulen, 2016).

Pois só conhecendo a realidade se pode abrir caminho para uma comunicação eficaz, e caminhar em sincronia para uma prática realmente segura e qualificada.

## Conclusão

A segurança dos cuidados em saúde é definida como proteção contra danos desnecessários resultantes do esforço, ou falta de esforço do serviço de saúde. Neste contexto, importa sublimar que a principal intenção do estudo seria contribuir para avaliar a eficácia da comunicação entre enfermeiros de emergência, e a qualidade da transmissão de informação.

O estudo revelou-se abrangente, incluindo elementos essenciais da comunicação eficaz, como a identificação de necessidades e objetivos (tendo em conta os intervenientes do processo e as suas várias dimensões), e identificando que fatores influenciam os canais de comunicação que operam em contexto de emergência e urgência.

Na prática de cuidados diária, pela correlação semântica com a ISBAR, poderá aumentar a segurança para a PSC, como permitir maior discussão e reflexão entre profissionais. Permitindo tomadas de decisão partilhadas, resolução de conflitos, e aumentos de níveis de satisfação dos profissionais de enfermagem.

Por constituir um instrumento simples e de fácil resposta parece permitir estruturar a comunicação, e auxiliar de forma simplificada e antecipada, a transição da responsabilidade de cuidados em emergência, e em Portugal.

Contudo, verifica-se que perante uma amostra obtida por técnica de amostragem não probabilística por conveniência, não se consegue proporção equitativa relativamente à distribuição geográfica. Há muito pouca adesão nas Ilhas da Madeira e nos Açores, bem como em todo o território Sul, a nível continental no estudo. Estas limitações implicam que não se pode considerar a amostra representativa dos enfermeiros de emergência de Portugal.

Mais ainda, verificou-se falha de validação da dimensão associada à “Identificação” na escala que se pretendia validar. Estudos futuros utilizando, por exemplo o método *Delphi* poderiam possibilitar a definição do que os enfermeiros em Portugal consideram como relevante nesta dimensão. Articulando abordagens qualitativas e quantitativas, e hipoteticamente conseguindo apurar a complexidade associada a esta dimensão na prática da enfermagem em emergência, e no cuidado à PSC.

Para além destas particularidades, sendo um estudo transversal, comparou enfermeiros diferentes num mesmo momento, ou seja, não controla totalmente os efeitos das variações individuais. Considerando a subjetividade e variabilidade de comportamentos por sua vez, estudos com delineamento longitudinal oferecem uma alternativa para este problema.

Surgem resultados, contudo, que revelam alguma dependência das políticas organizacionais pelo desenvolvimento de recursos e de apostas formativas a nível institucional, quanto a metodologias de transmissão de informação e a comunicação eficaz em saúde.

Conhecer o que os enfermeiros priorizam como relevante, poderá contribuir futuramente, para analisar melhor este contexto específico, na área da PSC, em Portugal. Alcançando um alinhamento completo entre o que a DGS preconiza, e as reais preocupações e considerações de cada serviço de emergência em particular. Eliminando preconceitos e hipotéticas influências em questões e análises, de modo que certos elementos sejam subestimados ao mínimo.

Opiniões de um grupo de enfermeiros, com o objetivo de alcançar o consenso de opinião de um grupo de experts por meio de uma série de questionários, entremeados a feedback controlado das opiniões poderá encontrar um consenso. Sobretudo pela necessidade de abordagem interdisciplinar ou até para o estímulo de criação de novas ideias.

Importa, no entanto, sublinhar como conclusão de que, independentemente destes fatores, 22 afirmações organizadas em cinco dimensões (pela eliminação dos itens associados à dimensão “identificação”) constituem uma escala válida e fiável, determinando elevado potencial para utilização em investigação da ECETIS.

Para a sua pertinência futura sugere-se aplicar a escala a uma amostra mais variada na maioria de suas características (género, idade, geolocalização), preferencialmente dominantes, enquanto fatores permanentes. Isto é, sem variação no tempo.

Outras linhas de investigação futuras poderão passar também por mensurar correlações com o grau de satisfação no trabalho. Apoiando a presença de dependência entre competência de comunicação, autoeficácia e satisfação no trabalho. Pelo que o desenvolvimento de programas formativos ajustados às características individuais, e com o objetivo de reunir também aumento de perceção de autoeficácia e satisfação, poderão contribuir para aumentar a competência comunicativa dos enfermeiros que presta cuidados em ambientes críticos.

O apoio e aceitação dos enfermeiros numa fase inicial, tem de deixar de ser um desafio real, e sobretudo, constituir base para objetivar a prática. Sincronizando o trabalho de equipa, em efetivos fluxos de comunicação, qualidade e segurança ao mais alto nível de performance profissional, em primeira e última instância. Processos de divulgação, treino e rotina de mnemónicas, poderão ser determinantes.

Estudos longitudinais, poderão contribuir, para avaliar efeitos de longo prazo, desde que se verifiquem padrões de comunicação uniformizados, evoluindo para o cumprimento de evidências, pela compreensão relativamente às áreas de criticidade e colapso de ações ou resultados.

Apurando dados que demonstrem benefícios na prática efetiva, e sobretudo em resultados capazes de configurar verdadeiros processos de coprodução dinâmicos de recursos, pessoas, organizações, informações (linguagem, leis, medidas, métodos) e tecnologias. Áreas de intervenção em comunicação eficaz em saúde, dotadas de efetiva autonomia, com lideranças competentes, cultas e responsáveis, necessitam de definir esta área como de real valor, e essencial nas práticas. Relevando o poder das interações dos diferentes intervenientes nos processos de comunicação, nas operacionalizações das políticas de gestão do risco, e como fator crítico de sucesso.

Surgem assim novos desafios à investigação, aparentemente estruturantes do sistema de governação clínica em Portugal, baseados numa cultura de qualidade e segurança, centrada no desenvolvimento de atitudes e atividades positivas, proativas e sistemáticas em Enfermagem.



### Referências Bibliográficas:

- Ablordeppey EA, Drewry AM, Beyer AB, Theodoro DL, Fowler SA, Fuller BM, Carpenter CR (2017). Diagnostic Accuracy of Central Venous Catheter Confirmation by Bedside Ultrasound Versus Chest Radiography in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 2017 Apr;45(4):715-724. doi: 10.1097/CCM.0000000000002188. PMID: 27922877; PMCID: PMC5350032.
- Abraham, J., Almoosa, K., Kannampallil, T., Patel, B., & Patel, V. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: Implications for patient safety. *Journal of Critical Care*, 29(2), 1–7.
- Abreu, Wilson Correia (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau; 126. ISBN 978-972-8485-96-2.
- Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review. *Nursing Critical Care* (2017). Mar;22(2):70-80. doi: 10.1111/nicc.12141. Epub 2015 Jan 13. PMID: 25583405
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [http://www.acss.minsaude.pt/publicacoes/Recursos\\_Humanos/Manual\\_Enfermagem\\_2011/Manual%20de%20Enfermagem.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/publicacoes/Recursos_Humanos/Manual_Enfermagem_2011/Manual%20de%20Enfermagem.pdf)
- Ahn JW, Jang HY, Son YJ. Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*. 2021 May;29(4):623-634. DOI: 10.1111/jonm.13207.
- Akbari, M., Bagheri, A., Fathollahi, A., & Darvish, M. (2020). Job satisfaction among nurses in Iran: does gender matter? *Journal of multidisciplinary healthcare*, 13, 71–78. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S215288>
- Aktas, Y. Y., Nagórska, M., & Karabulut, N. (2017). Problems in critical care nurse-patient communication: Examples of Poland and Turkey. *Acta Clinica Croatica*. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.03.10>

- Alastalo, M., Salminen, L., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2020). Knowledge of patient observation among critical care nurses. *Nursing in critical care*, 10.1111/nicc.12573. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/nicc.12573>
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5<sup>a</sup> ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida ML, Peres AM (2012). Knowledge, skills, and attitudes towards management of nursing graduates of a Brazilian public university. *Invest Educ Enferm*;30(1):66-76.
- Aloush, S. M. & Alsarairh, F. A. (2018). Nurses' compliance with central line associated blood stream infection prevention guidelines. *Saudi Medicin Journal*, Vol. 39
- Alzahrani N, Jones R, Rizwan A, Abdel-Latif ME. Safety attitudes in hospital emergency departments: a systematic review. *Int J Health Care Qual Assur*. 2019 Aug 12;32(7):1042-1054. doi: 10.1108/IJHCQA-07-2018-0164. PMID: 31411093; PMCID: PMC7068731.
- Amorim, N. M. A., Sousa, F. G.M., Santos, A. M.R., Fernandes, H. I.V.M., & Figueiredo, M. do C. A.B. (2018). O profissional de saúde do outro lado do cuidado segundo a teoria da incerteza na doença. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(1), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i2.39289>
- Amiri, M., Khademian, Z., & Nikandish, R. (2018). The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: A randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>
- Andrade, A; Cardoso Pais, P; Carones, N & Ferreira, M (2010). Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central. *Rev Port Med Int*, 17(1).
- Bakon, S., Wirihana, L., Christensen, M., & Craft, J. (2017). Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *International Journal of Nursing Practice*, 23(2), 1– 8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12520>
- Barata, J. C. (2013). *Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde*. Dissertação apresentada para conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde de Lisboa. Obtido de <http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/3263/Dissertacao.pdf?sequence=1>
- Bailey, D.E., Stewart, J.L. (2014). Merle H. Mishel: Uncertainty in Illness theory. In M.R. Aligood (Ed), *Nursing theorists and their work* (8th ed. pp. 555-573). Maryland Heights, MO: Mosby.

- Blanco-Mavillard I, Rodríguez-Calero MA, Castro-Sánchez E, Bennasar-Veny M, De Pedro-Gómez J (2018). Appraising the quality standard underpinning international clinical practice guidelines for the selection and care of vascular access devices: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2018 Oct 21;8(10):e021040. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021040. PMID: 30344166; PMCID: PMC6196863.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. 2.<sup>a</sup> ed. Coimbra: Quarteto, ISBN: 989-558-052-5. 138
- Birmingham, P., Buffum, M., Blegen, M., & Lyndon, A. (2014). Handoffs and Patient Safety. *Western Journal Of Nursing Research*, 37 (11), 1458-1478. doi: 10.1177/0193945914539052 (estudo1)
- Brady, A., Ennis, S., Prendergast, M., Quirke, M., Bhangu, J., Lynch, A., & Byrne, G. (2017). Workflow barriers out of hours: optimising critical care outreach to support clinical decision making in medical and surgical care settings. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 96. <https://doi.org/10.5334/ijic.3401>
- Breen, D., O'Brien, S., McCarthy, N., Gallagher, A., & Walshe, N. (2019). Effect of a proficiency-based progression simulation programme on clinical communication for the deteriorating patient: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025992>
- Brindley, P. G., & Reynolds, S. F. (2011). Improving verbal communication in critical care medicine. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.03.004>
- Broca, P. V. (2015). Communication process in the nursing team. *Escola Anna Nery Revista De Enfermagem*, 19(3), 467– 474. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>
- Bucknall, T. K., Harvey, G., Considine, J., Mitchell, I., Rycroft-Malone, J., Graham, I. D., Mohebbi, M., Watts, J., & Hutchinson, A. M. (2017). Prioritising Responses Of Nurses To deteriorating patient Observations (PRONTO) protocol: Testing the effectiveness of a facilitation intervention in a pragmatic, cluster-randomised trial with an embedded process evaluation and cost analysis. *Implementation Science*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0617-5>
- Budts, W., Roos-Hesselink, J., Rädle-Hurst, T., Eicken, A., McDonagh, T. A., Lambrinou, E., Crespo-Leiro, M. G., Walker, F., & Frogoudaki, A. A. (2016). Treatment of heart failure in adult congenital heart disease: a position paper of the Working Group of Grown-Up

Congenital Heart Disease and the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European heart journal*, 37(18), 1419–1427. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv741>

- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., & Van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, 18(1), 1–42. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Bukoh, M. X., & Siah, C. R. (2020). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of nursing management*, 28(3), 744–755. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- Burger, M., & Degnan, D. (2019). Comparative Safety, Efficiency, and Nursing Preference among 3 Methods for Intravenous Push Medication Preparation: A Randomized Crossover Simulation Study. *Journal of Patient Safety*, 15(3), 238–245. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000269>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Byun, E., Riegel, B., Sommers, M., Tkacs, N., & Evans, L. (2016). Caregiving Immediately After Stroke: A Study of Uncertainty in Caregivers of Older Adults. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 48(6), 343–351. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000238>
- Campos, A. C. (2016). *Infeções Associadas a Cuidados de Saúde. Contributo da indústria de meios de diagnóstico in vitro para o seu controlo*. Lisboa: Campos Consultores.
- Cardoso, R. A. M. (2015). *As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf>.
- Cardoso, T.; Almeida, M.; Friedman, N.D.; Aragão, I.; Costa-Pereira, A.; Sarmiento, A.E.; et al. (2014). Classification of healthcare-associated infection: a systematic review 10 years after the first proposal. *BMC medicine*. Dec;12(1):40.
- Castro, C. M. da C. S. P. de. (2019). *Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência geral [Instituto Politécnico de Setúbal]*. [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4877/1/Cidália\\_Castro\\_PDFa.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4877/1/Cidália_Castro_PDFa.pdf)

- Centers for Disease Control and Prevention (2015). CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). 2017 Updated Recommendations on the Use of Chlorhexidine-Impregnated Dressings for Prevention of Intravascular Catheter
- Chambers, K. (2017). Improved Accuracy and Quality of information During Emergency Department Care Transitions. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Care With Population Health*, 18(3), 459-465
- Chan RJ, Northfield S, Larsen E, Mihala G, Ullman A, Hancock P, Marsh N, Gavin N, Wyld D, Allworth A, Russell E, Choudhury MA, Flynn J, Rickard CM (2017). Central venous Access device SeCurement And Dressing Effectiveness for peripherally inserted central catheters in adult acute hospital patients (CASCADE): a pilot randomised controlled trial. *Trials*. 2017 Oct 4;18(1):458. doi: 10.1186/s13063-017-2207-x. PMID: 28978332; PMCID: PMC5628427.
- Chen Q, Long Q, Liang JQ, Tang TX, Yang B (2020). Comparative evaluation of the clinical safety and efficiency of supraclavicular and infraclavicular approaches for subclavian venous catheterization in adults: A meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2020 Jul;38(7):1475-1480. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.015. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32334895.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursingresearch methodology*. Boulder: Aspen Publications, 237-257.
- Clapper TC, Ching K. Debunking the myth that the majority of medical errors are attributed to communication. *Med Educ*. 2020 Jan;54(1):74-81. doi: 10.1111/medu.13821. Epub 2019 Sep 11. PMID: 31509277.
- Clayton, M. F., Dingley, C., & Donaldson, G. (2017). The Integration of Emotional, Physiologic, and Communication Responses to Medical Oncology Surveillance Appointments During Breast Cancer Survivorship. *Cancer nursing*, 40(2), 124–134. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000375>
- Colvin, M., Eisen, L., & Gong, M. (2016). Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit - Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*, pp. 96-106

- Cook, S. (2018). Good communication is key to good care. In *BMJ (Online)* (Vol. 361). <https://doi.org/10.1136/bmj.k1704>
- Cordeiro, S. M., Jesus, M. C. P. de, Tavares, R. E., Oliveira, D. M. de, & Merighi, M. A. B. (2018). Experience of adults with cystic fibrosis: a perspective based on social phenomenology. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0749>
- Cornell, P., Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *Journal of Nursing Administration*, pp. 422 - 428.
- Costa, CAB; Araújo, FL; Costa, ACL, Corrêa, AR; Kusahara, DM; Manzo, BF (2020). Bundle de Cateter Venoso Central: conhecimento e comportamento de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03629. Epub October 19, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019011203629>
- Craig B Kaplan, Benjamin Siegel, Janet M Madill, Ronald M Epstein, Communication in the Medical Interview. *J Gen Intern Med*. 1997 Apr; 12(Suppl 2): S49–S55. doi: 10.1046/j.1525-1497.12.s2.7.x
- Creswell, J. W. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5<sup>a</sup> ed.). SAGE Publications.
- Criscitelli, T. (2013). Safe Patient Hand-off Strategies. *AORN Journal*, 97(5), 582–585. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.02.007>
- Crossref PubMed Web of Science@Google Scholar Texto Integral @ b-on Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016 Nov 3;16(1):138. doi: 10.1186/s12911-016-0377-1. PMID: 27809908; PMCID: PMC5093937.
- Cunha, M., Duarte, J., Cardoso, A., Ramos, A., Quintais, D., Monteiro, R., & Almeida, V. (2018). Inventário habilidades do cuidador: Estrutura fatorial numa amostra de participantes portugueses. *Revista Millenium, Série 2*, 6, 41-55. DOI:10.29352/mill0206.04.00164
- Cunha, M., Duarte, J., Sandré, S., Sequeira, C., Castro-Molina, F.J., Mota, M., Pina, F., Coelho, C., Cunha, A., Figueiredo, A., Martins, A., Correia, B., Monteiro, D., Moreira, F. Silva,

- M., & Freitas, S. (2017). Bem-estar em estudantes do ensino superior Millenium, 2(ed espec nº2), 21-38
- Cunha, M.; Pina, João; Veiga-Branco, Augusta; Duarte, Joao; Silva, Cláudia. "Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros". *Millenium - Journal of Education Technologies and Health* 2 5 (2020): 137-145. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/20111/15274>
- Cypress BS. Understanding uncertainty among critically ill patients in the Intensive Care Unit using Mishel's theory of uncertainty of illness. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2016;35(1):42-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627072>.
- Dale, B., & Bunney, H. (1999). *Total quality management blueprint*. Oxford: Blackwell.
- D.E., T., Y., K., E., J., & K., S. (2019). A Quantitative Systematic Review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*.
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., & Francke, A. L. (2019). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 1379– 1393. <https://doi.org/10.1111/jan.13919>
- Delgoulet C. (2015). Novice: a homogeneous category? *Rev. Saúde Pública* , 11(2):99-103.
- Despacho n.º 2784/2013, do Ministério da Saúde (2013). *Diário da República: 2.ª série — N.º 36*. <https://dre.pt/application/conteudo/1675777>
- Despacho n.º 1400-A/2015, do Ministério da Saúde (2015). *Diário da República: Vol. 2.ª série — N.º 28*. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Dias A. M., Pereira, C., Santos Monteiro, M. J., Santos, C., Santos, N., Albuquerque C., Saraiva R. C. (2013). Accuracy of Manchester Triage System and Delay in Care of Patients with of Acute Myocardial Infarction. *European Heart Journal Volume 34, Issue 1 Supplement*, 951. doi: 10.1093/eurheartj/eh310.P5124.
- Dias, A. M., Cunha, M., Andrade, A. I., Albuquerque, C. M. S., Carvalho, M. I. B. (2015). Education and its importance in information about the medication. *Proceedings of INTED 2015 Conference 2nd-4th March 2015, Madrid, Spain*

- Dias, A. M., Andrade, A. I., Cunha, M., Albuquerque, C. M. S., Ribeiro, O. (2015). Relation between schooling and health literacy. Proceedings of INTED2015 Conference 2nd-4th March 2015, Madrid, Spain
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010.aspx> 90
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 142. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). Relatório de Vigilância Epidemiológica das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea de 2013. Lisboa, Portugal
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-aa-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 022/2015 de 16/12/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). Norma DGS n.o 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direcção Geral Da Saúde, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf) Direcção-Geral da Saúde. (s.d.). Normas Clínicas: Graus de Recomendação e Níveis de Evidência. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheirosde-upload-3/normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia.aspx>

- Diário da República. (2015). Regulamento no 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2a Série – nº123 - 26 de junho.
- Diário da República. (10 de Fevereiro de 2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Despacho n.º 1400-A/2015 - PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (8 de 2 de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Diário da República, 2.a série-N.o 135-16 de julho de 2018. (n.d.).
- Di Delupis, F., Mancini, N., di Nota, T., & Pisanelli, P. (2014). Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal and Emergency Medicine*, pp. 63 - 72.
- Digitais, B., Digitalis, U. C., Pombalina, U. C., Impactum, U. C., Digitais, B., & Digitalis, U. C. (2020). pombalina.uc.pt digitalis.uc.pt.
- Di Muzio M, Dionisi S, Di Simone E, Cianfrocca C, Di Muzio F, Fabbian F, Barbiero G, Tartaglioni D, Giannetta N. Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019 May;23(10):4507-4519. doi: 10.26355/eurrev\_201905\_17963. PMID: 31173328.
- Downey, C. L., Chapman, S., Randell, R., Brown, J. M., & Jayne, D. G. (2018). The impact of continuous versus intermittent vital signs monitoring in hospitals: A systematic review and narrative synthesis. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 84, pp. 19–27). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.013>
- Eco, H. (2015). Como se faz uma tese em ciências humanas. Editorial Presença.
- Farias, E. S., Santos, J. O., & Góis, R. M. O. (2018). Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 4(3), 139–154. <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>
- FAWCETT, Jacqueline e GARITY, Joan. - Evaluating research for evidence-based nursing practice. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2009. ISBN-13: 978-0-8036-1489-5
- FAWCETT, Jacqueline. - Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories – 2ª Ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2005.

- Ferrara, P., Terzoni, S., Davì, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). Nursing Handovers : a Validation Study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882–887. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.15.882>
- Ferreira, F. P. (2018). Contributos da pesquisa-ação participativa na transformação de uma escola superior de enfermagem num contexto promotor de saúde. (Tese de Doutoramento). Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Fowler, K. R., Robbins, L. K., & Lucero, A. (2021). Nurse manager communication and outcomes for nursing: An integrative review. *Journal of nursing management*, 10.1111/jonm.13324. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13324>
- Ford, Y., Heyman, A., & Chapman, Y. L. (2014). Patients' perceptions of bedside handoff: the need for a culture of always. *Journal of nursing care quality*, 29(4), 371–378. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000056>
- Forte, E. C. N. (2020). Os apelos da enfermagem nos meios de comunicação em tempos de coronavirus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1–7. [https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s2/pt\\_0034-7167-reben-73-s2-20200225.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0225](https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s2/pt_0034-7167-reben-73-s2-20200225.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0225)
- Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Lusodidacta*
- Fortunatti, CFP (2017). Impacto de dois bundles na infecção relacionada a cateter central em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo, v.25, p.1-7, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2951.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2951.pdf).
- Gauthier, J. H. M., Cabral, I. E., Santos, I., & Tavares, C. M. M. (1998). Pesquisa em enfermagem: Novas metodologias aplicadas. Guanabara Koogan.
- Garcia, T. R., & da Nóbrega, M. M. L. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(2), 228–232. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000200019>
- Gettel, C. J., Pertsch, N., & Goldberg, E. M. (2020). A Systematic Review of Interventions to Improve Nursing Home to Emergency Department Care Transitions. *The Annals of Long-Term Care : The Official Journal of the American Medical Directors Association*.
- Giammanco, M. D., Gitto, L., Barberis, N., & Santoro, D. (2015). Adaptation of the Mishel uncertainty of illness scale (MUIS) for chronic patients in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(4), 649–655. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jep.12359>

- Gifford, W. A., Squires, J. E., Angus, D. E., Ashley, L. A., Brosseau, L., Craik, J. M., Domecq, M. C., Egan, M., Holyoke, P., Juergensen, L., Wallin, L., Wazni, L., & Graham, I. D. (2018). Managerial leadership for research use in nursing and allied health care professions: A systematic review. In *Implementation Science* (Vol. 13, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0817-7>
- Giménez-Espert, M., Castellano-Rioja, E., & Prado-Gascó, V. J. (2020). Empathy, emotional intelligence, and communication in Nursing: The moderating effect of the organizational factors. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3333. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3286.3333>
- González-Méndez MI, López-Rodríguez L. (2017). Safety and quality in critical patient care. *Enfermagem Clinica*. Mar-Apr;27(2):113-117. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.02.006. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28274547
- Graan, S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, 165-171.
- Grady, P., Hinshaw, A:S. (2017). *Using Nursing Research to Shape Health Policy*. Springer Publishing Company.
- Grove, S. K., & Burns, N. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7ª ed.). Elsevier España .
- Guenezan J, Drugeon B, O'Neill R, Caillaud D, Sénamaud C, Pouzet C, Seguin S, Frasca D, Mimoz O (2019). Skin antisepsis with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, combined or not with use of a bundle of new devices, for prevention of short-term peripheral venous catheter-related infectious complications and catheter failure: an open-label, single-centre, randomised, four-parallel group, two-by-two factorial trial: CLEAN 3 protocol study. *BMJ Open*. 2019 Apr 2;9(4):e028549. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028549. PMID: 30944142; PMCID: PMC6500304.
- Gunawan D, Tutik Sri Hariyati R. The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enferm Clin*. 2019 Sep;29 Suppl 2:139-145. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.05.007. Epub 2019 Jul 2. PMID: 31277932.
- Gundrosen, S., Thomassen, G., Wisborg, T., & Aadahl, P. (2018). Team talk and team decision processes: A qualitative discourse analytical approach to 10 real-life medical emergency team encounters. *British Medical Journal Open*, 8(11)

- Hagqvist, P., Oikarainen, A., Tuomikoski, A. M., Juntunen, J., & Mikkonen, K. (2020). Clinical mentors' experiences of their intercultural communication competence in mentoring culturally and linguistically diverse nursing students: A qualitative study. *Nurse education today*, 87, 104348. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104348>
- Handberg C, Voss AK. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal Clinical Nurse. Jan;27 (1):102-114*. doi: 10.1111/jocn.13851. Epub 2017 Jun 20. PMID:28401613
- Hammerstad, G. T., Andenßs, E., Gundrosen, S., & Sarangi, S. (2016). Discourse types and (re)distribution of responsibility in simulated emergency team encounters. *Communication and Medicine*, 13(1), 51–70. <https://doi.org/10.1558/cam.32148>
- Hannaford, N., Runciman, W., Schultz, T., & Thomas, M. (2013). Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *Journal for Healthcare Quality*, 35(3), 49–56.
- Hernández-Sampieri, C., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación (6ª ed.)*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Hernández-Sampieri, C., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación las rutas de la investigación cuantitativa cualitativa y mixta (2ª ed.)*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L
- Holloway-Kew, K. L., Baker, T. R., Sajjad, M. A., Kotowicz, M. A., Livingston, P. M., Khasraw, M., Hakkennes, S., Dunning, T. L., Brumby, S., Page, R. S., Sutherland, A., Venkatesh, S., Brennan-Olsen, S. L., Williams, L. J., & Pasco, J. A. (2020).
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytè, E., Hu, X. Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 111(7) 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Hughes, J. N. (1992). Social psychology foundations of consultation. In F. J. Medway e T. P. Cafferty (Eds.), *School psychology: A social psychological perspective*; 269-303. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research*. 3rd ed, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007

- Humphrey, J. S. (2015). Improving Registered Nurses' Knowledge of Evidence-Based Practice Guidelines to Decrease the Incidence of Central Line-Associated Bloodstream Infections: An Educational Intervention. *Journal Of The Association For Vascular Access*, 20(3), 143-149. doi:10.1016/j.java.2015.05.003
- Hymes, D. (1972), "On communicative competence" In J. Pride, J. Holmes (Eds.), *Sociolinguistics: selected readings*, Harmondsworth, Middlesex, Penguin pp. 269-293, *Foundations in Sociolinguistics: an ethnographic approach*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press
- IHI (2012). *How-to Guide: Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections (CLABSI)*. Cambridge, M. A.: Institute Healthcare Improvement. Obtido de <http://www.ihl.org>
- International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Iwanow, L., Jaworski, M., Gotlib, J., & Panczyk, M. (2021). A model of factors determining nurses' attitudes towards learning communicative competences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041544>
- Jeffs L. P. (2017). Optimizing Care Transitions: Adapting Evidence-Informed Solutions to Local Contexts. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 43(9), 431–432. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.06.002>
- Johansen, M. & O'Brien, J. (2016). Decision making in nursing practice: a concept analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 40-48, DOI: 10.1111/nuf.12119
- Joint Commission International. Center for patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet, Available from <http://www.jcipatientsafety.org>], JCI (2005)
- Johnson, M., Sanchez, P., & Zheng, C. (2016). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of clinical nursing*, 25(1-2), 257–268. <https://doi.org/10.1111/jocn.13080>
- Jordan, J., Rose, L., Dainty, K. N., Noyes, J., & Blackwood, B. (2015). Factors that impact on the use of mechanical ventilation weaning protocols in critically ill adults and children: A qualitative evidence-synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011812>

- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 79, pp. 70–83). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Kennedy-Metz LR, Barbeito A, Dias RD, Zenati MA. Importance of high-performing teams in the cardiovascular intensive care unit. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2021 Mar. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2021.02.098.
- Kim S, Appelbaum NP, Baker N, Bajwa NM, Chu F, Pal JD, Cochran NE, Bochatay . Patient Safety Over Power Hierarchy: A Scoping Review of Healthcare Professionals' Speaking-up Skills Training. *J Healthc Qual*. 2020 Sep/Oct;42(5):249-263. doi: 10.1097/JHQ.000000000000257. PMID: 32149868.
- Kim MO, Coiera E, Magrabi F. Problems with health information technology and their effects on care delivery and patient outcomes: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2017 Mar 1;24(2):246-250. doi: 10.1093/jamia/ocw154. PMID: 28011595; PMCID: PMC7651955.
- Kim, S. J., & Kim, B. (2018). *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(6), 708–719. <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.6.708>
- Kirca, N., & Bademli, K. (2019). Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 624–631. <https://doi.org/10.1111/ppc.12381>
- Kiwanuka, F., Shayan, S. J., & Tolulope, A. A. (2019). Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. In *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.253>
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.
- Kowitlawakul, Y., Leong, B., Lua, A., Aroos, R., Wong, J., Koh, N., . . . Mukhopadhyay, A. (2015). Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 99–104.

- Koszalinski RS, Tappen RM, Hickman C, Melhuish T (2016). Communication Needs of Critical Care Patients Who Are Voiceless. *Computer Informatic Nursing*. Aug;34(8):339-44. doi: 10.1097/CIN.0000000000000266. PMID: 27315366
- Kuiper, R., Pesut, D. J., & Arms, T. E. (2016). Clinical reasoning and care coordination in advanced practice nursing. In *Clinical reasoning and care coordination in advanced practice*
- Kukko, P., Silén-Lipponen, M., & Saaranen, T. (2020). Health care students' perceptions about learning of affective interpersonal communication competence in interprofessional simulations. *Nurse education today*, 94, 104565. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104565>
- Leal MLM, Loyola ABAT, Hueb AC, Silva JDD Neto, Mesquita M Filho, Paiva LF, Guerrieri MLJ, Fernandes JPN, Barros AC, Ferreira LM (2017). Fixation of the short-term central venous catheter. A comparison of two techniques. *Acta Cir Bras*. 2017 Aug;32(8):680-690. doi: 10.1590/s0102-865020170080000010. PMID: 28902944.
- Lei, C., & Palm, K. (2019). Crisis Resource Management Training in Medical Simulation. In *StatPearls*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31869172>
- Lee, J.Y. (2015). Effective communication for patient safety. *J Korean Med Assoc.* ;58(2):100–104.
- Lee, S., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S., & Pronovost, P. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, pp. 16-25.
- Lewis KA, Ricks TN, Rowin A, Ndlovu C, Goldstein L, McElvogue C. Does Simulation Training for Acute Care Nurses Improve Patient Safety Outcomes: A Systematic Review to Inform Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2019 Oct;16(5):389-396. doi: 10.1111/wvn.12396. Epub 2019 Sep 22. PMID: 31544358.
- Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Rhodes S, Smith AF (2019). Chlorhexidine bathing of the critically ill for the prevention of hospital-acquired infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Aug 30;8(8):CD012248. doi: 10.1002/14651858.CD012248.pub2. PMID: 31476022; PMCID: PMC6718196.
- Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C., & Chan, S. W. chi. (2014). An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient.

*Nurse Education Today*, 34(2), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.019>

- Lier, P., Smith, M. (2014). Middle Range Theory: a perspective on development and use. *Advances in Nursing Science*, 40 (1), 45-81.
- Li, X., He, L., Wang, J., & Wang, M. (2019). Illness uncertainty, social support, and coping mode in hospitalized patients with systemic lupus erythematosus in a hospital in Shaanxi, China. *PLoS ONE*, 14(2), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211313>
- Loefgren Vretare, L., & Anderzén-Carlsson, A. (2020). The critical care nurse's perception of handover: A phenomenographic study. *Intensive & critical care nursing*, 58, 102807. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102807>
- López-Briz E, Ruiz Garcia V, Cabello JB, Bort-Martí S, Carbonell Sanchis R, Burls A (2018). Heparin versus 0.9% sodium chloride locking for prevention of occlusion in central venous catheters in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 30;7(7):CD008462. doi: 10.1002/14651858.CD008462.pub3. PMID: 30058070; PMCID: PMC6513298.
- Lozano, M. G., Arroyo Marles, L. P., Giraldo, B. P., & Herrera, B. S. (2019). Commitment and human tone: The difference between traditional service and nursing care. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e05>
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper Perennial.
- Manser, T & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25 (2), 181- 191.
- Manser, T., Foster, S., Flin, R. & Patey, R. (2013). Team Communication During Patient Handover From the Operating Room: More Than Facts and Figures. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 55, 138-156.
- Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaeckel, D., & Ummenhofer, W. (2010). Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 1-5.
- Manser, T., Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25 (2), 181- 191.
- Manser, T., Foster, S., Flin, R. & Patey, R. (2013). Team Communication During Patient Handover From the Operating Room: More Than Facts and Figures. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 55, 138-156.

- Marcotte, L., Kirtane, J., Lynn, J., McKethan, A. (2015). Integrating Health Information Technology to Achieve Seamless Care Transitions, *Journal of Patient Safety*, 11 (4), p 185-190. doi: 10.1097/PTS.0000000000000077
- Mardis M, Davis J, Benningfield B, Elliott C, Youngstrom M, Nelson B, Justice EM, Riesenbergl LA. Shift-to-Shift Handoff Effects on Patient Safety and Outcomes. *Am J Med Qual*. 2017 Jan/Feb;32(1):34-42. doi: 10.1177/1062860615612923. Epub 2016 Jul 9. PMID: 26518882.
- Marien S, Krug B, Spinewine A. Electronic tools to support medication reconciliation: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2017 Jan;24(1):227-240. doi: 10.1093/jamia/ocw068. Epub 2016 Jun 14. PMID: 27301747; PMCID: PMC7654089
- Mariyaselvam MZA, Catchpole KR, Menon DK, Gupta AK, Young PJ (2017). Preventing Retained Central Venous Catheter Guidewires: A Randomized Controlled Simulation Study Using a Human Factors Approach. *Anesthesiology*. 2017 Oct;127(4):658-665. doi: 10.1097/ALN.0000000000001797. PMID: 28806225.
- Marques, A. F. (2010). Aplicação da análise multivariada na infraestrutura e no desempenho das escolas públicas do Ensino Fundamental e Médio pertencentes ao Núcleo Regional de Educação de Paranavaí. *Acta Scientiarum. Technology Maringá*, 32 (1), 75-81.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS statistics (7ª ed.)*. ReportNumber.Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *Guia prático de utilização do SPSS : Análise de dados para ciências sociais e psicologia (8ª ed. rev. e corrigida)*. Edições Sílabo.
- McCarthy B, Fitzgerald S, O'Shea M, Condon C, Hartnett-Collins G, Clancy M, Sheehy A, Denieffe S, Bergin M, Savage E. Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *J Nurs Manag*. 2019 Apr;27(3):491-501. doi: 10.1111/jonm.12727. Epub 2018 Dec 17. PMID: 30387215.
- Meleis, A., & Schumacher, K. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127
- Membrive-Jiménez, M. J., Pradas-Hernández, L., Suleiman-Martos, N., Vargas-Román, K., Cañadas-De la Fuente, G. A., Gomez-Urquiza, J. L., & De la Fuente-Solana, E. I. (2020). Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Related

Factors, Levels and Prevalence. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3983. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113983>

Mishel, Merle H. e CLAYTON, Margaret F. – Theories of Uncertainty in Illness IN SMITH, Mary Jane e LIEHR, Patricia R. – In *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1916-2.

Moffat, S., Skinner, J., & Fritz, Z. (2016). Does resuscitation status affect decision making in a deteriorating patient? Results from a randomised vignette study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(6), 917–923. <https://doi.org/10.1111/jep.12559>

Morse JM. Responding to the cues of suffering. *Health Care for Women International*. 2000;21(1):1–9. [PubMed] [Google Scholar]

Morse JM. Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*. 2001;24(1):47–59. [PubMed] [Google Scholar]

Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A . R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2(ed espec nº5), 269-279. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

Moore, M., Roberts, C., Newbury, J., & Crossley, J. (2017). Am i getting an accurate picture: A tool to assess clinical handover in remote settings? *BMC Medical Education*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1067-0>

Muller, M., Jurgens, 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. *BMJ Open*, 1 - 10.

Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18:143. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x

Nagammal, S., Nashwan, A., Nair, S., & Susmitha, A. (2016). Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*, pp. 103 – 110

Newton A., Anne Llewellyn A., Hayes S. (2019). *The Care Process: Assessment, planning, implementation and evaluation in healthcare*. Lantern Publishing: 1-374.

- Nielsen EB, Antonsen L, Mensel C, Milandt N, Dalgaard LS, Illum BS, Arildsen H, Juhl-Olsen P (2021). The efficacy of midline catheters-a prospective, randomized, active-controlled study. *Int J Infect Dis.* 2021 Jan;102:220-225. doi: 10.1016/j.ijid.2020.10.053. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33129962.
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2015). Ethical climate and nurse competence - newly graduated nurses' perceptions. *Nursing ethics*, 22(8), 845–859. <https://doi.org/10.1177/0969733014557137>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). Relatório Primavera 2018. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA), Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Universidade de Évora, e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
- Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Mar 5;(3):CD011565. doi: 10.1002/14651858.CD011565. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD011565. PMID: 25742186.
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 76, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Page, J., Tremblay, M., Nicholas, C., James, T. A. (2016). Reducing Oncology Unit Central Line-Associated Bloodstream Infections: Initial Results of a Simulation-Based Educational Intervention. *Journal Of Oncology Practice*, 12(1), e83-e87. doi:10.1200/JOP.2015.005751
- Patterson, E. S., McIntire, A., Beecroft, N., Happ, M. B., & Moffatt-Bruce, S. D. (2019). Nursing Handovers in Critical Care: A Retrospective Analysis of Information Content and Function. *Proceedings of the International Symposium of Human Factors and Ergonomics in Healthcare. International Symposium of Human Factors and Ergonomics in Healthcare*, 8(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/2327857919081001>
- Peres AM, Ezeagu TNM, Sade PMC, Souza PB, Gómez-Torres D. Mapping competencies: identifying gaps in managerial nursing training. *Texto Contexto - Enferm.* 2017;26(2). <http://doi.org/10.1590/0104-07072017006250015>

- Perin DC, Erdmann AL, Higashi GD, Sasso GT (2016). Evidence-based measures to prevent central line-associated bloodstream infections: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Sep 1;24:e2787. doi: 10.1590/1518-8345.1233.2787. PMID: 27598378; PMCID: PMC5016007.
- Pestana, M. H & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Philipsen, G. (1989), “An Ethnographic Approach to Communication Studies”. In B. Dervin, L. Grossberg, B. O’Keefe, E. Wartella, (eds.), *Rethinking Communication: 89 Paradigm Exemplars*, Newbury Park, Sage, pp. 258-269.
- Pina, E.; Ferreira, E. e Uva, M. S. (2014). Infecções associadas aos cuidados de saúde. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/303550615>.
- Pina, J., Veiga-Branco, M. A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec nº5), 137-145. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.13.00337>
- Puggina, A. C., & Da Silva, M. J. P. (2014). Validação e adaptação cultural para o português da Interpersonal Communication Competence Scale. *ACTA Paulista de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400020>
- Pun, J. K. H., Matthiessen, C. M. I. M., Murray, K. A., & Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses’ perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12245-015-0095-y>
- Rabøl, L. I., Andersen, M. L., Østergaard, D., Bjørn, B., Lilja, B., & Mogensen, T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Quality and Safety*, 20(3), 268–274. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040238>
- Rachwal, C. M., Langer, T., Trainor, B. P., Bell, M. A., Browning, D. M., & Meyer, E. C. (2018). Navigating Communication Challenges in Clinical Practice: A New Approach to Team Education. *Critical care nurse*, 38(6), 15–22. <https://doi.org/10.4037/ccn2018748>
- Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco : Segurança do doente em ambiente

- hospitalar. Tecno Hospital, 48(Quadro 2), 16–20. <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>
- Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 27, Issues 11–12, pp. 2248–2259). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Regulamento no 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-8657.
- Rennke, S., Wachter, R. M., Shoeb, M. H., Nguyen, O. K., Ranji, S. R., & Magan, Y. (2013). Hospital - initiated transitional care interventions as a patient safety strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5\_Part\_2), 433. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011>
- Ribeiro, O., Martins, M.M.F.P.S., Tronchin, D.M.R. (2017) Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de enfermagem Referência*, 4(14), 89-100. [doi.org/10.12707/RIV16086](https://doi.org/10.12707/RIV16086)
- Rickard, C. M., Marsh, N., Webster, J., Playford, E. G., McGrail, M. R., Larsen, E., Keogh, S., McMillan, D., Whitty, J. A., Choudhury, M. A., Dunster, K. R., Reynolds, H., Marshall, A., Crilly, J., Young, J., Thom, O., Gowardman, J., Corley, A., & Fraser, J. F. (2015). Securing All intraVenous devices Effectively in hospitalised patients-the SAVE trial: Study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*, 5(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008689>
- Risk, J., Mohammadi, L., Rhee, J., Walters, L., & Ward, P. R. (2019). Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: A systematic review and critical interpretive synthesis. In *BMJ Open* (Vol. 9, Issue 9). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030275>
- Rodríguez, G., Fernández, M., Vidal, F., Arias, M., Peña, M., Ayerdi, B., Delgado, M. (2018). Handover in Intensive Care. *Medicina Intensiva*, 168 - 179. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2017.12.008>

- Rodríguez-Calero MA, Blanco-Mavillard I, Morales-Asencio JM, Fernández- Fernández I, Castro-Sánchez E, de Pedro-Gómez JE (2020). Defining risk factors associated with difficult peripheral venous Cannulation: A systematic review and meta-analysis. *Heart Lung*. 2020 May-Jun;49(3):273-286. doi: 10.1016/j.hrtlng.2020.01.009. Epub 2020 Feb 11. PMID: 32057426.
- Rouse, R. A. (2009). Ineffective participation: Reactions to absentee and incompetent nurse leadership in an intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 463–473. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00981.x>
- Roze des Ordon AL, Doig CJ, Couillard P, Lord J. From Communication Skills to Skillful Communication: A Longitudinal Integrated Curriculum for Critical Care Medicine fellows. *Acad Med*. 2017 Apr;92(4):501-505. doi:10.1097/ACM.0000000000001420. PMID: 28351063.
- Sanjuan-Quiles, Á., Hernández-Ramón, M., Juliá-Sanchis, R., García-Aracil, N., Castejón-de la Encina, M., & Perpiñá-Galvañ, J. (2019). Handover of Patients From Prehospital Emergency Services to Emergency Departments. *Journal Of Nursing Care Quality*, 34(2), 169-174. doi: 10.1097/ncq.0000000000000351
- Santos, J., Copelli, F., Balsanelli, A. P., Sarat, C., Menegaz, J., Trotte, L., Stipp, M., & Soder, R. M. (2019). Interpersonal communication competence among nursing students. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3207. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3226.3207>
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. [Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa]. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- Santos, S.F.; Viana, R.S.; Alcoforado, C.L.G.C.; Campos, C.C.; Matos, S.S. & Ercole, F.F. (2014). Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. *Rev. SOBECC*, São Paulo. out./dez.; 19(4): 219-225.
- Saaranen, T., Vaajoki, A., Kellomäki, M., & Hyvärinen, M. L. (2015). The simulation method in learning interpersonal communication competence--experiences of masters' degree students of health sciences. *Nurse education today*, 35(2), e8–e13. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.12.012>

- Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifaki- Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>
- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*, pp. 1 - 9.
- Shamji, H., Baier, R., Gravenstein, S. & Gardner, R., (2014) Improving the Quality of Care and Communication During Patient Transitions: Best Practices for Urgent Care Centers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40 (7), 319-324
- Sharma SK, Mudgal SK, Gaur R, Sharma R, Sharma M, Thakur K. (2019). Heparin flush vs. normal saline flush to maintain the patency of central venous catheter among adult patients: A systematic review and meta-analysis. *J Family Med Prim Care*. 2019 Sep 30;8(9):2779-2792. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc\_669\_19. PMID: 31681643; PMCID: PMC6820433
- Silva, A. G. da & Oliveira, A. C. (2017). Adesão às medidas para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. *Enfermagem Foco*; 8 (2): 36-41.
- Silva, K. P. da (2016). Conhecimento dos Enfermeiros sobre as ações de prevenção da infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho.
- Silva, M. F., Anders, J. C., Rocha, P. K., Souza, A. I. J. de, & Burciaga, V. B. (2016). Comunicação Na Passagem De Plantão De Enfermagem : Communication in Nursing Shift Handover : Pediatric Patient Safety. *Texto Contexto Enferm*, 25(3), 1–9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>
- Silva, M. M. (2014). Prevenção da Infecção relacionada com o cateter venoso central: procedimentos de enfermagem. Obtido de <http://repositorio.esenfcp.pt:repositorio.esenfcp.pt/private/index.php?process=download&id=29848&code>

- Silva SRD, Reichembach MT, Pontes L, Souza GPESCM, Kusma S (2021). Heparin solution in the prevention of occlusions in Hickman® catheters a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021 Jan 8;29:e3385. doi: 10.1590/1518-8345.3310.3385. PMID: 33439945; PMCID: PMC7798395.
- Silva RM, Rodovalho APN, Alves LR, Camelo SHH, Laus, AM, Chaves LDP. (2017). Duty shift change in hospital nursing: an integrative review. *CuidArte Enfermagem*; 11(1): 122-30.
- Sinha IP, Smyth RL, Williamson PR. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies. *Plos Med*. 2011; 8(1):1-5.
- Smeulers, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1– 27. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>
- Smith, C., Buzalko, R., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Brannecki, C. (2018). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 372–379. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.9.35121>
- Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 Sep 12;9(9):e028280. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028280. PMID: 31515415; PMCID: PMC6747874.
- Smeulers, M. & Vermeulen, H. (2016). Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 749–757.
- Soares, S. F., Carvalho Moura, E. C., Lopez, V., & Peres, A. M. (2021). Professional Nursing Communication Competence: Theoretical procedures for instrument development and pilot test. *Journal of nursing management*, 10.1111/jonm.13283. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13283>
- Song, H. S., Choi, J., & Son, Y. J. (2017). The relationship between professional communication competences and nursing performance of critical care nurses in South Korea. *International journal of nursing practice*, 23(5), 10.1111/ijn.12576. <https://doi.org/10.1111/ijn.12576>

- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., Fraser, J., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 165 - 172.
- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., & Chaboyer, W. (2017). Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Australian Critical Care*, 47-52.
- Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., West, D. C., Rosenbluth, G., Allen, A. D., Noble, E. L., Tse, L. L., Dalal, A. K., Keohane, C. A., Lipsitz, S. R., Rothschild, J. M., Wien, M. F., Yoon, C. S., Zigmont, K. R., Wilson, K. M., O'Toole, J. K., Solan, L. G., Aylor, M., Bismilla, Z., ... I-PASS Study Group (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England journal of medicine*, 371(19), 1803–1812. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1405556>
- Streeter, A. R., & Harrington, N. G. (2017). Nurse Handoff Communication. *Seminars in oncology nursing*, 33(5), 536–543. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.002>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista (5ª ed.)*. Lusodidacta.
- Tavares, A., Soares, E., André, S., Barreiros, C., Pité-Madeira, C. & Haddad, I. (2014). *Avaliação e gestão do risco em organizações de saúde*. FIOCRUZ. <http://books.scielo.org/id/8h47w/pdf/sousa-9788575415955-17.pdf>
- Telles VG, Fassarella CS, Silva RC, Almeida PF, Camerini FG (2020). Handover de enfermagem em clínicas cirúrgicas. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 28, p.6 doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.48402>
- The Joint Commission; The Joint Commission International; Organização Mundial de Saúde. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. Patient Safety Solutions, pp. 1 - 4.
- The Joint Commission. (2017). Sentinel event alert: Inadequate handoff communication. *The Joint Commission*, 58, 1–6. [https://www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_alert\\_58\\_inadequate\\_handoff\\_communications/](https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/)
- Thomas, M. J. W., Schultz, T. J., Hannaford, N., & Runciman, W. B. (2013). Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *Journal for*

Healthcare Quality: Official Publication of the National Association for Healthcare Quality, 35(3), 49–56. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00189.x>

- Till A., Sall H. & Wilkinson J. (2014). Safe Handover: Safe Patients - The Electronic Handover System. *BMJ Qual Improv Report*, 2, 1-4.
- Tiwaree, C., Kantawang, S., Wonghongkul, T., & Lertwatthanawilat, W. (2016). Predicting Factors of Uncertainty in Illness Among Children with Leukemia Undergoing Chemotherapy. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(1), 33–44.
- Torke, A. M., Wocial, L. D., Johns, S. A., Sachs, G. A., Callahan, C. M., Bosslet, G. T., Slaven, J. E., Perkins, S. M., Hickman, S. E., Montz, K., & Burke, E. S. (2016). The family navigator: A pilot intervention to support intensive care unit family surrogates. *American Journal of Critical Care*, 25(6), 498–507. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016730>
- Torres, I. E.R.F. Prieto, A. M., & Massa, E.R. (2018). Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances En Enfermería*, 36(3), 283–291. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.66508>
- Troyer L, Brady W. Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: A systematic review. *Am J Emerg Med*. 2020 Jul;38(7):1494-1503. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.036. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32321683.
- Tschannen, D., McClish, D., Aebersold, M., Rohde, J. (2015). Targeted Communication Intervention Using Nursing Crew Resource Management Principles. *Journal of Nursing Care Quality: January/March 30* (1), 7-11. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000073
- Tuckman, B. W. (2012). *Manual de investigação em educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em educação* (4ª ed. actualizada). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Turkelson, C., Aebersold, M., Redman, R., & Tschannen, D. (2017). Improving Nursing Communication Skills in an Intensive Care Unit Using Simulation and Nursing Crew Resource Management Strategies: An Implementation Project. *Journal of nursing care quality*, 32(4), 331–339. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000241>
- Twigg, D. E., Kutzer, Y., Jacob, E., & Seaman, K. (2019). A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the

acute care setting. *Journal of advanced nursing*, 75(12), 3404–3423.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14194>

Van Melle MA, van Stel HF, Poldervaart JM, de Wit NJ, Zwart DLM. Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety; a systematic review. *PLoS One*. 2018 Jun 4;13(6):e0197312. doi: 10.1371/journal.pone.0197312. PMID: 29864119; PMCID: PMC5986135.

Vala, P. A. De S. R. (2016). Procedimentos de Enfermagem na prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central: prática baseada na evidência. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5640>

Vasconcelos RMA, Caldana G, Lima EC, Silva LDM, Bernardes A, Gabriel CS. communication in the relationship between leaders and lead in the context of nursing. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(Supl.11):4767-6. <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201729>.

Vaismoradi M, Tella S, A Logan P, Khakurel J, Vizcaya-Moreno F. Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 19;17(6):2028. doi: 10.3390/ijerph17062028. PMID: 32204403; PMCID: PMC7142993.

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas*, 22 (44), 203-220

Walsh, T. S., Kydonaki, K., Antonelli, J., Stephen, J., Lee, R. J., Everingham, K., Hanley, J., Phillips, E. C., Uutela, K., Peltola, P., Cole, S., Quasim, T., Ruddy, J., McDougall, M., Davidson, A., Rutherford, J., Richards, J., & Weir, C. J. (2016). Staff education, regular sedation and analgesia quality feedback, and a sedation monitoring technology for improving sedation and analgesia quality for critically ill, mechanically ventilated patients: a cluster randomised trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 4(10), 807–817. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)30178-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30178-3)

Wasserman, M. (2014). Effective hand overs integral to high quality patient care. *AORN Connections*, 100(4), 7–8.

- Winkin, Y. (2001). *Anthropologie de la Communication – de la théorie au terrain* : Paris: Éditions du Seuil.
- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. In *Human Resources for Health* (Vol. 15, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- Wouters Y, Causevic E, Klek S, Groenewoud H, Wanten GJA (2020). Use of Catheter Lock Solutions in Patients Receiving Home Parenteral Nutrition: A Systematic Review and Individual-Patient Data Meta-Analysis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2020 Sep;44(7):1198-1209. doi: 10.1002/jpen.1761. Epub 2020 Jan 27. PMID: 31985068; PMCID: PMC7540581.
- Wright, S. M. (2013). Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: Introducing the PATIENT protocol. *AANA Journal*, 81(3), 225–232. [http://www.hsrna.com/student/PATIENT\\_Protocol.pdf](http://www.hsrna.com/student/PATIENT_Protocol.pdf)
- Yaman Aktas Y, Nagórska M, Karabulut N. Problems in Critical Care Nurse-Patient Communication: Examples of Poland and Turkey. *Acta Clin Croat* (2017). Sep;56(3):437-445. doi: 10.20471/acc.2017.56.03.10. PMID: 29479909
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness: Theory review, application, and extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 645–649. Recuperado de <https://doi.org/10.1188/17.ONF.645-649>
- Zuriguél-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, M., Roldán-Merino, J., & Lluch-Canut, M. T. (2019). Clinical nurses's critical thinking level according to sociodemographic and professional variables (Phase II): A correlational study. *Nurse education in practice*, 41, 102649. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102649>

## ANEXOS



NÚMERO: 020/2014  
DATA: 30/12/2014  
ATUALIZAÇÃO 14/12/2015

---

ASSUNTO: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes  
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; segurança na medicação; medicamentos LASA  
PARA: Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, na área da qualidade organizacional, a seguinte Norma:

1. As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas, das comissões da qualidade e segurança, dos médicos, dos enfermeiros, dos farmacêuticos, dos técnicos de farmácia e dos assistentes operacionais, são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA<sup>1</sup>, nomeadamente:
  - a) Elaborar e divulgar, internamente, a lista de medicamentos LASA, ajustada aos que são utilizados na instituição (anexo I).
  - b) Rever a lista interna de medicamentos LASA, pelo menos anualmente.
  - c) Garantir que os profissionais conhecem a lista de medicamentos LASA da instituição, o seu propósito e a importância para a redução de incidentes relacionados com a medicação.
  - d) Considerar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem, sempre que possível, adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição.
    - i. Quando tal não for possível, após a sua introdução, proceder à revisão da lista.
  - e) Proceder à parametrização de alertas, para os medicamentos LASA, nas aplicações informáticas.
  - f) Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos medicamentos LASA, na farmácia e nos restantes serviços/unidades da instituição, inclusive nos equipamentos semiautomatizados, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação, designadamente através de:
    - i. Armazenamento separado;
    - ii. Sinalização com utilização de cores, negrito ou grafismo diferente.
  - g) Desenvolver estratégias e implementar medidas de diferenciação dos medicamentos LASA na sua identificação escrita, incluindo a rotulagem, através de:
    - i. Alteração do grafismo na denominação aplicando o método de inserção de letras maiúsculas (anexo II);
    - ii. Utilização de cores, negrito ou outros.

---

<sup>1</sup> Os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, são conhecidos na literatura internacional por medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike* (LASA).

- h) Desenvolver estratégias e implementar medidas ao nível da prescrição dos medicamentos LASA, designadamente:
- i. quando ocorrer indicação ou pedido oral;
  - ii. nos casos de caligrafia ilegível, sempre que a prescrição eletrónica não for possível.
- i) Reforçar, para os medicamentos LASA, a aplicação de práticas seguras de verificação:
- i. Identificação correta do doente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da sua hora (5 certos).
- j) Promover formação sobre segurança na medicação, incluindo-se os medicamentos LASA.
2. O instrumento de auditoria organizacional.

Instrumento de Auditoria				
Norma "Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante "				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA / FONTE
A instituição elaborou a lista interna de medicamentos LASA.				
A lista foi divulgada na instituição.				
A lista foi revista, pelo menos anualmente.				
Os profissionais tiveram conhecimento da lista em vigor na instituição.				
Na aquisição de medicamentos e sempre que possível, a instituição considerou alternativas para não adicionar medicamentos LASA à lista interna existente.				
As aplicações informáticas dispõem de alertas para os medicamentos LASA.				
Os medicamentos LASA estão armazenados separadamente.				
Os medicamentos LASA estão identificados para que se diferenciem entre eles e dos restantes.				
A instituição utiliza o método de inserção de letras maiúsculas para a diferenciação das denominações de medicamentos LASA.				
A instituição tem estratégia implementada quando existe pedido oral de medicamento LASA.				
A instituição tem estratégia implementada quando existe caligrafia ilegível num pedido escrito de medicamento LASA.				
Os profissionais realizam formação incluindo os medicamentos LASA.				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			

3. O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George

Diretor-Geral da Saúde

## TEXTO DE APOIO

### A. Definições/Conceitos e Critérios

- A.1. Medicamentos LASA: medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.
  - i. Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante - medicamentos *look-alike*;
  - ii. Medicamentos com nome foneticamente semelhante - medicamentos *sound-alike*.
- A.2. Método de inserção de letras maiúsculas (*Tall Man Lettering*): método em que se recorre à inserção seletiva de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação. É um método de alteração gráfica.
- A.3. Segurança na medicação: atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos.

### B. Fundamentação

- B.1. Os medicamentos LASA são um dos múltiplos fatores que, quando se conjugam e beneficiam das vulnerabilidades ou deficiências dos sistemas, contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança do doente, relacionados com a medicação. Desta forma justifica-se a normalização de práticas seguras que possam contribuir para a redução destas ocorrências.
- B.2. A existência de denominações (nomes) semelhantes entre medicamentos é uma das causas mais comuns associada aos eventos adversos relacionados com a medicação. De acordo com a literatura, um em cada quatro destes incidentes estão relacionados com medicamentos LASA.
- B.3. Na procura de soluções para a redução desta tipologia de eventos, a primeira das nove "*Patient Safety Solutions*", publicadas pela Organização Mundial de Saúde, em 2007 refere-se especificamente aos medicamentos LASA.
- B.4. A identificação incorreta de medicamentos pode resultar da má interpretação da prescrição médica, impressa ou manuscrita, da indicação/pedido oral do medicamento e/ou da seleção errada devido à semelhança entre denominações na lista dos medicamentos ou ao aspeto semelhante em forma, cor e/ou rótulo da embalagem.
- B.5. A similaridade entre as denominações de medicamentos pode afetar a memória de curto prazo e modificar a perceção visual e auditiva, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos relacionados com a medicação.
- B.6. A literatura demonstra que a inserção de letras maiúsculas no meio das denominações ortograficamente semelhantes para diferenciação de medicamentos é uma ferramenta efetiva. A apresentação das denominações num formato fora do comum atua como um alerta, promovendo a diferenciação.
- B.7. Diferentes métodos para a inserção de letras maiúsculas são descritos na literatura, das quais o método designado por *Mid-type Tall Man lettering* é referido como o mais efetivo e o mais facilmente aplicável de forma sistemática, sendo por isso o recomendado nesta norma, conforme regras descritas no anexo II.

### C. Avaliação

- C.1. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada através de processos de auditoria interna e externa.
- C.2. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções internas para o seu cumprimento é da responsabilidade dos dirigentes das instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde

### D. Apoio Científico

- D.1. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção-Geral da Saúde, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- D.2. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Anabela Graça e André Coelho.
- D.3. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

### Siglas/Acrónimos

DCI - Denominação Comum Internacional

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

### Bibliografia

Agrawal, A. et al. (2009). Medication errors: problems and recommendations from a consensus meeting. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), 592-598.

American Hospital Association; American Society of Health - System Pharmacists and Hospitals; Hospitals & Health NetWorks. (2005). Medication Safety Issue Brief Look-alike, Sound-alike Drug. *Health Forum*. 7 (10);

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2011). National Standard for the Application of Tall Man Lettering: Project Report, ACSQHC, Sydney.

Berman, A. (2004). Reducing Medication Errors through Naming, Labeling and Packaging. *Journal of Medical Systems*, 28(1), 9-29.

Direção-Geral da Saúde (2011) Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Orientação da Direção-Geral da Saúde nº018/2011 de 23/05/2011.

Emmerton, L., Rizk, M. (2012). Look-alike and sound-alike medicines: risks and "solutions". *Int J Clin Phar*, 34, 4-8.

Hoffman, J. M., & Proulx, S. M. (2003). Medication errors caused by confusion of drug names. *Drug Safety*, 26(7), 445-452.

Institute for Safe Medication Practices (2011). ISMP's List of *Confused* Drug Names.

Institute for Safe Medication Practices. (2011) FDA and ISMP Lists of Look-Alike Drug Names with Recommended Tall Man Letters.

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos y el Consejo General de COF (2010). Nuevos pares de nombres de medicamentos que se prestan a confusión por similitud ortográfica y/o fonética (2005-2010).

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (2014). Novas denominações de medicamentos com grafia ou som semelhantes: como evitar erros? Boletim ISMP Brasil, 2317-2312 Vol. 3, n.º 6.

Lambert, B. et al. (1999). Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors. Medical Care, 37(12), 1214-1225.

López, M. et al. (2011). Elaboración de una relación de nombres de medicamentos similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas resaltadas. Farm Hosp, 35(5):225-235.

Williams, D. (2007). Medication errors. J R Coll Physicians Edinb, 37:343-346;

World Health Organization. (2007). Look-Alike, Sound-Alike Medication Names. Patient Safety Solutions. Volume 1, Solution 1.

#### **Anexos:**

**Anexo I:** Lista de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético semelhantes, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas.

**Anexo II:** Regras de aplicação do método de inserção de letras maiúsculas.

Comentários e sugestões para atualização da lista devem ser enviados para [dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt).

**Anexo I: Lista de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético semelhantes, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas.**

A lista de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético semelhantes, constante deste anexo, pretende ser uma base de trabalho para a criação da lista de cada unidade hospitalar. Esta não é exaustiva, devendo cada unidade adaptá-la, acrescentando ou retirando medicamentos de acordo com aqueles que efetivamente utiliza.

A lista foi adaptada à realidade nacional, tendo como base os documentos 'ISMP's List of Confused Drug Names' (ISMP 2010), 'Nuevos pares de nombres de medicamentos que se prestan a confusión por similitude ortográfica y/o fonética' (ISMP España 2010), "Lista de nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes" (ISMP Brasil 2014), "National Standard for the Application of Tall Man Lettering: Project Report (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2011).

Para elaboração da presente lista apenas se teve em consideração medicamentos com ortografia semelhante ou denominação foneticamente similar, em termos da sua Denominação Comum Internacional (DCI). Não foram, por isso, consideradas os nomes comerciais dos medicamentos nem os medicamentos com aspeto semelhante.

MEDICAMENTOS LASA	
Aciclovir	<b>GAN</b> aciclovir/ <b>VAL</b> aciclovir/ <b>VALGAN</b> aciclovir
ácido fólico	ácido fol <b>ÍN</b> ico
a <b>DRENAL</b> ina	a <b>TROP</b> ina
<b>AL</b> fentanilo	fentanilo/ <b>SUF</b> fentanilo
alo <b>PURIN</b> ol	hal <b>OPERID</b> ol
ami <b>NOFIL</b> ina	amio <b>DARON</b> a/ am <b>LODIP</b> ina
ami <b>TRIPTIL</b> ina	<b>NOR</b> triptilina
anfotericina B	anfotericina B <b>LIPOSSÓMICA</b>
aza <b>TIOPR</b> ina	aza <b>CITID</b> ina
<b>BETA</b> metasona	<b>DEXA</b> metasona
<b>BU</b> pivacaína	<b>LEVO</b> bupivacaína/ <b>RO</b> pivacaína/ <b>ME</b> pivacaína
ca <b>LCITRI</b> ol	ca <b>RVED</b> ilol
<b>CARBAM</b> azepina	<b>OXCARB</b> azepina
ciclo <b>SPORINA</b>	ciclo <b>FOSFAMIDA</b>
citalopram	<b>ESC</b> italopram
c <b>LARITROM</b> icina	<b>CIPRO</b> floxacina
clomi <b>PRAMINA</b>	cloro <b>PROMAZ</b> ina/ Clomi <b>FENO</b>
<b>CLON</b> azepam	<b>Diazepam</b> / <b>LOR</b> azepam/ <b>OX</b> azepam
clo <b>NID</b> ina	clo <b>ZAP</b> ina
cloro <b>PROMAZINA</b>	cloro <b>DIAZEPÓXIDO</b>
<b>CLOROQU</b> ina	<b>QUIN</b> ina
<b>DOBUT</b> amina	<b>DOP</b> amina
<b>DULO</b> xetina	<b>FLU</b> oxetina/ <b>PAR</b> oxetina
flu <b>VOXAM</b> ina	flu <b>FENAZ</b> ina*
ge <b>MCITAB</b> ina	ge <b>NTAMIC</b> ina
gli <b>BENCLAM</b> ida	gli <b>PIZ</b> ida/ gli <b>MEPIR</b> ida/ gli <b>CLAZ</b> ida
hidr <b>ALAZ</b> ina	hidro <b>OXIZ</b> ina

lam <b>IVUD</b> ina	lam <b>OTRIG</b> ina
levo <b>MEPROMAZ</b> ina	levo <b>TIROX</b> ina
MEDICAMENTOS LASA	
me <b>DROXIPROGE</b> sterona	me <b>TILTESTO</b> sterona
met <b>FORMINA</b>	met <b>RONIDAZOL</b>
met <b>IMazol</b>	met <b>RONIDAZOL</b>
mito <b>MIC</b> ina	mito <b>XANTRO</b> na
morfina	<b>HIDRO</b> morfona
ni <b>MOD</b> ipina	ni <b>FED</b> ipina/ ni <b>ZAT</b> idina
<b>OLANZ</b> apina	<b>QUET</b> iapina
predniso <b>LON</b> a	prednisona
prop <b>RANOLO</b> l	prop <b>OF</b> ol
rifam <b>PI</b> cina	rifamicina
<b>Si</b> rolimus	<b>TAC</b> rolimus
sulfa <b>DI</b> lazina	sulfa <b>SSAL</b> azina
<b>SUM</b> atriptano	<b>ZOL</b> Mitriptano
vin <b>BLA</b> stina	vin <b>CRIS</b> tina
MEDICAMENTOS USADOS PREDOMINANTEMENTE NO TRATAMENTO DO CANCRO	
<b>ABC</b> iximab	<b>CETU</b> ximab/ <b>INFL</b> iximab/ <b>RITU</b> ximab
<b>BEVAC</b> izumab	<b>TRASTU</b> zumab
<b>CARBO</b> platina	<b>CIS</b> platina/ <b>OXAL</b> iplatina
<b>CICLO</b> fosfamida	Ifosfamida
<b>DASA</b> tinib	<b>LAPA</b> tinib/ <b>SORA</b> tinib/ <b>SUNI</b> tinib
<b>DAUNO</b> rrubicina	<b>DOXO</b> rrubicina/ <b>EPI</b> rrubicina/ <b>IDA</b> rrubicina
<b>DOCE</b> taxel	<b>PACLI</b> taxel
mito <b>MIC</b> ina	mito <b>XANTRO</b> na
vin <b>BLA</b> stina	vin <b>CRIS</b> tina/ vin <b>ORELB</b> ina
MEDICAMENTOS ANTIBACTERIANOS	
CEFALOSPORINAS	Cef <b>AZOLINA</b>
	Cef <b>OXITINA</b>
	Cef <b>TAZIDIMA</b>
	Cef <b>TRIAXONA</b>
	Cef <b>OTAXIMA</b>
	Cef <b>EPI</b> MA
	Cef <b>ALEXINA</b>
QUINOLONAS	<b>CIPRO</b> floxacina
	<b>LEVO</b> floxacina
	<b>MOXI</b> floxacina
	<b>NOR</b> floxacina
	<b>O</b> floxacina

## Anexo II: Regras de aplicação do método de inserção de letras maiúsculas.

O método de inserção de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes (*Tall Man Lettering*), modifica a perceção visual das mesmas, promovendo a sua diferenciação ao destacar algumas letras.

Para realizar esta diferenciação, deve observar-se se a semelhança na denominação ortográfica ocorre entre dois medicamentos ou entre mais de dois medicamentos e aplicar-se o método seguinte:

### 1. Para a diferenciação de dois medicamentos com denominações ortograficamente semelhantes

1.1. Começando na primeira letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos duas letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

hidralazina	Altera-se para:	hydrALAZINA
hidroxizina		hydrOXIZINA

1.2. Em seguida, começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. Até esse ponto, as letras em comum retornam a minúsculas.

hydrALAZINA	Altera-se para:	hydrALAzina
hydrOXIZINA		hydrOXIzina

### 2. Para a diferenciação de mais do que dois medicamentos com denominações ortograficamente semelhantes

2.1. Começando na primeira letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos duas letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

daunorrubina	Altera-se para:	DAUNORRUBICINA
doxorrubina		DOXORRUBICINA
epirrubina		EPIRRUBICINA
idarrubina		IDARRUBICINA

2.2. Em seguida, começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. Até esse ponto, as letras em comum retornam a minúsculas.

DAUNORRUBICINA	Altera-se para:	DAUNOrrubicina
DOXORRUBICINA		DOXOrrubicina
EPIRRUBICINA		EPIrrubicina
IDARRUBICINA		IDArrubicina

## ANEXO II – NORMA 001/2017 DGS



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



### NORMA

NÚMERO: 001/2017  
DATA: 08/02/2017

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: cn=PT, o=Direção-Geral da  
Saúde, ou=Direção-Geral da  
Saúde, c=Francisco Henrique  
Moura George  
Date: 2017.02.08 11:05:47 Z

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde  
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR  
PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.min-saude.pt](mailto:dqs@dgs.min-saude.pt))

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

#### NORMA

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR<sup>1</sup>.
2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no n.º 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro.
3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).
5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação;
  - a) Nas situações de transição não contempladas do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, a informação a transmitir deverá corresponder aos conteúdos constantes do Anexo I;
  - b) No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I.

<sup>1</sup> ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).



6. As instituições devem assegurar que:

- a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
- b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013.

Instrumento de auditoria organizacional:

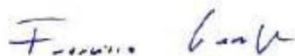
Instrumento de Auditoria				
Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"				
<b>Unidade:</b>				
<b>Momentos da transição de cuidados:</b>				
<input type="radio"/> Admissão hospitalar <input type="radio"/> Admissão na unidade de cuidados de saúde primários <input type="radio"/> Admissão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



**Avaliação final:**

$$IC = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{---}\%$$

7. A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## TEXTO DE APOIO

### Conceitos, definições e orientações

- A. **Segurança do doente:** redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.
- B. **Transição de cuidados de saúde:** qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.  
São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/inter-instituições.  
São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.
- C. **Transmissão de informação:** comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.
- D. **Comunicação eficaz entre profissionais de saúde:** Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.
- E. **ISBAR:** ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.
- F. **Mnemónica ISBAR:** auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

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

Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;

Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

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



- G. **Profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação:** o médico e/ou o enfermeiro da equipa que acompanha o doente na instituição de origem e de receção, bem como o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar, aquando da admissão nos serviços de urgência.
- H. É utilizado o termo **doente**, sendo o racional da sua escolha o “Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, que, tendo em mente a transversalidade do Serviço Nacional de Saúde, engloba a pessoa que não está doente, como o adulto submetido a imunização, a grávida, a puérpera, o recém-nascido e a criança/adolescente.

### Fundamentação

- A. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo, “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS” e para isso recorre a objetivos estratégicos, entre os quais, o aumento da segurança da comunicação.
- B. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e conseqüentemente diminuição da mortalidade.
- C. As transições de cuidados no doente são momentos frequentes nas organizações de saúde, que podem até passar despercebidos. Mas são consideradas situações vulneráveis para o doente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.
- D. As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.
- E. As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.
- F. As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.
- G. Em relação aos estudos nacionais, apesar da pouca diversidade, no que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, é de referenciar um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde.
- H. A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos.
- I. A comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que

devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.

- J. Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa.
- K. A metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados.
- L. Para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais.

#### **Avaliação**

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

#### **Comité Científico**

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Cristina Ribeiro (coordenação), António Menezes da Silva (Ordem dos Médicos), Tânia Vieira Soares (Ordem dos Enfermeiros) e Tiago Soares.
- C. Foi ouvido o INEM.

#### **Coordenação executiva**

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Maria João Gaspar.

#### **Bibliografia**

AZEVEDO, Paulo; SOUSA, Paulino. Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. Revista de enfermagem Referência. Lisboa. ISBN, n7 julho 2012,113-122;

CLARK, Eileen et al. The PACT Project: improving communication at handover. Medical Journal of Australia. 190:11 (2009) 125-127.



CORNELL, Paul et al. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. United States. ISSN 1092-0811. 23:5 (2014) 334-342.

DAWSON, Sarah; KING, Lindy; GRANTHAM, Hugh. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency medicine Australia: EMA*. ISSN 1742-6723. 25:5 (2013) 393-405. doi: 10.1111/1742-6723.12120.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. DGS: Lisboa, 2011.

JEFFCOTT, S. A. et al. Improving measurement in clinical handover. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 272-7.

JOHNSON, Julie K.; ARORA, Vineet M. Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 244-5.

JORM, Christine M.; WHITE, Sarah; KANEEN, Tamsin. Clinical handover: critical communications. *The Medical Journal of Australia*. 190:11 Suppl (2009) S108-9.

MARSHALL, S et al. The Evaluation of Structured Communication Tools in Healthcare in Proceedings of The Human Factors And Ergonomics Society 52nd Annual Meeting. 2008 set 22-26; Nova Iorque, Estados Unidos da América [Consult. 21/12/2016]. Disponível em <http://pro.sagepub.com/content/52/12/860.abstract>.

Meester, K et al. SBAR improves nurse – physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Elsevier Ireland Ltd*. 84 (2013) 1192-1196.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 2784/2013, de 11 de fevereiro de 2013. Aprova os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 20 fev 2013; 36 (II série): 6908-6909.

PORTEOUS, J et al. iSoBAR - a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*. 190:11 (2009) 152-156.

POTHIER, D et al. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*, 14:19 (2005) 1034-1038.

RENZ, S et al. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long term care. *Geriatric Nurse*. 34:4 (2013) 295-301.

SANTOS, M et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10 (2010) 47-57.

SCOTTEN, M et al. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Education and Counseling*. United States. ISSN 07383991, Julho, vol 98, 895-900.

THE JOINT COMMISSION; THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; WORLD HEALTH ORGANIZATION - Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*. 1:3 (2007) 1-4.

THOMAS, M et al. Failures in Transition: Learning from Incidents Relating to Clinical Handover in Acute Care. 35:3 (2013) 49-56.

THOMPSON, J et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal – BMJ Journals*. 87 (2011) 340 -344.

VARDAMAN, James M et al. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*. 37:1 (2012) 88-97.



## ANEXOS

### Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

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

# ANEXO III – COMPROVATIVO DE AQUISIÇÃO DO FORMFACADE



## FATURA

Paga

### Mailreipe LLC

540, Elm Street  
94070 San Carlos CA  
Estados Unidos

Formfacade.com

Fatura n.º: 2542  
Data da fatura: 15/04/2021  
Data de vencimento: 15/04/2021

Montante em dívida:  
**0,00 USD**



Ler. Pagar. OK.

Faturar a:

jfontes@live.com.pt

Descrição	Quantidade	Preço	Montante
Formfacade - Basic \$8 monthly - Annual plan	12	8,00 USD	96,00 USD
		Subtotal	96,00 USD
		Desconto (0,00 USD)	0,00 USD
		Envio	0,00 USD
		Total	96,00 USD
		Valor pago	-96,00 USD
		<b>Montante em dívida</b>	<b>0,00 USD</b>

### Observações

Thanks for your purchase. Please send us an email at [formfacade@guesswork.co](mailto:formfacade@guesswork.co) if you need any technical support.




# ANEXO IV – PARECER COMISSÃO ÉTICA IPV



(parecer\_versão004.19.02.21)

## COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

### Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Competência comunicacional do enfermeiro de emergência em Portugal
Proponentes do projeto	Joana Isabel Fontes, Mauro Coelho, António Madureira
Investigador responsável	Enf. <sup>a</sup> Joana Isabel Fontes, Prof. Mauro Coelho, Prof. Doutor António Madureira
Data de submissão	21/03/2021
Relatores	Prof. Doutor Carlos Fiolhais, Prof. Doutor Francisco Mendes e Prof. <sup>a</sup> Doutora Joana Araújo
Data da aprovação do parecer	22/04/2021
A presidente da CE do PV	 Ernestina Batoca Silva

#### PARECER N.º 30/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (a proposta é eticamente aceitável)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b>	<b>Motivos</b>

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**REQUISITOS**

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

---

Este estudo pretende estudar os perfis comunicacionais dos Enfermeiros de serviços de urgência/emergência de Portugal. Trata-se de um estudo transversal descritivo que irá utilizar a técnica bola de neve para conseguir a amostragem desejada.

---

**RECOMENDAÇÕES**

---

Recomenda-se que os resultados do estudo sejam difundidos pelos meios apropriados, de modo a dar a conhecer as conclusões do estudo.

---

**ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA**

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não  Sim

**Motivos** (obrigatório se Sim):

**Tempo apropriado** (obrigatório se Sim):

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**QUESTÕES ÉTICAS 1  
SERES HUMANOS**

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.6. São pacientes?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

para esta participação.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

## QUESTÕES ÉTICAS 2

### PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não  Sim  Não aplicável

2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não  Sim  Não aplicável

2.3. Envolve o processamento de informação genética?

Não  Sim  Não aplicável

2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não  Sim  Não aplicável

2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não  Sim  Não aplicável

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 3  
ANIMAIS**

- 3.1. Esta investigação envolve animais?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável

**3.7. REQUISITOS – ANIMAIS**

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4**

**PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?  
Não  Sim  Não aplicável

**4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

4.4.3. O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

4.4.4. Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 5**

**OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS**

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais



## APÊNDICES



APÊNDICE 1 – ETIQUETAS LASA SERVIÇO DE URGÊNCIA CHVNG

















ácido acetilsalicílico 110844010 10	100 mg Comp 110832210 10	hidroxyzina 110832210 10	25 mg Comp 112812089 4	Lactulose 112812089 4	10 g 15 ml
paracetamol 110844140 10	500 mg Comp 111624060 4	heparinoide 111624060 4	3 mg/g Cr Bisn 40 g 121000110 200	reagente ANALISE SUMARIA DA URINA TESTE 121000110 200	
reagente DETERMINAÇÃO GLICOSE NO SANGUE TIRA 121000120 200		iodopovidona 110440316 20	100 mg/ml 10 ml	cinchocaína 115616030 6	10 mg/g 20 ml
lidocaína 110808060 10	40 mg/g 30 g 112808152 10	sucralfato 112808152 10	1000 mg 5 ml	pantoprazol 112812185 10	20 mg Comp
pantoprazol 112812178 10	40 mg Comp 116404130 2	oxitetraclina 116404130 2	5 mg/g 5 g	ibuprofeno 114004160 10	400 mg Comp
ibuprofeno 114004150 10	200 mg Comp 111616025 10	captopril 111616025 10	25 mg Comp 112012020 10	ácido aminocapróico 112012020 10	3000 mg Saq
fluMAZENILO 117204093 5	0,1 mg/ml 5 ml 112012120 10	fitometadona 112012120 10	10 mg/ml 1 ml 114804120 6	gluconato de cálcio 114804120 6	97 mg/ml 10 ml
FUROSEmida 113204090 20	10 mg/ml 2 ml 112008063 10	enoxaparina sódica 112008063 10	40 mg 0,4 ml 112008062 6	enoxaparina sódica 112008062 6	20 mg 0,2 ml
enoxaparina sódica 112008059 6	80 mg 0,8 ml 112008344 10	enoxaparina sódica 112008344 10	60 mg 0,6 ml 115204120 20	cloreto de POTÁSSIO 115204120 20	75 mg/ml 10 ml
diCLOFENac 114004094 20	75 mg 2 ml 115204855 10	cloreto de SÓDIO 115204855 10	200 mg/ml 10 ml 111212030 10	atropina 111212030 10	0,5 mg/ml 2 ml
aDRENALina 112408180 10	1 mg/ml 1 ml 114004145 30	ceTEROLac 114004145 30	30 mg/ml 1 ml 111212040 20	Butilescopolamina 111212040 20	20 mg/ml 1 ml

ácido <b>AMINOCApróico</b> 112012010	2500 mg/ml 10 ml	acetilsaliciIATO de Lisina 110844212	1800 mg Pó Sol. Inj.	acetilsaliciIATO de Lisina 110844212	1800 mg Pó Sol. Inj.
sulfato de <b>MAGNÉSIO</b> 115204822	5000 mg ml	sulfato de <b>MAGNÉSIO</b> 115204820	2000 mg ml	t <b>RAMADol</b> 110844200	100 mg 2 ml
ti <b>OQUILCOSIDO</b> 110812140	4 mg 2 ml	tia <b>PRIDA</b> 110840135	100 mg 2 ml	tia <b>MINA</b> 114804380	100 mg 2 ml
pi <b>RIDOXina</b> 114804310	150 mg/ml 2 ml	pa <b>RECOXIB</b> 114004288	40 mg Pó Sol. Inj.	pa <b>NTOPRAZol</b> 112812177	40 mg Pó Sol. Inj.
pa <b>NTOPRAZol</b> 112812177	40 mg Pó Sol. Inj.	met <b>AMIZol</b> magnésico 110844122	2000 mg 5 ml	hidro <b>CORTISONA</b> 113608070	100 mg Pó Sol. Inj.
Ondasetron 110824048	4 mg 2 ml	met <b>OCLOPRAmida</b> 110824030	10 mg 2 ml	h <b>EPARina</b> sódica 112008050	25000 U.I. 5 ml
<b>HALOPERIDol</b> 110840151	5 mg/ml 1 ml	glu <b>COSE</b> 115204367	300 mg /10 ml 20 ml	a <b>MOXIcilina</b> 1000mg + Ácido clavulânico 200mg 110416041	Pó Sol. Inj.
a <b>MOXIcilina</b> 2000mg + Ácido clavulânico 200mg 110840151	5 mg/ml 1 ml Pó Sol. Inj.	<b>CIPROfloxacina</b> 110840151	200 mg 100 ml	<b>LEVOfloxacina</b> 110840151	5 mg/ml 100 ml
Imipenem 500mg +Cilastina 500mg	400 mg 20 ml	pi <b>PERAcilina</b> 4000 mg +Tazobactam 500mg	2 mg/ml 50 ml	met <b>RONIDazol</b> 110840151	5 mg/ml 100 ml
<b>LIDOcaína</b> 110808100	400 mg 20 ml	<b>FLUCONazol</b> 110840151	2 mg/ml 50 ml	<b>VANCOmicina</b> 110840151	100 mg Sol. Inj.
cloreto de <b>SÓDIO</b> 115204160	9 mg/ml 10 ml	Água para preparação injetáveis	5 mg Sol. Inj.	Água para preparação injetáveis	10 mg Sol. Inj.

<b>GENTamicina</b> 110416520 10	80 mg 2 ml	<b>CLINDamicina</b> 110416280 10	600 mg 4 ml	<b>SULFAMETOXazol</b> 400mg/5ml + Trimetoprim 80mg/5ml 110412024 6	<b>STOP</b> 5 ml
<b>aZITROmicina</b> 110404162 10	500 mg Pó Sol. Inj.	<b>cefTRIAxONA</b> 112812050 12	1000 mg Pó Sol. Inj.	<b>cefAZOLINA</b> 110416159 4	1000 mg Pó Sol. Inj.
Solução polieletrolitica p/ lavagem gastrointestinal 112812055 8	Pó Sol. Oral	Docusato de sódio 10 mg + Sorbitol 13400 mg 112812050 12	67,5 ml Sol Ret	<b>paRACETAMol</b> 110844214	10 mg/ml 100 ml
Gelatina 78mg/6,5g +Glicerol 5532mg/6,5g 20	Gel retal	<b>MORFina</b> 112812050 12	10 mg	<b>DIazepam</b> 110844214	5 mg
<b>DIazepam</b> 10	Bisn 6,5 g	<b>DIazepam</b> 10	1 ml	<b>Opsite Spray</b>	1 ml
<b>DIazepam</b> 10	5 mg Comp	<b>DIazepam</b> 10	10 mg Comp		
<b>MORFina</b> 5	10 mg 1 ml	<b>MORFina</b> 5	10 mg 1 ml	<b>MORFina</b> 5	10 mg 1 ml
<b>MORFina</b> 5	10 mg 1 ml	<b>DIazepam</b> 5	5 mg 1 ml	<b>DIazepam</b> 5	5 mg 1 ml
<b>DIazepam</b> 5	5 mg 1 ml	<b>DIazepam</b> 5	5 mg 1 ml	<b>DIazepam</b> 10	5 mg Comp
<b>DIazepam</b> 10	5 mg Comp	<b>DIazepam</b> 10	5 mg Comp	<b>DIazepam</b> 10	5 mg Comp
<b>DIazepam</b> 10	10 mg Comp	<b>DIazepam</b> 10	10 mg Comp	<b>DIazepam</b> 10	10 mg Comp
<b>DIazepam</b> 10	10 mg Comp				

acetil <b>CISTEÍNA</b> 600 mg	am <b>INOFIL</b> ina 225mg am <b>LODIP</b> ina 5mg amio <b>DARO</b> na 200mg	<b>STOP</b>	<b>STOP</b>	Comp <b>CARVEDI</b> ol	<b>STOP</b>	6,25 mg
di <b>CLOFEN</b> ac 50mg	<b>STOP</b>	<b>STOP</b>	200 mg	met <b>OCLOPRA</b> mida	<b>STOP</b>	25 mg
di <b>NITRATO</b> Isossorbido 5mg	Comp <b>Ibuprofeno</b>	<b>STOP</b>	400 mg	Comp	<b>STOP</b>	10 mg
pa <b>RACETA</b> mol 500mg	<b>STOP</b>	<b>STOP</b>	1000 mg	e <b>NOXA</b> Parina	<b>STOP</b>	60 mg
<b>PREDNISO</b> Lona 20mg	Comp <b>suCRAL</b> fato	<b>STOP</b>	5 ml	sódica	<b>STOP</b>	0,6 ml
ácido	112808152	20	2,5 mg	112008344	6	25 mg
<b>VAL</b> próico	200 mg	<b>STOP</b>	5 mg	e <b>SPIRONOLA</b> CTona	<b>STOP</b>	100 mg
clo <b>PIDOGREL</b>	75 mg	<b>STOP</b>	500 mg	0,5 Comp	<b>STOP</b>	5 mg/24h
<b>LEVETIRACETAM</b>	Comp	110820189	10	Comp <b>niTROGLICER</b> ina	<b>STOP</b>	10 mg/24h
<b>QUETIAP</b> ina 100mg	<b>STOP</b>	<b>STOP</b>	20 mg	e <b>NOXA</b> Parina	<b>STOP</b>	80 mg
<b>QUETIAP</b> ina 25mg	Comp sódica	112008062	6	sódica	<b>STOP</b>	0,8 ml
<b>CAPTO</b> pril	25 mg	<b>STOP</b>	0,125 mg	<b>FUROSE</b> mida 40mg	<b>STOP</b>	<b>STOP</b>
11616025	20	Comp <b>diGOX</b> ina	Comp	<b>FENITO</b> ína 100mg	Comp	<b>STOP</b>
hidro <b>OXI</b> zina 25mg	<b>STOP</b>	<b>STOP</b>	90 mg Comp	e <b>NOXA</b> Parina	<b>STOP</b>	40 mg
<b>LOPERA</b> mida 2mg	Comp/Caps <b>tRAMAD</b> ol	<b>STOP</b>	50 mg Caps	sódica	<b>STOP</b>	0,4 ml
<b>LIDO</b> caína	400 mg	<b>STOP</b>	100 mg Comp	112008063	6	6 mg
110808100	2	acetil <b>SALICILATO</b> de Lisina	1800 mg	<b>aDENOS</b> ina	<b>STOP</b>	2 ml
am <b>IODARO</b> na	20 ml	110844212	6	Pó	111604002	6
111608030	20	150 ml	<b>STOP</b>	50 mg/2 ml	di <b>NITRATO</b>	<b>STOP</b>
<b>FUROSE</b> mida	3 ml	clo <b>ROPROMAZ</b> ina	25 mg/5 ml	Isossorbido	11620055	20
113204090	40	20 mg	4 mg/2 ml	<b>tRAMAD</b> ol	<b>STOP</b>	100 mg
2 ml	met <b>ILPREDNISO</b> Lona	<b>STOP</b>	125 mg	110844200	20	2 ml

metAMIZol magnésico	2000 mg	STOP	100 mg	ácido AMINOCApróico 2500mg/10ml	STOP	10 ml
	5 ml	hidroCORTISONA	60	Pó Sol Inj	ácido AMINOCApróico 3000 mg	Pó Sol Oral Saq
		113608070				75 mg
aDRENALina	1 mg	Butilescopolamina	20	20 mg/ml	diCLOFENac	2 ml
	1 ml	Biperideno		5 mg/ml	114004094	20
		112408180	10			
fluMAZENILO	0,1 mg/ml	HALOPERIDol	STOP	5 mg	LABETOlol	100 mg
	0,4 mg/ml	110840151	20	1 ml	11616095	6
NALOXona	10 mg	piRIDOXina	STOP	150 mg	tiOQUILCOSIDO	4 mg
	2 ml	114804310	10	2 ml	110812140	20
		110824030	30			
ácido VALpróico	400 mg	aTROPina	STOP	0,5 mg/ml	ceTOROLac	30 mg/ml
	Pó Sol Inj	aMINOFILina	STOP	240 mg/ml	cLEMASTina	2 mg/2 ml
	6	110820161	6			
diGOXina	0,25 mg	fiTOMETADIona	STOP	10 mg/ml	hePARina Sódica	25000 U.I.
	2 ml	fENITOína	STOP	250 mg/5 ml	112008050	6
		111604040	20			
Levetiracetam	100 g/ml	metOPROlol	STOP	5 mg	tiaPRIDA	100 mg/2 ml
	5 ml	111616423	10	5 ml	tiaMINA	100 mg/2 ml
		110820203	10			
sulfato de MAGNÉSIO	2 g/10 ml	aMOXIcilina 1000mg + Ácido clavulânico 200mg	STOP	STOP	gluconato de CÁLCIO	97 mg/ml
	5 g/10 ml	110416041	10	Pó Sol Inj	114804120	6
		110416042	10			
aMOXIcilina 2000mg + Ácido clavulânico 200mg	600 mg	cefTRIAXona	STOP	1000 mg	Gelatina 78mg/6,5g + Glicerol 5532mg/6,5g	6,5 g
	10	110416238	10	Pó Sol Inj	112812085	12
		110416042	10			
CLINDamicina	4 ml	niSTATina	STOP	1mg/ml	DETERMINAÇÃO GLICOSE NO SANGUE	Reagente
		CIAMEMAZina	STOP	100000 U.I./ml	121000120	200
		121000120	200			
ANALISE SUMARIA DA URINA	Reagente	ALPRazolam	STOP	0,25 mg	ALPRazolam	0,25 mg
	Teste			0,5 mg		0,5 mg
		121000110	200			

ALPRazolam 	0,25 mg	ALPRazolam 	0,25 mg	ALPRazolam 	0,25 mg
	0,5 mg		0,5 mg		0,5 mg
BROMazepam 3 mg		BROMazepam 3 mg		BROMazepam 3 mg	
MIDazolam 15 mg	Comp	MIDazolam 15 mg	Comp	MIDazolam 15 mg	Comp
BROMazepam 3 mg		BROMazepam 3 mg			5 mg
MIDazolam 15 mg	Comp	MIDazolam 15 mg	Comp	DIazepam	10 mg
	15 mg/3 ml		15 mg/3 ml		15 mg/3 ml
MIDazolam	50 mg	MIDazolam	50 mg	MIDazolam	50 mg
	15 mg/3 ml		15 mg/3 ml		1 mg
MIDazolam	50 mg	MIDazolam	50 mg	LORazepam	2,5 mg
	1 mg		1 mg		1 mg
LORazepam	2,5 mg	LORazepam	2,5 mg	LORazepam	2,5 mg
	1 mg		10 mg		15 mg
LORazepam	2,5 mg	MORFina	1 ml	DIazepam	30 mg
DIazepam	10 mg/2 ml	DIazepam	10 mg/2 ml	DIazepam	10 mg/2 ml
Petidine	50 mg/ml	Petidine	50 mg/ml	Petidine	50 mg/ml
DIazepam	10 mg/2 ml	DIazepam	10 mg/2 ml	Fentanil	Sol Inj
	50 mg/ml		50 mg/ml		TD
Fentanil	Sol Inj	Fentanil	Sol Inj	Fentanil	Sol Inj
	TD		TD		TD
Fentanil	Sol Inj				
	TD				

<b>ESMOlol</b> 10 mg 1 ml 4	<b>EFEDRina</b> 50 mg 1 ml 6	<b>ETOMIDato</b> 2 mg 1 ml 6
ácido <b>TRANEXÂMICO</b> 100 mg 1 ml 8	<b>aDENOSina</b> 111604002 6	<b>aTROPina</b> 111212030 30
bi <b>CARBO</b> nato de sódio 115204070 84 mg/ml 20 ml 10	cloreto de <b>CÁLCIO</b> 100 mg 1 ml 4	cloreto de <b>OBIDOXIMA</b> 250 mg 1 ml 4
<b>DEXAMETA</b> sona 4 mg 1 ml 10	<b>diGOxina</b> 111604040 6	<b>eNOXAPAR</b> ina sódica 112008063 2
<b>eNOXAPAR</b> ina sódica 112008062 20 mg 0,2 ml 2	<b>fITOMETAD</b> Iona 10 mg 1 ml 4	<b>fENITO</b> ína 250 mg 5 ml 8
<b>tRAMADol</b> 110844200 100 mg 2 ml 6	ácido acetilsalicil <b>ICO</b> 150 mg Comp 4	<b>CAPTO</b> pril 111616025 4
clo <b>PIDOGREL</b> 75 mg Comp 6	<b>niTROGLICER</b> ina 60 60	sulfato de <b>MAGNÉSIO</b> 30 g Comp 2
<b>aMINOFIL</b> ina 240 mg Comp 6	<b>niFEDIP</b> ina 5 mg Comp 4	<b>Ticagrelor</b> 90 mg Comp 4
<b>Flecaín</b> ida 10 mg 1 ml 2	flu <b>MAZENILO</b> 117204093 10	<b>hePAR</b> ina sódica 112008050 4
hidro <b>CORTI</b> sona 113608070 20 100 mg Pó Sol. Inj.	<b>LIDO</b> caína 110808100 6	met <b>AMIZol</b> magnésico 110844122 8
<b>NALOX</b> ona 0,4 mg 1 ml 10	<b>Neostigmina</b> 5	<b>paNTOPRA</b> zol 112812177 6
		25000 U. I. 5 ml 2000 mg 5 ml 40 mg Pó Sol. Inj.

par <b>ECOXIB</b> 4 113204090	40 mg	sulfato de <b>MAGNÉSIO</b> 115204822	5000 mg 10 ml	sulfato de <b>MAGNÉSIO</b> 115204820	2000 mg 10 ml
<b>FUROSE</b> emida 30 113204090	20 mg 2 ml	Insulina humana 1	100 U. I. 1 ml	met <b>ILPREDNISOLona</b> 6	1 mg
nitro <b>GLICERina</b> 2	5 mg	pi <b>RIDOxina</b> 114804310	150 mg/ml 2 ml	sulfato de <b>PROTamina</b> 4	1400 U. I. 1 ml
gluconato de <b>CÁLCIO</b> 4 114804120	97 mg/ml 10 ml	glu <b>COSE</b> 115204367	300mg/10 ml 20 ml	<b>LABETOlol</b> 11616095	100 mg 20 ml
Levetiracetam 6	100 mg 1 ml	met <b>ILPREDNISOLona</b> 10	125 mg	met <b>OCLOPRAmida</b> 110824030	10 mg 2 ml
<b>NORadrenalina</b> 6	1 mg 1 ml	<b>SALBUtamol</b> 4	0,5 mg 1 ml	nitro <b>PRUSSIATO</b> de sódio 2	50 mg
<b>PROPOFol</b> 8	10 mg 1 ml	ti <b>AMINA</b> 4	100 mg 2 ml	ti <b>OPENTAL</b> sódico 4	500 mg
<b>HALOPERIDol</b> 6	5 mg 1 ml	<b>LIDOcaína</b> 110808060	20 mg/ml 2 ml	met <b>OPROlol</b> 111616423	5 mg 5 ml
Ondasetron 6	4 mg 2 ml	<b>SALBUtamol</b> 111616423	5 mg 5 ml	Verapamilo 4	5 mg 2 ml
Budesonida 112408305	200 ug/dose 1	<b>SALBUtamol</b> 1	5 mg/ml 10 ml	<b>BACITRACina</b> 115604020	500 U.I./g 20 g
<b>LIDOcaína</b> 20mg/g + Cloro-Hexidina 0,5mg/g 110808172	11 ml 2	<b>IDOPOVIDona</b> 110440246	100 mg/g 100 g	Brometo Ipatrópio 112408045	20 ug/dose 1





**LISTA DE MEDICAMENTOS LASA  
SERVIÇO URGÊNCIA  
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA**

**ÁREA CIRURGIA**

ácido acetilsalicil <b>ICO</b>
acetilsalicil <b>ATO</b> de Lisina
ácido <b>AMINOCA</b> próico
<b>aDRENAL</b> ina
<b>aMOXI</b> iciclina + Ácido clavulânico
<b>aTROP</b> ina
<b>aZITRO</b> micina
<b>CAPTO</b> pril
cef <b>AZOLINA</b>
cef <b>TRIA</b> XONA
<b>CETEROL</b> ac
<b>CINCHO</b> caína
<b>CIPRO</b> floxacina
<b>CLINDA</b> micina
cloreto de <b>POTÁSSIO</b>
cloreto de <b>SÓDIO</b>
<b>Diazepam</b>
di <b>CLOFEN</b> ac
<b>eNOXAPAR</b> ina sódica
<b>FITOMETADI</b> ona
<b>FLUCON</b> azol
flu <b>MAZENILO</b>
<b>FUROSE</b> mida
<b>GENTA</b> micina
gluconato de <b>CÁLCIO</b>
glu <b>COSE</b>
<b>HALOPERID</b> ol
hidro <b>CORTISONA</b>
hidro <b>XIZ</b> ina
<b>IDOPOVID</b> ona
<b>LEVO</b> floxacina
<b>LIDO</b> caína
met <b>AMIZ</b> ol magnésico
met <b>OCLOPRA</b> mida
met <b>RONID</b> azol
<b>MORF</b> ina

<b>OXITETRA</b> clina
pa <b>NTOPRAZ</b> ol
pa <b>RACETAM</b> ol
pa <b>RECOXIB</b>
pi <b>PERA</b> clina +Tazobactam
pi <b>RIDO</b> xina
<b>SALBU</b> tamol
su <b>CRAL</b> fato
sulfa <b>METOX</b> azol +Trimetoprim
sulfato de <b>MAGNÉSIO</b>
tia <b>MINA</b>
tia <b>PRIDA</b>
ti <b>OQUILCOSIDO</b>
t <b>RAMAD</b> ol
<b>VANCO</b> micina

### ÁREA LARANJA

acetil <b>CISTEÍNA</b>
acetil <b>SALICILATO</b> de Lisina
ácido <b>AMINOCA</b> próico
ácido <b>VAL</b> próico
a <b>DENOS</b> ina
a <b>DRENAL</b> ina
<b>ALPR</b> azolam
am <b>INOFIL</b> ina
am <b>IODARON</b> a
am <b>LODIP</b> ina
a <b>MOXI</b> clina +Ácido clavulânico
<b>AMPI</b> clina
a <b>TROP</b> ina
a <b>ZITRO</b> micina
bi <b>CARBO</b> nato de sódio
bi <b>SOPR</b> olol
<b>BROM</b> azepam
<b>CAPTO</b> pril
<b>CARVEDI</b> ol
cef <b>AZOLINA</b>
cef <b>TRIA</b> Xona
<b>CETOROL</b> ac
ci <b>AMEMAZ</b> ina
<b>CIPRO</b> floxacina

<b>CINCHO</b> caína
<b>CIPRO</b> floxacina
<b>CLEMAST</b> ina
<b>CLINDA</b> micina
clo <b>PIDOGREL</b>
clo <b>PROMAZ</b> ina
cloreto de <b>CÁLCIO</b>
cloreto de <b>OBIDOXIMA</b>
cloreto de <b>POTÁSSIO</b>
cloreto de <b>SÓDIO</b>
clo <b>ROPROMAZ</b> ina
<b>COTRIMOX</b> azol
<b>DEXAMETA</b> sona
<b>DI</b> azepam
di <b>CLOFEN</b> ac
di <b>GOX</b> ina
di <b>NITR</b> ato Isossorbido
<b>DOBUT</b> amina
<b>DOP</b> amina
<b>EFEDR</b> ina
e <b>NOXAPA</b> rina sódica
<b>ESMO</b> iol
e <b>SPIRONOLACT</b> ona
<b>ETOMID</b> ato
fe <b>NILEFR</b> ina
fe <b>NITO</b> ína
fi <b>TOMETAD</b> iona
flu <b>CLOXAC</b> ilina
Flu <b>IMUCIL</b>
flu <b>MAZENILO</b>
<b>FUROSE</b> mida
<b>GENTA</b> micina
gluconato de <b>CÁLCIO</b>
glu <b>COSE</b>
<b>HALOPERID</b> ol
h <b>EPAR</b> ina sódica
hidro <b>CORTISONA</b>
hidro <b>XIZ</b> ina
<b>IDOPOVID</b> ona
<b>LABET</b> olol
<b>LEVO</b> floxacina
<b>LIDO</b> caína

par <b>ACETAMol</b>
par <b>ECOXIB</b>
pi <b>PERAcilina</b> +Tazobactam
pi <b>RIDOxina</b>
<b>PROPOFol</b>
<b>SALBUtamol</b>
sulfato de <b>MAGNÉSIO</b>
sulfato de <b>PROTamina</b>
tia <b>MINA</b>
ti <b>OPENTAL</b>
t <b>RAMADol</b>
<b>VANCOMicina</b>

### UNIDADE DE CURTA DURAÇÃO

ácido acetilsalicil <b>ICO</b>
acetil <b>CISTEÍNA</b>
acetil <b>SALICILATO</b> de Lisina
ácido <b>AMINOC</b> próico
ácido <b>TRANEXÂMICO</b>
ácido <b>VAL</b> próico
a <b>DENOS</b> ina
a <b>DRENAL</b> ina
<b>ALPR</b> azolam
am <b>INOFIL</b> ina
am <b>IODARONa</b>
am <b>LODIP</b> ina
a <b>MOXI</b> cilina +Ácido clavulânico
<b>AMPI</b> cilina
a <b>TROP</b> ina
a <b>ZITRO</b> micina
<b>BACITRAC</b> ina
bi <b>CARBO</b> nato de sódio
bi <b>SOPRO</b> lol
<b>BROM</b> azepam
<b>CAPTO</b> pril
<b>CARVEDI</b> lol
cef <b>AZOLINA</b>
cef <b>TRIA</b> Xona
<b>CETEROL</b> ac
<b>CIAMEMAZ</b> ina

clo <b>PIDOGREL</b>
clo <b>PROMAZ</b> ina
cloreto de <b>CÁLCIO</b>
cloreto de <b>OBIDOXIMA</b>
cloreto de <b>POTÁSSIO</b>
cloreto de <b>SÓDIO</b>
<b>DEXAMETA</b> sona
di <b>GO</b> xina
di <b>NITR</b> ato Isossorbido
<b>DOBUT</b> amina
<b>DOP</b> amina
<b>EFEDR</b> ina
e <b>NOXAPAR</b> ina sódica
<b>ESMO</b> lol
<b>ETOMID</b> ato
fe <b>NILEFR</b> ina
fe <b>NITO</b> ína
<b>fitOMETADI</b> ona
flu <b>MAZENILO</b>
<b>FUROSE</b> mida
<b>GENTAM</b> icina
gluconato de <b>CÁLCIO</b>
glu <b>COSE</b>
<b>HALOPERID</b> ol
h <b>EPAR</b> ina sódica
hidro <b>CORTI</b> sona
<b>IODOPOVID</b> ona
<b>LABET</b> olol
<b>LEVO</b> floxacina
<b>LIDO</b> caína
met <b>AMIZ</b> ol magnésico
met <b>ILPREDNISOL</b> ona
met <b>OCLOPR</b> amida
met <b>OPR</b> olol
met <b>RONID</b> azol
<b>NALOX</b> ona
ni <b>FEDIP</b> ina
ni <b>TROGLICER</b> ina
nitro <b>PRUSSIATO</b> de sódio
<b>NOR</b> adrenalina
pa <b>NTOPRA</b> zol

pa <b>RACETAM</b> ol
pi <b>PERAcilina</b> +Tazobactam
pi <b>RIDO</b> xinac
<b>PREDNISOL</b> ona
<b>QUETIAP</b> ina
<b>RISPERID</b> ona
<b>SALBU</b> tamol
su <b>CRAL</b> fato
sulfato de <b>MAGNÉSIO</b>
tia <b>MINA</b>
tia <b>PRIDA</b>
tí <b>OQUILCOSIDO</b>
t <b>RAMAD</b> ol
<b>VANCO</b> micina

### SALA DE REANIMAÇÃO

acetil <b>CISTEÍNA</b>
acetilsalicil <b>ATO</b> de Lisina
ácido acetilsalicil <b>ICO</b>
ácido <b>AMINOC</b> Apróico
ácido <b>TRANEXÂMICO</b>
ácido <b>VAL</b> próico
a <b>DENOS</b> ina
a <b>DRENAL</b> ina
am <b>INOFIL</b> ina
am <b>IODAR</b> ona
a <b>MOXI</b> icilina+ Ácido clavulânico
a <b>MPI</b> icilina
a <b>TROP</b> ina
a <b>ZITRO</b> micina
<b>BACITRAC</b> ina
bi <b>CARBO</b> nato de sódio
<b>CAPTO</b> pril
cef <b>AZOL</b> ina
cef <b>TRIA</b> Xona
<b>CETOROL</b> ac
<b>CIPRO</b> floxacina
<b>CINCHO</b> caína
<b>CLEMAST</b> ina
<b>CLINDA</b> micina

<b>CLEMA</b> Tina
<b>CLINDA</b> micina
clo <b>PIDOGREL</b>
cloreto de <b>POTÁSSIO</b>
cloreto de <b>SÓDIO</b>
clo <b>ROPROMAZ</b> ina
<b>COTRIMOX</b> azol
<b>DI</b> azepam
di <b>CLOFENAC</b>
di <b>GOX</b> ina
di <b>NITR</b> ato Isossorbido
e <b>NOXAPAR</b> ina sódica
e <b>SPIRONOLACT</b> ona
<b>FENITO</b> ína
<b>fitOMETAD</b> Iona
flu <b>CLOXAC</b> ilina
flu <b>CON</b> azol
Flu <b>IMUCIL</b>
flu <b>MAZENILO</b>
<b>FUROSE</b> mida
gluconato de <b>CÁLCIO</b>
glu <b>COSE</b>
<b>HALOPERID</b> ol
h <b>EPAR</b> ina Sódica
hidro <b>CORTISONA</b>
hidro <b>XI</b> zina
<b>LABET</b> olol
<b>LEVO</b> floxacina
<b>LIDO</b> caína
<b>LOPERA</b> mida
<b>LOR</b> azepam
met <b>AMIZ</b> ol magnésico
met <b>ILPREDNISOL</b> ona
met <b>OCLOPRA</b> mida
met <b>OPRO</b> lol
met <b>RONID</b> azol
<b>MID</b> azolam
<b>MORF</b> ina
<b>NALOX</b> ona
ni <b>STAT</b> ina
ni <b>TROGLICE</b> rina
pa <b>NTOPRA</b> zol



LISINOpril
LOPERAmida
LORazepam
metAMIZol magnésico
metILPREDNISOLona
metOCLOPRAmida
metOPROlol
metRONIDazol
MIDazolam
MORFina
NALOXona
niFEDIPina
niSTATina
nitroGLICERina
nitroPRUSSIATO de sódio
NORadrenalina
OXITETRAciclina
paNTOPRAzol
parACETAMol
parECOXIB
piPERAcilina+Tazobactam
piRIDOxina
PREDNISOLona
PROPOFol
QUETIAPina
RISPERIDona
SALBUtamol
suCRALfato
sulfaMETOXazol +Trimetoprim
sulfato de MAGNÉSIO
sulfato de PROTamina
tiaMINA
tiaPRIDA
tioPENTAL
tioQUILCOSIDO
TRAMADol
VANCOmicina


APÊNDICE 3 – ETIQUETAS STOP E DILUIÇÃO OBRIGATÓRIA





**GESTÃO CONFLITOS**

ESTRATÉGIAS DE CRISE  
MEDIAÇÃO  
NEGOCIAÇÃO



1

**OBJETIVOS**

- I. DEFINIR E IDENTIFICAR TIPOS DE CONFLITO
- II. DESENVOLVER TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO
- III. PROMOVER EFICÁCIA COMUNICAÇÃO
- IV. APLICAR TÉCNICAS DE GESTÃO EMOCÕES
- V. GERIR SITUAÇÕES DE CRISE

2

**“A HABILIDADE PARA LIDAR COM AS PESSOAS É UM PRODUTO PELO QUAL SE PAGA COMO PELO AÇÚCAR DO CAFÉ.”**  
JOHN D. ROCKEFELLER



**CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO**

3

**OS CONFLITOS NÃO SÃO ACIDENTAIS**



- divisão do trabalho
- especificidade do trabalho
- consciência da interdependência entre os profissionais
- individuais oriundos de diferenças entre os membros sociais

4

**CARACTERÍSTICAS CONFLITO**

- Conflito Assumido** (reconhecimentos)
- Conflito Omitido** (fazer de conta)
- Conflito Sentido** (não há diálogo/ressentimentos)
- Conflito Generalizado** (envolvimento generalizado)

As pessoas não querem ouvir a sua opinião; elas querem ouvir a opinião delas saindo da sua boca.



5

**CONDIÇÕES DESENCADEANTES**

- Perceção de incompatibilidade de objetivos
- Perceção de oportunidade de interferência

Quando uma das partes se apercebe da existência de uma ou ambas, destas condições, iniciam-se sentimentos e comportamentos de conflito.

6

**TIPOS DE CONFLITO**


- Individuo-indivíduo
- Individuo-função
- Individuo-grupo
- Individuo-organização
- Individuo-ambiente



**CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO**

7

**EVOLUÇÃO CONFLITO**



- **Diálogo** – cordial e racional
- **Debate** – diferenças percebidas irresponsáveis
- **Discussão** – argumentação
- **Disputa** – postura resistente
- **Desavengance** – inflexibilidade
- **Ataque** – objetivo derrotar

- Aprofunda diferença entre indivíduos
- Suscita comportamentos irresponsáveis
- Cria desconfinanças
- Rompe relacionamentos
- Aléa grupos de forma negativa
- Potenciam lideranças autoritárias

8


**STRESS ENFERMEIROS**



- Hospital environment: noise, overcrowding, long hours
- Workload: high patient volume, time pressure
- Lack of resources: staff shortages, equipment issues
- Organizational: poor communication, lack of support
- Professional: ethical dilemmas, responsibility
- Personal: family issues, health problems
- Societal: economic conditions, public expectations

9

## EVOLUÇÃO



Estudos mais recentes apontam que os conflitos devem ser estimulados, pois aumentam a qualidade das decisões e contribuem para o encontrar de soluções que envolvam os vários pontos de vista.

10

Se for resolvido com assertividade, o conflito pode ter consequências positivas. Ser assertivo significa que eu decido por mim próprio e permito que o outro decida por si.

O que significa **expressar vontades, defender as suas opiniões, "dizer não", dar e receber críticas e agradecimentos.**

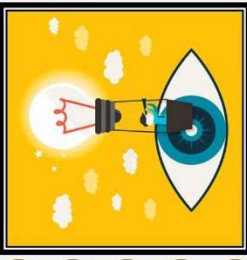

A assertividade engloba também a comunicação não verbal, o tom de voz e a forma como se fala.

11

## O conflito pode ajudar a:

- Fortalecer a relação
- Liberar a relação de mal-entendidos e ressentimentos
- Perceber quais são os problemas prioritários
- Conhecer a outra pessoa
- Conhecer-se a si próprio
- Liberar emoções

12

13

## TEAM WORK



Ao entender diferentes estratégias de resolução de conflitos, você será capaz de ver com mais facilidade as coisas do ponto de vista do outro, motivar os membros da equipe e trabalhar eficazmente situações críticas, antes que as relações ou os cuidados se deteriorem.

14

## MEDIAÇÃO

- A mediação é um processo orientado a conferir às pessoas nele envolvidas a autoria de suas **próprias decisões**, convidando-as à **reflexão** e ampliando alternativas.
- É um processo **não adversarial**, dirigido à desconstrução das impasses que imobilizam a negociação, transformando um **conflito de interesses** em **contexto colaborativo**.
- É **voluntário**, podendo existir uma terceira pessoa, imparcial, facilitadora da negociação entre duas ou mais partes.

15

## COMUNICAÇÃO

### PROCESSO DE MEDIAÇÃO

A **comunicação interpessoal** é frequentemente marcada por uma **espiral comportamento-experiência**.

O **comportamento do indivíduo** é o resultado da sua **experiência interna**, isto é, a realidade como o sujeito a vive e sente.

A **comunicação verbal** consiste em **palavras, inflexões de voz e ritmo do discurso**, enquanto, a **não verbal** é transmitida pelas **expressões do olhar e facial**, assim como da **linguagem corporal**.

16

"Tente honestamente ver as coisas do ponto de vista da outra pessoa."

DALE CARNEGIE

Das e de fora  
 o melhor primeiro  
 de tudo o que  
 se pode controlar  
 a natureza de Sidi-Elmehdy

## FUNÇÕES COMUNICAÇÃO

- Emocional
- Motivacional
- Informacional
- Controlo

17

## COMUNICAÇÃO

É um processo complexo de interação simbólica que implica emissão e receção de mensagens e que só tem significado quando as pessoas compreendem a **mensagem comunicativa**.

O **comportamento** é o resultado do **comportamento** de uma pessoa.

EXISTE INTERDEPENDÊNCIA COMUNICATIVA



18

### FATORES QUE PODEM INTERFERIR NA CORRETA COMPRENSÃO DA MENSAGEM

**Problemas Semânticos**  
**Perceção do Outro**  
**Distrações**  
**Estado**  
**Feedback Ausente**

19

### NÃO É POSSÍVEL NÃO COMUNICAR

### UM INDIVÍDUO NÃO TEM FORMA DE NÃO SE COMPORTAR

O PRÓPRIO SILÊNCIO TRANSMITE AO OUTRO INFORMAÇÕES

20

É imprescindível que a comunicação seja:

Ordenada.  
 Escrita em comunidade e integrada.  
 Favoreça a resolução de problemas.  
 Estabeleça a relação entre as pessoas!

"Gostaria que você não me falasse com o seu filho, mas sim com o meu."

21

### GUIÃO DA DISCUSSÃO

22

### PENSA, REFLETE E TRANSFORMA

1. DIFINE CLARAMENTE O ASSUNTO
2. REVELA
  - "Eu sinto que..."
  - "Eu penso que..."
3. ASSEGURA-TE QUE FOSTE COMPREENDIDO
  - "Podes explicar-me aquilo que eu disse?"
  - "Podes reformular aquilo que eu disse?"
4. OUIVE O OUTRO
  - Não interrompas o outro enquanto ele estiver a falar.
5. ASSIGURA-TE QUE COMPREENDESTE O OUTRO
  - "Podes explicar-me aquilo que eu disse?"
6. SOLUCIONA
  - Propõe as soluções.

Debatê, refletir e criar também sugira soluções

23

### FINALMENTE

- ✓ Faz uma proposta ganha-ganha e verifica se de que todos são ouvidos e respeitados.
- ✓ Podem concordar em discordar.
- ✓ Podem combinar uma próxima altura para tentarem novamente resolver o conflito.

24

### OU SEJA...

25

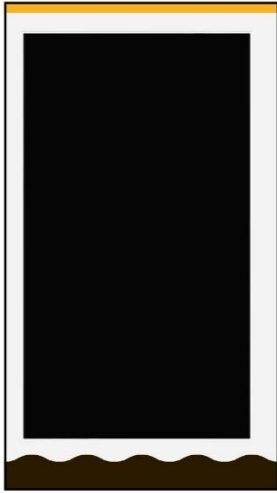
- DESCREVE O PROBLEMA
- DESCREVE O QUE SENTES E PENSAS
- QUESTIONA O QUE O OUTRO PENSA
- DESCREVE O QUE OUVISTE
- PROPÕE AS SOLUÇÕES
- DEIXA QUE O OUTRO TAMBÉM SUGIRA SOLUÇÕES

26

### RESOLUÇÃO

PREPARAÇÃO • EQUILÍBRIO • CONCLUSÃO

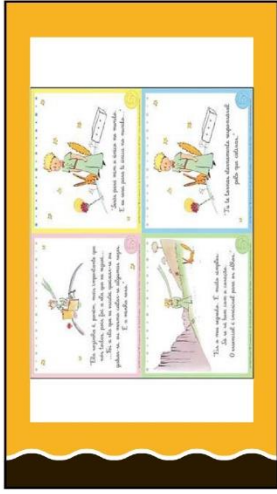
27



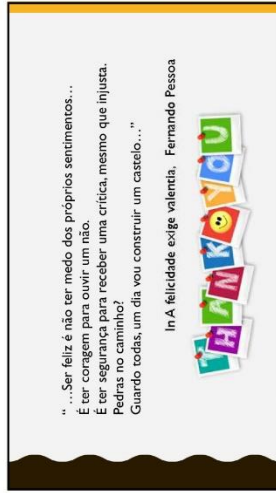
28



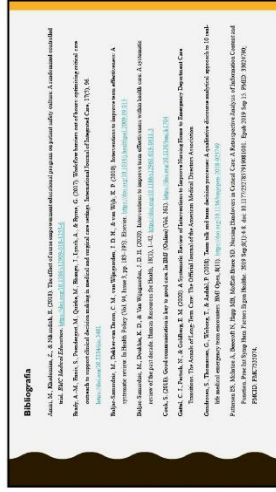
29



30




31



32

APÊNDICE 5 – GRELHAS ISBAR CHVNG

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM**



1

<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções- Resultados-Recomendações	<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções- Resultados-Recomendações
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

ÁREA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_



**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM**

<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções -Resultados-Recomendações	<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções -Resultados-Recomendações
11			16		
12			17		
13			18		
14			19		
15			20		

ÁREA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM**

BOX	IS Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	BAR Antecedentes- Intervenções - Resultados- Recomendações	BOX	IS Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	BAR Antecedentes- Intervenções - Resultados- Recomendações
21			26		
22			27		
23			28		
24			29		
25			30		

ÁREA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM**

<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções - Resultados-Recomendações	<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções - Resultados-Recomendações
31					
32					
33					
34					
35					

ÁREA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM**

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

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

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM - CIRURGIA**

<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções -Resultados-Recomendações	<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções -Resultados-Recomendações
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5					
6					

ÁREA: CIRURGIA      DATA \_\_\_\_\_      TURNO \_\_\_\_\_

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM**

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

<b>Mnemónica ISBAR</b>	
<b>I</b>	
<b>Identificação</b>	<p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>
<b>S</b>	
<b>Situação Atual/Causa</b>	<p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>
<b>B</b>	
<b>Antecedentes/ Anamnese</b>	<p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivos antecipadas de vontade</p>
<b>A</b>	
<b>Avaliação</b>	<p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>
<b>R</b>	
<b>Recomendações</b>	<p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>

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

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

- a) Antecedentes clínicos;
- b) Níveis de dependência;
- c) Diretivas antecipadas de vontade;
- d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;
- e) Hábitos relevantes;
- f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;
- g) Técnicas invasivas realizadas;
- h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;
- i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

- a) Problemas ativos;
- b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;
- c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.

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

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM – ÁREA LARANJA**

<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes-Intervenções-Resultados-Recomendações	<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes-Intervenções-Resultados-Recomendações
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

ÁREA: ÁREA LARANJA      DATA \_\_\_\_\_      TURNO \_\_\_\_\_

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM – ÁREA LARANJA**

<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções- Resultados- Recomendações	<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes- Intervenções- Resultados- Recomendações
11			16		
12			17		
13			18		
14			19		
15			20		

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM – ÁREA LARANJA**

<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes-Intervenções-Resultados-Recomendações	<b>BOX</b>	<b>IS</b> Etiqueta Identificação-Familiar/Cuidador-Diagnóstico-MCDT	<b>BAR</b> Antecedentes-Intervenções-Resultados-Recomendações
21			26		
22					
23					
24					
25					

ÁREA: ÁREA LARANJA      DATA \_\_\_\_\_      TURNO \_\_\_\_\_



**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM**  
 Figura 1 – Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017)

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



SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM- SALA REANIMAÇÃO

BOX	IS (Identificação, Situação)	BAR (Histórico; Avaliação; Recomendação)
1	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES:
2	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES:
3	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES:
4	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES: A B C D E  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES:

ÁREA: SALA REANIMAÇÃO DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_



**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM- SALA REANIMAÇÃO**  
 Figura 1 - Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017)

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

A	AIRWAY
B	BREATHING
C	CIRCULATION
D	DISABILITY
E	EXPOSURE

ÁREA: SALA REANIMAÇÃO      DATA \_\_\_\_\_      TURNO \_\_\_\_\_





SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM - UNIDADE DE CURTA DURAÇÃO

BOX	IS (Identificação; Situação)	BAR (Histórico; Avaliação; Recomendação)
1	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:  ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:  ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
2	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:  ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
3	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:  ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
4	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:  ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
5	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:  ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:



ÁREA: UCD DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

**SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM – UNIDADE DE CURTA DURAÇÃO**

<b>BOX</b>	<b>IS (Identificação, Situação)</b>	<b>BAR (Histórico; Avaliação; Recomendação)</b>
<b>6</b>	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES:  INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
<b>7</b>	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES:  INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
<b>8</b>	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES:  INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
<b>9</b>	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES:  INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:
<b>10</b>	ID:  CONTACTOS:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES:  INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: DIETA:

ÁREA: UCD DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_



SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM - UNIDADE DE CURTA DURAÇÃO

BOX	IS (Identificação; Situação)	BAR (Histórico; Avaliação; Recomendação)
11	ID:  CONTACTOS: ID:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	ANTECEDENTES: INTERVENÇÕES:  RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: DIETA:  INTERVENÇÕES:
12	CONTACTOS: ID:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: DIETA:  INTERVENÇÕES:
13	CONTACTOS: ID:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: DIETA:  INTERVENÇÕES:
14	CONTACTOS: ID:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: DIETA:  INTERVENÇÕES:
	CONTACTOS: ID:  DIAGNÓSTICO: MCDT:	RESULTADOS: RECOMENDAÇÕES: ANTECEDENTES: DIETA:  INTERVENÇÕES:

ÁREA: UCD DATA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_



SERVIÇO URGÊNCIA – EQUIPA DE ENFERMAGEM - UNIDADE DE CURTA DURAÇÃO

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

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



## Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados

Pensa, Fala e Escreve com

# ISBAR

### **I**dentificação

Identifica-te e identifica o doente e família ao grupo!

### **S**ituação

O que se passa? Qual a preocupação maior?

### **B**ackground/Histórico

O que sabes acerca do passado do cliente?

### **A**valiação

Que dados tens no presente (condição, riscos e necessidades)?

Quais as intervenções realizadas e que resultados foram obtidos?

### **R**ecomendações

Quais os focos de atenção?

Que evolução se espera?

O que não esquecer?  
O que não esquecer?





# ISBAR

## APLICAÇÃO NORMA 001 / 2017 DGS

Projeto de Intervenção em Serviço  
  
UCIC - CHTV



março, 2021

## OBJETIVO GERAL

❖ Uniformizar a comunicação e promover a segurança do doente na transição de cuidados do serviço de unidade de cuidados intensivos coronários do CHTV, recorrendo à metodologia ISBAR.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Diminuir possíveis erros e lacunas na comunicação, assim como perdas de informação importantes na transmissão de informação nas passagens de turno;
- II. Promover uma comunicação eficaz, capacitando para a gestão de intervenções de Enfermagem capacitadas para a diminuição de erros e garantia de qualidade dos cuidados.

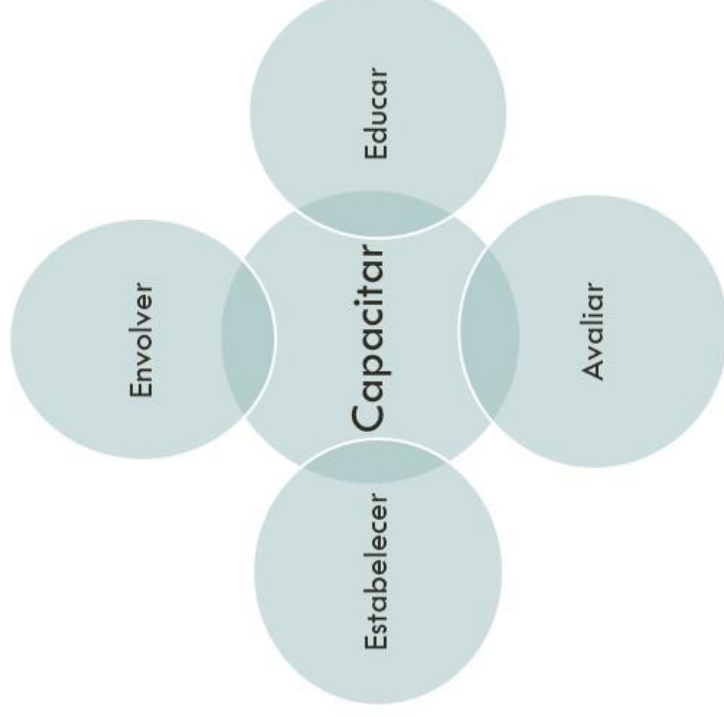
# THE ROLE OF THE NURSE SCIENTIST AS A KNOWLEDGE BROKER

- ❖ A base de evidências é esparsa, dificultando o desenvolvimento de intervenções eficazes.
- ❖ Sintetizar dados sobre os fundamentos da assistência de Enfermagem é emergente.

(Pentecost, et al., 2020, p.1858-1882)

- ❖ O papel da investigação em Enfermagem tem sido cada vez mais reconhecido em todo o mundo como a chave para traduzir a ciência em prática e política baseada em evidência e em qualidade de cuidados.

(Thompson & Schwartz Barcott, 2019, p.26-39)



# MESH TERMS — CONSTRUÇÃO BOLEANA

(((((Treatment Outcome) AND (Evidence-Based Practice)) AND (Nursing)) OR (Nurse's Role) AND (Emergency Communication Tools))))))

Fatores que potencializam a resposta da avaliação do Enfermeiro devem merecer atenção especial nos serviços de saúde

(Kurniawan & Hariyati, 2019, p. 459—463)

A introdução de práticas novas ou ajustadas exigiu planejamento e suporte para se adequar aos procedimentos existentes

(Pentecost, et al., 2020, p.1858-1882)

O Enfermeiro permite operacionalizar intervenções com benefícios na operacionalização de cuidados emergentes, na qualidade do atendimento e numa correta gestão de recursos

(Galiana-Camacho et al, 2018, p.)

Os Enfermeiros enfrentam desafios ao usar registros informáticos para traduzir as intervenções de saúde. Recomendações clínicas, para adaptação do design e administrativas, foram identificadas para superar os desafios do uso do registo clínico

(Ozkaynak et al, 2017, p. 465-472)

- ✓ O **raciocínio clínico** é o processo cognitivo que os Enfermeiros usam para reunir e incorporar informações em um banco maior de conhecimento pessoal.
- ✓ Essas informações incorporadas **orientam as ações terapêuticas e ajudam a determinar o atendimento** ao cliente.
- ✓ As **falhas** no processo de intervenção levam a uma tomada de decisão clínica **inadequada**, ações inadequadas ou inação.

(Holder, 2018)

No doente crítico a transmissão de informação, quando bem coordenada, potencia cuidados de enfermagem mais satisfatórios para o cliente e para os serviços de saúde.

Envolvendo interações frequentes e pessoais, acompanhamento contínuo com monitorização da evolução clínica, e envolvendo cuidados de transição, propiciando a aplicação de dinâmicas de mudança de comportamento.

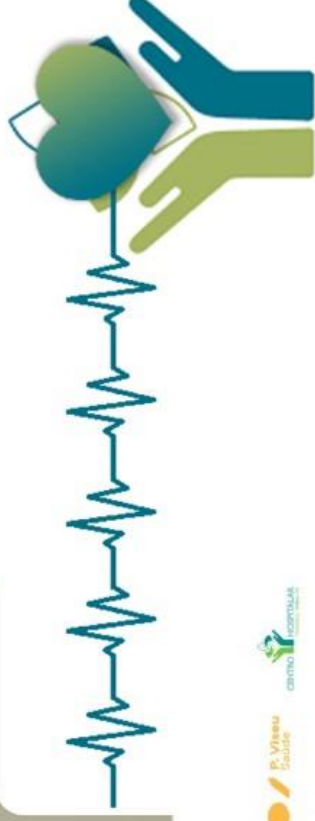
(Conway, O'Donnell, & Yates, 2019, p. 263–296)

# UCIC

EVOLUÇÃO CLÍNICA DO DOENTE  
VERSUS  
RESPONSABILIZAÇÃO ENFERMAGEM

# ISBAR

## EFICÁCIA? DINAMISMO?

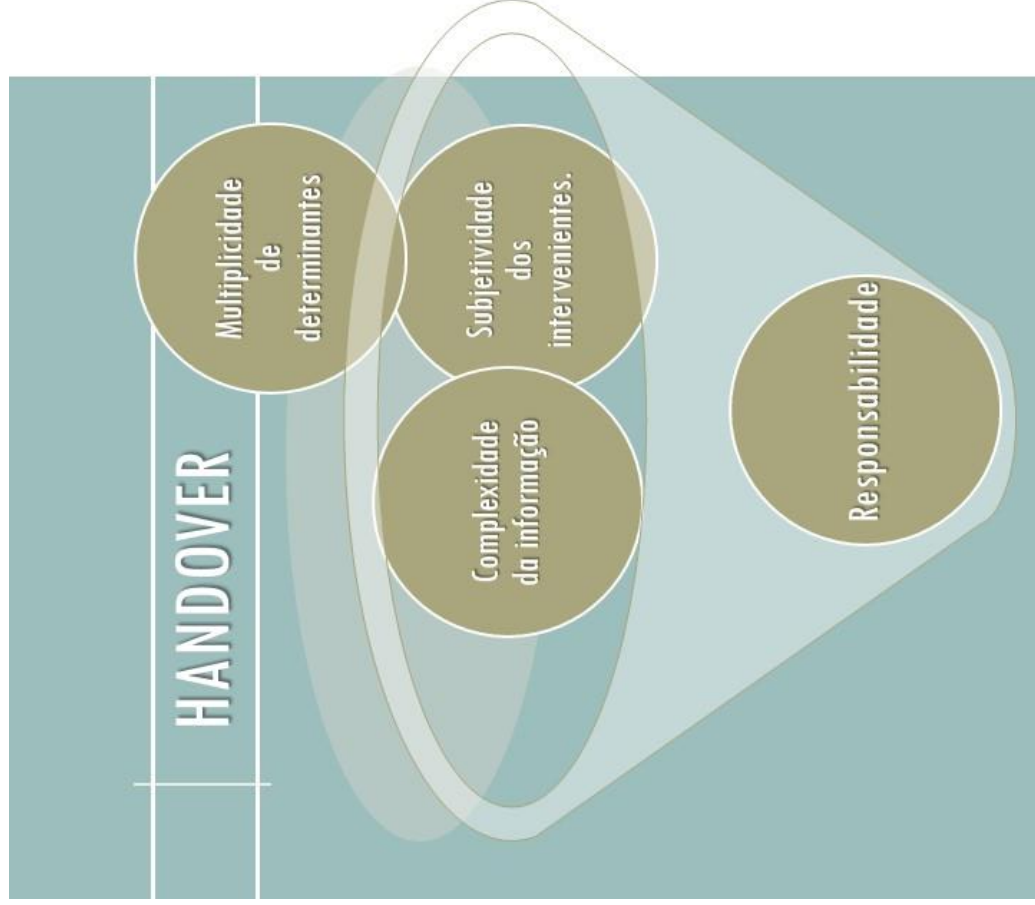


**Falhas de comunicação** são dos incidentes mais citados na literatura, sendo responsáveis por cerca de 60% a 70% dos eventos adversos que ocorrem durante o processo de transferência (Silva, Anders, Rocha, Souza, & Burciaga, 2016, p. 1-7).

**A padronização da informação** através da mobilização de checklists/mnemônicas pode ser uma mais-valia para a manutenção da segurança e continuidade de cuidados então. Vários estudos corroboram esse facto (Hannaford et al., 2013 49–56; Wright, 2013, p.256; Moore, Roberts, Newbury, & Crossley, 2017, p. 1-10; Ferrara, Terzoni, Davi, Bisesti, & Destrebecq, 2017, p. 882-887), sendo que é descrito que uma transferência padronizada se inicia com profissionais habilitados a usar uma ferramenta oral e/ou escrita (Criscitelli, 2013, p. 584–586; Silva et al, 2016, p. 7-9).

# ISBAR

## HANDOVER



**INCERTEZA**

**EXPECTATIVAS  
GESTÃO DO ERRO**

# METODOLOGIAS

Estudo Exploratório PBE



ISBAR



ED-PASS

ISBAR-IP

IPASS

# | ISBAR

IDENTIFICATION  
SITUATION  
BACKGROUND  
ASSESSMENT  
RECOMENDATION



Benefits of ISBAR	Challenges of ISBAR
<ul style="list-style-type: none"><li>• Handover occurring with complete information, reducing missed information and duplication of information</li><li>• Reduced length of handover</li><li>• Focused, brief – but clear - approach to communication in the clinical setting</li><li>• Provides confidence to both parties, with clear recommendations in a professional manner</li><li>• Focuses on the problem, not those involved in the communication interaction</li><li>• Also useful in written documentation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Summarising complex cases can be difficult for junior staff</li><li>• The person making the referral may be asked to repeat information and may not get the help expected</li><li>• The person receiving the referral may interrupt and make assumptions about the capability of the person making the referral</li><li>• All required documentation must be updated and completed (eg. discharge summary, referrals).</li></ul>

Fonte: Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. et al. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Med Educ* 20, 459 (2020).  
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>

A preparação do meio de comunicação é vital;

Ter questões ou linhas de orientação escrita, são cruciais;

É importante reunir toda a informação relevante;

Tome notas e registre qualquer instrução;

Quando todos os intervenientes têm conhecimento e habilidades no uso desta metodologia a sua eficácia aumenta.

A transferência de informação deve incluir a transferência da responsabilidade pelo atendimento e a manutenção da confidencialidade das informações



## PONTOS CHAVE

# ISBAR



---

## Identificação

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

---

## Situação atual

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

---

## Antecedentes

Descrição de factos clínicos, diretivas antecipadas de vontade;

---

## Avaliação

Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

---

## Recomendações

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



(DGS, 2017, p. 4)

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

# MODELO EXPLICATIVO ISBAR

(DGS, 2017)



### DENTIFICAÇÃO

Identifica-te e identifica o doente e família ao grupo!

### ITUACÃO

O que se passa? Qual a preocupação maior?

### ACKGROUND/HISTÓRICO

O que sabes acerca do passado do cliente?

### VALIAÇÃO

Que dados tens no presente (condição, riscos e necessidades)?

Quais as intervenções realizadas e que resultados foram obtidos?

### EGOMENDAÇÕES

Quais os focos de atenção?

Que evolução se espera?

O que não esquecer?  
O que não esquecer?

# INFORMAÇÃO RELEVANTE

- ✓ RECURSOS
- ✓ CONFIDENCIALIDADE
- ✓ TRATAMENTO DADOS
- ✓ CONFLITO DE INTERESSES

SUCESSO

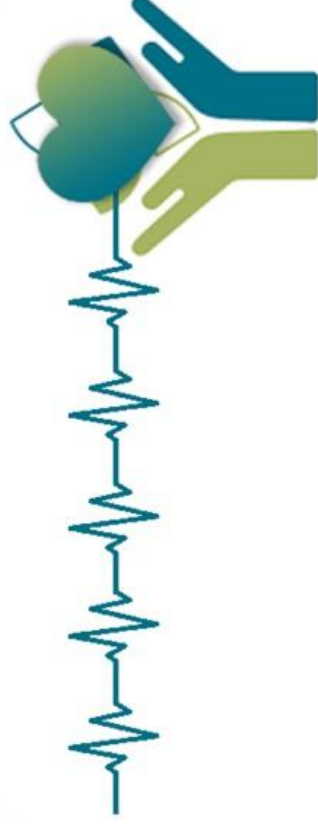




# ISBAR

*“...and he will manage the cure best who has foreseen what is to happen from the present state of matters...”*

(Hipócrates)



# Obrigada

Luis Reis, Aluno ESSV  
Joana Fontes, Aluno 6118 ESSV  
Mónica, Aluna ESSV



P. Visou  
Saúde

# BIBLIOGRAFIA

- Abraham, J., Almoosa, K., Kannampallil, T., Patel, B., & Patel, V. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *Journal of Critical Care, 29*(2), 1–7.
- Brady, A.-M., Ennis, S., Prendergast, M., Quirke, M., Bhangu, J., Lynch, A., & Byrne, G. (2017). Workflow barriers out Abraham, J., Almoosa, K., Kannampallil, T., Patel, B., & Patel, V. (2014). Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *Journal of Critical Care, 29*(2), 1–7.
- Breen, D., O'Brien, S., McCarthy, N., Gallagher, A., & Walshe, N. (2019). Effect of a proficiency-based progression simulation programme on clinical communication for the deteriorating patient: A randomised controlled trial. *BMJ Open, 9*(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025992>
- Brindley, P. G., & Reynolds, S. F. (2011). *Improving verbal communication in critical care medicine* ☆. <https://doi.org/10.1016/j.icrc.2011.03.004>
- Bucknall, T. K., Harvey, G., Considine, J., Mitchell, I., Rycroft-Malone, J., Graham, I. D., Mohebbi, M., Watts, J., & Hutchinson, A. M. (2017). Prioritising Responses Of Nurses To deteriorating patient Observations (PRONTO) protocol: Testing the effectiveness of a facilitation intervention in a pragmatic, cluster-randomised trial with an embedded process evaluation and cost analysis. *Implementation Science, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0617-5>
- Buljac-Samarđić, M., Doekhie, K. D., & Van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health, 18*(1), 1–42. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Conway, A., O'Donnell, C., & Yates, P. (2019). The Effectiveness of the Nurse Care Coordinator Role on Patient-Reported and Health Service Outcomes: A Systematic Review. *Evaluation & the health professions, 42*(3), 263–296. <https://doi.org/10.1177/016327817734610>
- Chambers, K. (2017). Improved Accuracy and Quality of information During Emergency Department Care Transitions. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Care With Population Health, 18*(3), 459-465
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Boulder: Aspen Publications
- Clayton, M. F., Dingley, C., & Donaldson, G. (2017). The Integration of Emotional, Physiologic, and Communication Responses to Medical Oncology Surveillance Appointments During Breast Cancer Survivorship. *Cancer nursing, 40*(2), 124–134. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000875>
- Cook, S. (2018). Good communication is key to good care. In *BMJ* (Online) (Vol. 361). <https://doi.org/10.1136/bmj.k1704>
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde

- Ferrara, P., Terzoni, S., Davi, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). A toll for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.nurses.2016.11.007>
- Gettel, C. J., Pertsch, N., & Goldberg, E. M. (2020). A Systematic Review of Interventions to Improve Nursing Home to Emergency Department Care Transitions. *The Annals of Long-Term Care: The Official Journal of the American Medical Directors Association*.
- González-Méndez, M. I., López-Rodríguez, L. (2017). Safety and quality in critical patient care. *Enfermería Clínica*. Mar-Apr;27(2): 113-117. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.02.006. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28274547
- Holder A. G. (2018). *Clinical Reasoning- A State of the Science Report*. International Journal of nursing education scholarship. 15(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2016-0024>
- Gundrosen, S., Thomassen, G., Wisborg, T., & Aadahl, P. (2018). Team talk and team decision processes: A qualitative discourse analytical approach to 10 real-life medical emergency team encounters. *British Medical Journal Open*, 8(11)
- Handberg, C. Voss AK. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal Clinical Nurse*. Jan;27 (1);102-114. doi: 10.1111/jocn.13851. Epub 2017 Jun 20. PMID: 28401613
- Hammerstad, G. T., Andenås, E., Gundrosen, S., & Sarangi, S. (2016). Discourse types and (re)distribution of responsibility in simulated emergency team encounters. *Communication and Medicine*, 13(1), 51–70. <https://doi.org/10.1558/cam.32148>
- Hannaford, N., Ronciman, W., Schultz, T., & Thomas, M. (2013). Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *Journal for Healthcare Quality*, 35(3), 49–56.
- Johansen, M. & O'Brien, J. (2016). Decision making in nursing practice: a concept analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 40-48. DOI: 10.1111/nur.12119
- Mardani, A., Griffiths, P., & Vaismoradi, M. (2020). The Role of the Nurse in the Management of Medicines During Transitional Care- A Systematic Review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 13, 1347–1361. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S276061>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hartz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(8). doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202
- Newton A., Anne Lewellyn A., Hayes S. (2019). *The Care Process: Assessment, planning, implementation and evaluation in healthcare*. Lantern Publishing: 1-374.
- Padgett, T. (2018). Improving Nurses' Communication During Patient Transfer: A Pilot Study. *The Journal Of Continuing Education In Nursing*, 49 (8), 378-384. doi: 10.3928/00220124-20180718-09
- Patterson, E. S., McIntire, A., Beercraft, N., Hopp, M. B., & Moffatt-Bruce, S. D. (2019). Nursing Handovers in Critical Care: A Retrospective Analysis of Information Content and Function. *Proceedings of the International Symposium of Human Factors and Ergonomics in Healthcare*, 8(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/2327857919081001>
- Patricia A. Grady, P. R. F., & Ada Sue Hinshaw, P. R. F. (2017). *Using Nursing Research to Shape Health Policy*. Springer Publishing Company.
- Ozkaynak, Mustafa PhD; Reeder, Blaine PhD; Hoffecker, Lillian PhD, MLS; Makic, Mary Beth PhD, RN, CNS, FAAN; Sousa, Karen PhD, RN, FAAN Use of Electronic Health Records by Nurses for Symptom Management in Inpatient Settings. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. September 2017 - Volume 35 - Issue 9 - p 465-472 doi: 10.1097/CIN.00000000000000329
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Reflexões - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa (PT). Ordem dos Enfermeiros

- Pentecost, C., Frost, J., Sugg, H., Hilli, A., Goodwin, V. A., & Richards, D. A. (2020). Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: A systematic review and qualitative synthesis. *Journal of clinical nursing*, 29(11-12), 1858–1882. <https://doi.org/10.1111/jocn.15082>
- Pun, J. K. H., Mathiesen, C. M. I. M., Murray, K. A., & Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12245-015-0095-y>
- Primmer, D., Johnson, M., Guthmiller, M., Lehman, J., Ernste, V., & Rhudy, L. (2017). Surveillance: Dimensions Of Critical Care Nursing, 36 (1), 45-52. doi: 10.1097/dcc.0000000000000217
- Rabøl, L. I., Andersen, M. L., Østergaard, D., Bjørn, B., Lijia, B., & Mogensén, T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Quality and Safety*, 20(3), 268–274. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2010.040238>
- Recio-Saucedo, A., Dall'Orta, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 27, Issues 11–12, pp. 2248–2259). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Risk, J., Mohammadi, L., Rhee, J., Walters, L., & Ward, P. R. (2019). Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: A systematic review and critical interpretive synthesis. In *BMJ Open* (Vol. 9, Issue 9). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-020225>
- Roze des Ordons AL, Doig CJ, Couillard P, Lord J. From Communication Skills to Skillful Communication: A Longitudinal Integrated Curriculum for Critical Care Medicine fellows. *Acad Med*. 2017 Apr;92(4):501-505. doi:10.1097/ACM.0000000000001420. PMID: 28351063.
- Rouse, R. A. (2009). Ineffective participation: Reactions to absentee and incompetent nurse leadership in an intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 463–473. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00981.x>
- Stantou, D., Laliotis, A., Sifaki, P., Pistolla, D., Maralitiakakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>
- Sousa, A. (2013). A Segurança do Paciente - Contributo da Comunicação na Passagem de Turno para a Qualidade dos Cuidados. (Tese de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaop.pt/bitstream/10400.26157571/1/Dissertação Científica>








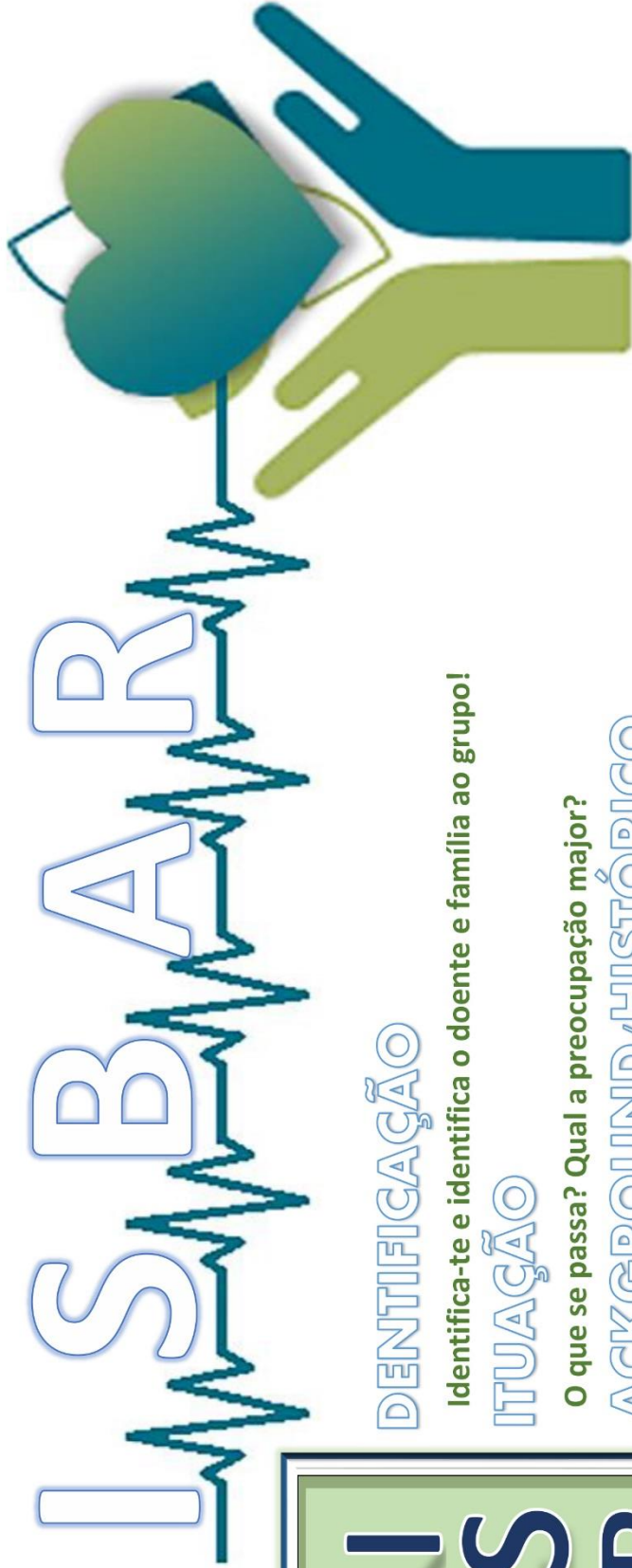


CAMA		AVALIAÇÃO		RECOMENDAÇÃO																
<b>NOME:</b> <b>ELO LIGAÇÃO:</b> <b>HISTÓRIA SOCIAL:</b> NECESSIDADE DE APOIO SOCIAL <input type="checkbox"/> COMPROMISSO TERAPEUTICO <input type="checkbox"/>	<b>IDADE:</b> <b>CONTACTO:</b> <b>INÍCIO:</b> / / : : <b>UCIC:</b> / / : : <b>SERVIÇO ORIGEM</b> <b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b> <b>EVOLUÇÃO ATÉ À DATA:</b>	<table border="1"><tr><td>HTA</td><td>DMI - II</td><td>DISLIPIDEMIA</td><td>ARRITMIA</td></tr><tr><td>IC</td><td>ANGINA E-I</td><td>EAM</td><td>PACE - CDI</td></tr><tr><td>HIPOCOAGULAÇÃO</td><td>DÇ RENAL</td><td>DÇ NEUROLÓGICA</td><td>DEPENDÊNCIA AVD</td></tr><tr><td>DPOC</td><td>ASMA</td><td>IMUNOSSUPRESSÃO</td><td>DÇ ONCOLÓGICA</td></tr></table> <b>TESTE SARS-COV 2 +/-</b> <b>TESTE</b> / / : : <b>ALERGIAS:</b> <b>HÁBITOS:</b> <b>CUIDADOR:</b> DÉFICE CONHECIMENTO: S/N DÉFICE CAPACIDADE: S/N	HTA	DMI - II	DISLIPIDEMIA	ARRITMIA	IC	ANGINA E-I	EAM	PACE - CDI	HIPOCOAGULAÇÃO	DÇ RENAL	DÇ NEUROLÓGICA	DEPENDÊNCIA AVD	DPOC	ASMA	IMUNOSSUPRESSÃO	DÇ ONCOLÓGICA	<b>GLASGOW</b> <b>SPO2</b> <b>FIO2</b> <b>FC</b> bpm R/l <b>RITMO</b> <b>TA</b> / / mmHg <b>CVP</b> / / (P) <b>CVC</b> (C) <b>LA</b> (A) <b>PENSOS</b> <b>ELIMINAÇÃO URINÁRIA</b> ESPONTÂNEA Sonda Vesical Nº SUBSTITUIR / / <b>ÚLTIMA DEJEIÇÃO</b> / / : : <b>DIURESE:</b> ml <b>PESO:</b> Kg <b>TEMPERATURA CORPORAL</b> : : <b>DIETA</b> NORMAL <input type="checkbox"/> MOLE <input type="checkbox"/> LÍQUIDA <input type="checkbox"/> JEIUM <input type="checkbox"/> <b>TOLERÂNCIA:</b> + / - <b>GLICEMIA</b> <b>LEVANTE:</b> / / : : <b>MCDT</b> <b>TURNO:</b> : : <b>PACE</b> : : <b>CATETERISMO</b> : : <b>DISP</b> <b>CONTROLE HEMORRÁGICO (S)</b> <b>STOP</b> : : <b>PENSO:</b> / / : : <b>COMPLICAÇÃO:</b> S/N <b>DOR (NRS)</b> <b>MEDICAÇÃO</b> <b>PERFUSÕES</b> / / : : ml/h; / / : : ml/h; <b>OUTRAS INTERVENÇÕES</b> <b>EFEITO</b> + / - <b>RISCO QUEDA</b> A/M/B <b>ESCALA BRADEN</b> / /	<b>ESPÓLIO</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO ESQUECER</b>
HTA	DMI - II	DISLIPIDEMIA	ARRITMIA																	
IC	ANGINA E-I	EAM	PACE - CDI																	
HIPOCOAGULAÇÃO	DÇ RENAL	DÇ NEUROLÓGICA	DEPENDÊNCIA AVD																	
DPOC	ASMA	IMUNOSSUPRESSÃO	DÇ ONCOLÓGICA																	
<b>CAMA</b>		<b>AVALIAÇÃO</b>		<b>RECOMENDAÇÃO</b>																
<b>NOME:</b> <b>ELO LIGAÇÃO:</b> <b>HISTÓRIA SOCIAL:</b> NECESSIDADE DE APOIO SOCIAL <input type="checkbox"/> COMPROMISSO TERAPEUTICO <input type="checkbox"/>	<b>IDADE:</b> <b>CONTACTO:</b> <b>INÍCIO:</b> / / : : <b>UCIC:</b> / / : : <b>SERVIÇO ORIGEM</b> <b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b> <b>EVOLUÇÃO ATÉ À DATA:</b>	<table border="1"><tr><td>HTA</td><td>DMI - II</td><td>DISLIPIDEMIA</td><td>ARRITMIA</td></tr><tr><td>IC</td><td>ANGINA E-I</td><td>EAM</td><td>PACE - CDI</td></tr><tr><td>HIPOCOAGULAÇÃO</td><td>DÇ RENAL</td><td>DÇ NEUROLÓGICA</td><td>DEPENDÊNCIA AVD</td></tr><tr><td>DPOC</td><td>ASMA</td><td>IMUNOSSUPRESSÃO</td><td>DÇ ONCOLÓGICA</td></tr></table> <b>TESTE SARS-COV 2 +/-</b> <b>TESTE</b> / / : : <b>ALERGIAS:</b> <b>HÁBITOS:</b> <b>CUIDADOR:</b> DÉFICE CONHECIMENTO: S/N DÉFICE CAPACIDADE: S/N	HTA	DMI - II	DISLIPIDEMIA	ARRITMIA	IC	ANGINA E-I	EAM	PACE - CDI	HIPOCOAGULAÇÃO	DÇ RENAL	DÇ NEUROLÓGICA	DEPENDÊNCIA AVD	DPOC	ASMA	IMUNOSSUPRESSÃO	DÇ ONCOLÓGICA	<b>GLASGOW</b> <b>SPO2</b> <b>FIO2</b> <b>FC</b> bpm R/l <b>RITMO</b> <b>TA</b> / / mmHg <b>CVP</b> / / (P) <b>CVC</b> (C) <b>LA</b> (A) <b>PENSOS</b> <b>ELIMINAÇÃO URINÁRIA</b> ESPONTÂNEA Sonda Vesical Nº SUBSTITUIR / / <b>ÚLTIMA DEJEIÇÃO</b> / / : : <b>DIURESE:</b> ml <b>PESO:</b> Kg <b>TEMPERATURA CORPORAL</b> : : <b>DIETA</b> NORMAL <input type="checkbox"/> MOLE <input type="checkbox"/> LÍQUIDA <input type="checkbox"/> JEIUM <input type="checkbox"/> <b>TOLERÂNCIA:</b> + / - <b>GLICEMIA</b> <b>LEVANTE:</b> / / : : <b>MCDT</b> <b>TURNO:</b> : : <b>PACE</b> : : <b>CATETERISMO</b> : : <b>DISP</b> <b>CONTROLE HEMORRÁGICO (S)</b> <b>STOP</b> : : <b>PENSO:</b> / / : : <b>COMPLICAÇÃO:</b> S/N <b>DOR (NRS)</b> <b>MEDICAÇÃO</b> <b>PERFUSÕES</b> / / : : ml/h; / / : : ml/h; <b>OUTRAS INTERVENÇÕES</b> <b>EFEITO</b> + / - <b>RISCO QUEDA</b> A/M/B <b>ESCALA BRADEN</b> / /	<b>ESPÓLIO</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO ESQUECER</b>
HTA	DMI - II	DISLIPIDEMIA	ARRITMIA																	
IC	ANGINA E-I	EAM	PACE - CDI																	
HIPOCOAGULAÇÃO	DÇ RENAL	DÇ NEUROLÓGICA	DEPENDÊNCIA AVD																	
DPOC	ASMA	IMUNOSSUPRESSÃO	DÇ ONCOLÓGICA																	



CAMA	IDENTIFICAÇÃO	SITUAÇÃO	BACKGROUND	AValiação	RECOMENDAÇÕES
<p><b>NOME:</b> _____</p> <p><b>IDADE:</b> _____</p> <p><b>HISTÓRIA SOCIAL</b></p> <p><b>ELO LIGAÇÃO:</b> _____</p> <p><b>CONTACTO:</b> _____</p> <p>INSALUBRIDADE HABITAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>COMPROMISSO TERAPEUTICO <input type="checkbox"/></p> <p><b>DÉFICE CONHECIMENTO</b></p> <p>PRÓPRIO <input type="checkbox"/> CUIDADOR <input type="checkbox"/></p> <p><b>DÉFICE CAPACIDADE</b></p> <p>PRÓPRIO <input type="checkbox"/> CUIDADOR <input type="checkbox"/></p>	<p><b>QUEIXA</b></p> <p><b>INÍCIO:</b> ____/____/____ : ____</p> <p>TRANSPORTE INTERHOSPITALAR <input type="checkbox"/></p> <p><b>SERVIÇO ORIGEM</b></p> <p>_____</p> <p><b>UCIC:</b> ____/____/____ : ____</p> <p><b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b></p> <p>_____</p> <p><b>EVOLUÇÃO ATÉ A DATA:</b></p> <p>_____</p>	<p>DM/II <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/></p> <p>DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/></p> <p>ARRITMIA <input type="checkbox"/></p> <p>IC <input type="checkbox"/> FEV PREVIA _____</p> <p>ANGINA E/I <input type="checkbox"/> _____</p> <p>EAM <input type="checkbox"/> _____/____/____</p> <p>IRENAL <input type="checkbox"/> _____</p> <p>DNEUROLÓGICA <input type="checkbox"/></p> <p>DPOC/ASMA <input type="checkbox"/></p> <p>HIPOCOAGULAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>PACE/CDI <input type="checkbox"/></p> <p>DEPENDÊNCIA AVD C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/></p> <p><b>RISCO INFECÇÃO:</b> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>TESTE SARS-COV 2 + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p> <p><b>ALERGIAS:</b></p> <p><b>HÁBITOS:</b></p> <p><b>MEDICAÇÃO HABITUAL</b></p>	<p><b>ESTADO CONSCIÊNCIA</b></p> <p>VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> MECÂNICA VNI <input type="checkbox"/> INVASIVA <input type="checkbox"/></p> <p>AR AMB <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MAD <input type="checkbox"/></p> <p>SPO2 <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> MODO _____</p> <p>FC <input type="checkbox"/> bpm R/I <input type="checkbox"/> RITMO _____ ECG _____</p> <p>PULSO R/I + S/ASS _____ TA _____/____ mmHg</p> <p>ACCESOS CVP _____/____ (P) CVC _____/____ (C) LA _____ (A)</p> <p>PENSOS _____</p> <p><b>ELIMINAÇÃO URINÁRIA</b></p> <p>ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Nº _____ SUBSTITUIR _____/____/____ TSR <input type="checkbox"/></p> <p>ÚLTIMA DEJEIÇÃO _____/____/____ BH: _____ ml</p> <p><b>TEMPERATURA CORPORAL</b></p> <p>DIETA NORMAL <input type="checkbox"/> MOLE <input type="checkbox"/> LÍQUIDA <input type="checkbox"/> JEIUM <input type="checkbox"/></p> <p><b>GLUCEMIA</b> _____</p> <p><b>MCDT:</b> _____/____/____ LESÃO: _____</p> <p><b>INTERVENÇÃO:</b> _____</p> <p><b>PACE:</b> _____ LOCALIZAÇÃO _____ PENSO: _____</p> <p>CONTROLE HEMORRAGIA(S) _____ STOP _____/____/____ COMPLICAÇÃO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p><b>DOR- NRS:</b> _____</p> <p><b>MEDICAÇÃO</b></p> <p><b>OUTRAS INTERVENÇÕES</b></p> <p><b>EFEITO</b> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <b>RISCO QUEDA</b> A/M/B _____/____/____ ESCALA BRADEN _____/____/____ ml/h</p> <p><b>PERFUÇÕES</b> _____/____/____ ml/h</p>	<p><b>PROXIMOS MCDT</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>ESPÓLIO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>FOCOS DE ATENÇÃO</b></p> <p><b>NÃO ESQUECER</b></p> <p>_____</p>	
<p><b>NOME:</b> _____</p> <p><b>IDADE:</b> _____</p> <p><b>HISTÓRIA SOCIAL</b></p> <p><b>ELO LIGAÇÃO:</b> _____</p> <p><b>CONTACTO:</b> _____</p> <p>INSALUBRIDADE HABITAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>COMPROMISSO TERAPEUTICO <input type="checkbox"/></p> <p><b>DÉFICE CONHECIMENTO</b></p> <p>PRÓPRIO <input type="checkbox"/> CUIDADOR <input type="checkbox"/></p> <p><b>DÉFICE CAPACIDADE</b></p> <p>PRÓPRIO <input type="checkbox"/> CUIDADOR <input type="checkbox"/></p>	<p><b>QUEIXA</b></p> <p><b>INÍCIO:</b> ____/____/____ : ____</p> <p>TRANSPORTE INTERHOSPITALAR <input type="checkbox"/></p> <p><b>SERVIÇO ORIGEM</b></p> <p>_____</p> <p><b>UCIC:</b> ____/____/____ : ____</p> <p><b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b></p> <p>_____</p> <p><b>EVOLUÇÃO ATÉ A DATA:</b></p> <p>_____</p>	<p>DM/II <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/></p> <p>DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/></p> <p>ARRITMIA <input type="checkbox"/></p> <p>IC <input type="checkbox"/> FEV PREVIA _____</p> <p>ANGINA E/I <input type="checkbox"/> _____</p> <p>EAM <input type="checkbox"/> _____/____/____</p> <p>IRENAL <input type="checkbox"/> _____</p> <p>DNEUROLÓGICA <input type="checkbox"/></p> <p>DPOC/ASMA <input type="checkbox"/></p> <p>HIPOCOAGULAÇÃO <input type="checkbox"/></p> <p>PACE/CDI <input type="checkbox"/></p> <p>DEPENDÊNCIA AVD C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/></p> <p><b>RISCO INFECÇÃO:</b> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>TESTE SARS-COV 2 + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p> <p><b>ALERGIAS:</b></p> <p><b>HÁBITOS:</b></p> <p><b>MEDICAÇÃO HABITUAL</b></p>	<p><b>ESTADO CONSCIÊNCIA</b></p> <p>VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> MECÂNICA VNI <input type="checkbox"/> INVASIVA <input type="checkbox"/></p> <p>AR AMB <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> MAD <input type="checkbox"/></p> <p>SPO2 <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> MODO _____</p> <p>FC <input type="checkbox"/> bpm R/I <input type="checkbox"/> RITMO _____ ECG _____</p> <p>PULSO R/I + S/ASS _____ TA _____/____ mmHg</p> <p>ACCESOS CVP _____/____ (P) CVC _____/____ (C) LA _____ (A)</p> <p>PENSOS _____</p> <p><b>ELIMINAÇÃO URINÁRIA</b></p> <p>ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Nº _____ SUBSTITUIR _____/____/____ TSR <input type="checkbox"/></p> <p>ÚLTIMA DEJEIÇÃO _____/____/____ BH: _____ ml</p> <p><b>TEMPERATURA CORPORAL</b></p> <p>DIETA NORMAL <input type="checkbox"/> MOLE <input type="checkbox"/> LÍQUIDA <input type="checkbox"/> JEIUM <input type="checkbox"/></p> <p><b>GLUCEMIA</b> _____</p> <p><b>MCDT:</b> _____/____/____ LESÃO: _____</p> <p><b>INTERVENÇÃO:</b> _____</p> <p><b>PACE:</b> _____ LOCALIZAÇÃO _____ PENSO: _____</p> <p>CONTROLE HEMORRAGIA(S) _____ STOP _____/____/____ COMPLICAÇÃO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p><b>DOR- NRS:</b> _____</p> <p><b>MEDICAÇÃO</b></p> <p><b>OUTRAS INTERVENÇÕES</b></p> <p><b>EFEITO</b> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <b>RISCO QUEDA</b> A/M/B _____/____/____ ESCALA BRADEN _____/____/____ ml/h</p> <p><b>PERFUÇÕES</b> _____/____/____ ml/h</p>	<p><b>PROXIMOS MCDT</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>ESPÓLIO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>FOCOS DE ATENÇÃO</b></p> <p><b>NÃO ESQUECER</b></p> <p>_____</p>	

<b>CAMA</b>	IDENTIFICAÇÃO		SITUAÇÃO	BACKGROUND	
	NOME		QUEIXA INICIAL		
	IDADE				
	ELO LIGAÇÃO		TRANSPORTE IH		
	CONTACTO		ADMISSÃO CHTV	RISCO INFEÇÃO	
	HISTÓRIA SOCIAL				TESTE COVID
			UCIC	HÁBITOS	
			<b>DIAGNOSTICO</b>		
				ALERGIAS	
	AVALIAÇÃO		DATA	DATA	DATA
	EST CONSCIENCIA				
	SPO2/FiO2				
	FC				
	RITMO				
	TA				
	ACESSOS				
	PERFUSÕES				
	DOR				
	GLICEMIA/DIETA				
	RISCO QUEDA				
ELIMINAÇÃO					
INTERVENÇÕES					
<b>RECOMENDAÇÕES</b>					



# ISBAR

## DENTIFICAÇÃO

Identifica-te e identifica o doente e família ao grupo!

## ITUAÇÃO

O que se passa? Qual a preocupação maior?

## ACKGROUND/HISTÓRICO

O que sabes acerca do passado do cliente?

## VALIAÇÃO

Que dados tens no presente (condição, riscos e necessidades)?

Quais as intervenções realizadas e que resultados foram obtidos?

## ECOMENDAÇÕES

Quais os focos de atenção?

Que evolução se espera?

O que não esquecer?



# APÊNDICE 10 – POWER POINT CUIDADOS AO CVC - UCIC

## Cateter Venoso Central

Visão Junho de 2021

Prevenção de Infecção

● / PV

1

### Plano da Sessão

Tempo	Eixo	Conteúdos a abordar
10 minutos	Introdução	Apresentação do formador; Apresentação dos conteúdos a abordar; Cateter Venoso
40 minutos	Desenvolvimento	Cateter Venoso Central: definição, localização e indicações; IAQV: fatores de risco e situação em Portugal Feixe de intervenções: Colocação de Cateter Venoso Central Feixe de intervenções: Manutenção de Cateter Venoso Central
10 minutos	Conclusão	Reflexão sobre conhecimentos adquiridos

2

### Objetivos

No final desta sessão deverá ser capaz de:

- Compreender o conceito de Cateter Venoso Central;
- Identificar as indicações para colocação de Cateter Venoso Central e as localizações mais;
- Identificar os riscos associados a Cateter Venoso Central;
- Executar corretamente a manutenção de Cateter Venoso Central.

● / PV

3

### Cateter Venoso (CV)

- dispositivo invasivo que rompe a barreira natural do organismo;
- estabelece a ligação entre o meio externo e uma veia central;
- associado a uma série de complicações, de onde se destaca as infecciosas, quer pela sua localização, quer pela sua permanência acréta para o sistema de saúde.

(Amvaha & Nivens, 2012). (Brenstih, G. S., 2020)

● / PV

4

### Cateter Venoso Central (CVC)

- CV que depois de introduzido, a ponta termina no coração ou perto da aurícula ou num grande vaso:
  - veia cava superior/inferior;
  - veia braquiocelíaca;
  - veia jugular interna;
  - veia subclávia;
  - veias ilíacas externas;
  - veia femoral;

(Brenstih, G. S., 2020)

● / PV

5

### Cateter Venoso Central (CVC)

- Amplamente utilizado em doentes críticos:
  - Fluiooterapia;
  - Administração de fármacos;
  - Infusão de hemoderivados;
  - Nutrição parenteral;
  - Monitorização hemodinâmica;
  - Terapia renal substitutiva;
  - ...

(Silva, Viana, Alportinado, Campos, Matos & Froese, 2016)

● / PV

6

### Cateter Venoso Central (CVC)

- Riscos:
  - Formação de trombos;
  - Obstrução;
  - Infecção Associada a Cuidados de Saúde (IACS);
  - Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)

(Silva, Viana, Alportinado, Campos, Matos & Froese, 2016)

● / PV

7

### O problema...

- As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, são problemas relacionados e de importância crescente a escala mundial (Fox, 2016);
- Estas infeções representam um problema maior de saúde pública, as infeções adquiridas em meio hospitalar têm um elevado impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral (Lindholm, F. C., 2015);
- O CVC são a principal causa de infeção da corrente sanguínea adquiridas em hospital:
  - 2 a 40% desenvolvem infeção local;
  - 3 a 10% desenvolvem bacteriemia
  - Mortalidade 13 a 28% superior em relação a pacientes da mesma gravidade, sem CVC (Costa, Oweiro & Sano, 2012);
- A prevalência de IACS é maior em doentes admitidos nas UCI (13,5% vs 5,3%) (Hick, 2014).

● / PV

8

### No entanto

- Estas infeções são evitáveis em cerca de um terço dos casos
- A capacidade de as prevenir pode constituir um dos indicadores de qualidade dos cuidados (Silva, 2008) como citado em Cardoso, (2015)

● / PV

9

**Assim:**

Torna-se de extrema importância o desenvolvimento de boas práticas na prevenção e controlo de infeções (Santa Maria, H., 2015);

O Enfermeiro tem um papel preponderante na vigilância da segurança do doente, do CVC e na avaliação da eficiência do seu funcionamento (Costa, Santos & Oliveira, 2012).

Gráfico 1: Taxa de infecção hospitalar (IH) em função da duração da internamento (Costa, Santos & Oliveira, 2012).

● / PV

10

**O caso português**

• As IACS constituem um grave problema de Saúde Pública, estando entre as principais causas de mortalidade e morbilidade hospitalar (Costa, 2008);

• A taxa de IACS é mais elevada que a média europeia (10,3 vs. 5,7%) (Pires, Pires & Silva, 2013).

Gráfico 1: Taxa de infecção hospitalar (IH) em função da duração da internamento (Costa, Santos & Oliveira, 2012).

● / PV

11

**INFEÇÃO ASSOCIADA A CVC EM UNIDADES DE INTERNAMENTO**

Reduziu em **45,0%** entre 2008 e 2016

Ano	Prevalência de infecção associada a CVC em 1000 dias de internamento (PAC)	Prevalência de infecção associada a CVC em 1000 dias de internamento (PAC) em 2016
2008	15,2	8,2
2009	10,8	7,2
2010	8,7	6,4
2011	8,7	6,0
2012	8,9	5,9
2013	7,4	5,9
2014	7,1	5,9
2015	6,1	5,9
2016	5,1	5,9

em 2016, o Programa de Qualidade Hospitalar teve o seguinte desempenho:

● / PV

12

**Fatores de risco para IACV**

- Hospitalização prolongada;
- Duração de cateterização prolongada;
- Locais de inserção habitualmente mais colonizados (P/ Ex.: veia femoral nos adultos)

(Costa, Santos & Oliveira, 2012)

● / PV

13

**Fontes de Contaminação Potenciais**

- Mãos dos Profissionais;
- Microflora da pele do paciente;
- Contaminação da ponta do cateter durante inserção;
- Colonização das conexões do cateter;
- Administração de fluidos contaminados;
- Via hematogénica.

(Costa, Santos & Oliveira, 2012)

● / PV

14

**Colocação de CVC – Norma 022/2015** (Costa, 2015)

- Avaliar a necessidade de colocar CVC.
  - Em caso afirmativo, selecionar CVC com menor n.º de lúmens adequado à situação do doente (Categoria IC);
- Realizar pré-preparação cirúrgica das mãos e barreira máximas (bata estéril, luvas estériles, touca e máscara) para operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento num raio de 2 metros (Categoria IC);
- Evitar tricotomia do local de inserção. Se indispensável, utilizar máquina e nunca lâmina pelo risco de escoriação (Santa Maria, H., 2015).

● / PV

15

**Colocação de CVC – Norma 022/2015** (Costa, 2015)

- Realizar antissepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do CVC (Categoria IA);
  - Fricção durante pelo menos 30 segundos; deixar secar pelo menos 30 segundos em locais secos e 2 minutos em locais húmidos.
- Usar campo cirúrgico que cubra a totalidade da superfície corporal do doente (Categoria IC);
- Não usar acesso femoral, sempre que possível (Categoria IA);
- Usar acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador;

● / PV

16

**Colocação de CVC – Norma 022/2015** (Costa, 2015)

- Utilizar técnica asséptica na realização do penso (Categoria IIAC);
  - Garantir local de introdução limpo e sem sangue;
  - Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
  - Usar "Kit de penso";
  - Usar cloro-hexidina a 2% em álcool;
  - Utilizar penso estéril para cobrir o local e inserção, de preferência semipermeáveis (transparentes);
    - Se sudorese intensa, local do penso sangrante ou esudativo dar preferência a penso com compressa (Santa Maria, H., 2015);
  - Datar o penso.

● / PV

17

**Fluxograma: Tipos de Infeções de Hospitais**

Tipos de Infeções de Hospitais

- Infeção associada à CVC
- Infeção associada à ventilação mecânica
- Infeção associada à cateterização vesical
- Infeção associada à cirurgia
- Infeção associada à medicação intravenosa
- Infeção associada à transfusão sanguínea
- Infeção associada à manipulação de alimentos
- Infeção associada à manipulação de água
- Infeção associada à manipulação de ar condicionado
- Infeção associada à manipulação de resíduos
- Infeção associada à manipulação de lixo
- Infeção associada à manipulação de roupa
- Infeção associada à manipulação de lençóis
- Infeção associada à manipulação de toalhas
- Infeção associada à manipulação de papel higiénico
- Infeção associada à manipulação de produtos de limpeza
- Infeção associada à manipulação de equipamentos
- Infeção associada à manipulação de materiais
- Infeção associada à manipulação de instrumentos
- Infeção associada à manipulação de objetos
- Infeção associada à manipulação de superfícies
- Infeção associada à manipulação de mobiliário
- Infeção associada à manipulação de objetos pessoais
- Infeção associada à manipulação de objetos de decoração
- Infeção associada à manipulação de objetos de arte
- Infeção associada à manipulação de objetos de coleção
- Infeção associada à manipulação de objetos de valor
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso pessoal
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso profissional
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso público
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso privado
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso coletivo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso comunitário
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso social
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso cultural
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso religioso
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso político
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso económico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso jurídico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso científico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso académico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso artístico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso literário
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso musical
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso cinematográfico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso televisivo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso radiofónico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso jornalístico
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso desportivo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso recreativo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso educativo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso informativo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso comunicativo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso relacional
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso socializante
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso integrador
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso transformador
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso inovador
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso disruptivo
- Infeção associada à manipulação de objetos de uso disruptivo

Diagrama 1: Tipos de Infeções de Hospitais (adaptado de Santa Maria, H., 2015)

● / PV

18



Obrigado!

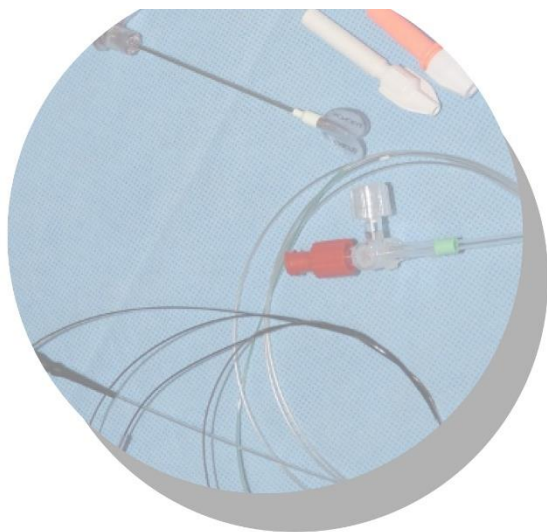


"a adesão às orientações e recomendações constitui um contributo essencial na padronização dos cuidados ao CVC." (Almeida, Nunes, 2012, p. 18)



## MANUTENÇÃO DE CVC

- Monitorizar local de inserção através da observação;
- Higienizar as mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com SABA;
- Descontaminar as conexões com cloro-hexidina 2% antes de qualquer manuseamento;
- Mudar penso transparente se visivelmente sujo ou a cada 7 dias;



**INFECÇÃO ASSOCIADA A CVC EM UNIDADES DE INTERNAMENTO**

Reduziu em

**45,0%**

2008 - 2016



**CATETER  
VENOSO  
CENTRAL**

7.º Curso de Mestrado em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO



2021

## CVC: O PROBLEMA

- Principal causa de infeção da corrente sanguínea adquirida nos hospitais;
- Mortalidade 13 a 28% superior em relação aos doentes da mesma gravidade sem CVC;
- São uma ameaça à segurança do doente.

## FATORES DE RISCO

- Hospitalização prolongada;
- Cateterização prolongada;
- Locais de Inserção habitualmente mais colonizados (Ex: Femoral)

## FONTES DE CONTAMINAÇÃO

- Mãos dos profissionais;
- Microflora da pele do doente;
- Colonização das conexões do cateter

## O CASO PORTUGUÊS

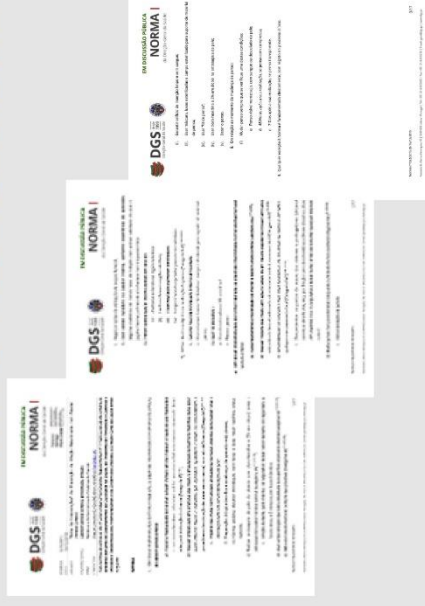
- a taxa de IACS é mais elevada que a média do espaço europeu;

## PENSO A CVC

- Mudar penso com técnica asséptica;
- Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
- Usar cloro-hexidina 2% na desinfeção da pele;
- Nunca reintroduzir qualquer porção exteriorizada;
- Datar o penso.


## O ENFERMEIRO TEM UM PAPEL PREPONDERANTE NA VIGILÂNCIA DA SEGURANÇA DO DOENTE

## NORMA DA DGS 022/2015



## APÊNDICE 12 – PANFLETO SOBRE CUIDADOS COM O CVC CLIENTE UCIC CHTV

**CVC**  
Cateter Venoso Central



**Informação para Utentes**




Para saber mais:

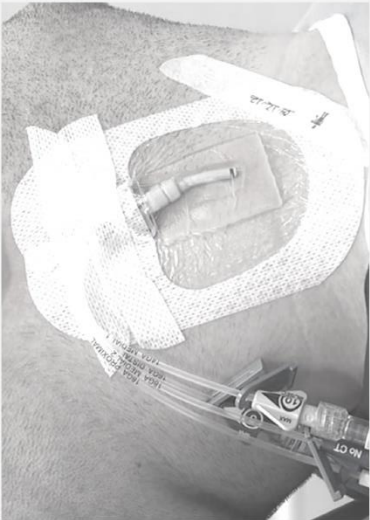


Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE  
Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos  
7.º CMEMC (2021)

O CVC:

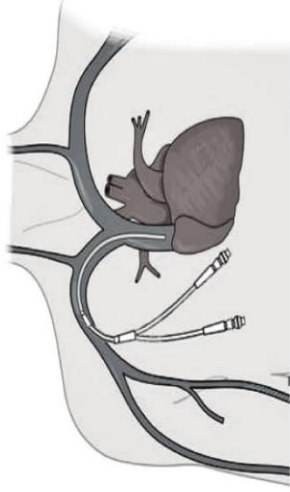


Aspetto Exterior:



## O que é o CVC?

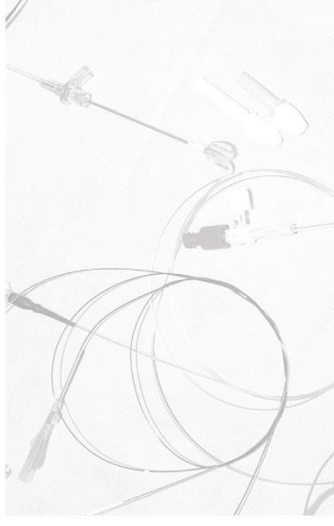
É um cateter (pequeno “tubo”) introduzido numa veia central através de uma pequena cirurgia.



## Onde é colocado?

Os locais variam de acordo com a veia escolhida:

- Veia Jugular: junto ao pescoço;
- Veia subclávia: junto à clavícula;
- Veia Femoral: junto à virilha.



## Para que serve?

O CVC pode ser colocado, entre outros motivos, para:

- Administrar de alguns tipos de medicação;
- Realizar intervenções terapêuticas complexas/ prolongadas;
- Medir Pressão Venosa Central

## Informe a/o enfermeira/o se:

- notar sangue no penso que protege o CVC;
- o penso estiver descolado;
- sentir dor ou ardor no local do CVC;
- sentir arrepios de frio ou mal-estar geral.

Não hesite em procurar esclarecer qualquer dúvida relativamente ao seu estado.

## APÊNDICE 13 – LIVRO DE BOLSO – EQUIPA ENFERMAGEM UCIC CHTV

Página 1

<b>Identificação</b>	Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;
<b>Situação atual</b>	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;
<b>Antecedentes</b>	Descrição de factos clínicos, diretivos antecipadas de vontade;
<b>Avaliação</b>	Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;
<b>Recomendações</b>	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente”.

Página 2

### ESCALA COMA GLASGOW

<b>Abertura ocular</b>	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
<b>Resposta verbal</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
<b>Resposta motora</b>	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retrada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

#### CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DE KILLIP & KIMBALL

Killip 1	Sem evidência de congestão pulmonar.
Killip 2	Estertores pulmonares, distensão venosa jugular ou terceira bulha.
Killip 3	Edema Pulmonar.
Killip 4	Choque cardiogênico.

#### TABELA DE ANÁLISE DE RISCO - CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

ÍNDICE DE RISCO	MULHERES	HOMENS
NORMAL	menor ou = 80 cm	menor ou igual a 90 cm
MÉDIO	entre 80 e 84 cm	entre 90 e 94 cm
ALTO	entre 84 e 88 cm	entre 94 e 102 cm
MUITO ALTO	acima de 88 cm	acima de 102 cm

Página 3

### Classificação da Insuficiência Cardíaca (IC) de acordo com a fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo

FE > ou = a 50%	IC com FE preservada
FE entre 41% e 49%	IC com FE borderline
FE < ou = a 40%	IC com fração de ejeção reduzida

**CRITÉRIOS MAIORES**

- PULMÃO:**
  1. Estertores pulmonares
  2. Dispneia paroxística noturna
- CONGESTÃO (JUGULAR):**
  3. Edema agudo de pulmão
  4. Turgência jugular patológica
- CORAÇÃO:**
  5. Refluxo hepatojugular
  6. Pressão venosa central > 16cmH<sub>2</sub>O
- OUTRAS:**
  7. Cardiomegalia (na radiografia de tórax)
  8. Terceira bulha (galope)
  9. Perda de peso > 4,5kg em 5 dias em resposta ao tratamento

**CRITÉRIOS MENORES**

- PULMÃO:**
  1. Dispneia aos esforços
- CONGESTÃO (SISTÊMICA):**
  2. Tosse noturna
  3. Derrame pleural
  4. Edema maleolar
- CORAÇÃO:**
  5. Hepatomegalia
- OUTRAS:**
  6. Taquicardia (FC > 120bpm)
  7. Capacidade funcional 1/3 da máxima registrada anteriormente

Página 4

Marcador	Tempo de alteração inicial	Tempo de pico de elevação	Tempo de retorno ao normal
CK-MB	4-8 horas	12-24 horas	72-96 horas
Mioglobina	2-4 horas	8-10 horas	24 horas
cTnl	4-6 horas	12 horas	3-10 dias
cTnT	4-6 horas	12-48 horas	7-10 dias

CK-MB = isoenzima MB da creatina quinase; cTnl = troponina cardíaca I; cTnT = troponina cardíaca T

Página 5



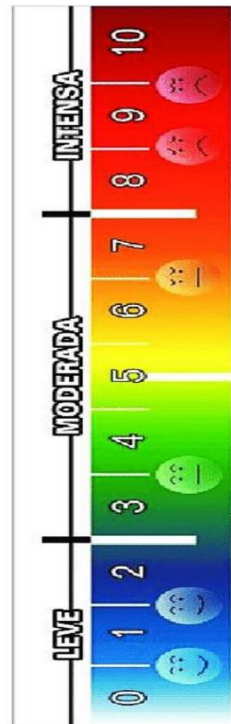
Página 6

### Escala de Borg Percepção Subjetiva do Esforço

6
7 Muito, muito leve
8
9 Muito leve
10
11 Razoavelmente leve
12
13 Um pouco intenso
14
15 Intenso
16
17 Muito Intenso
18
19
20 Muito, muito intenso

60% FC máx

Página 7



Página 8

## APÊNDICE 14 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS FORMATO WORD

### A Competência Comunicacional do Enfermeiro de Emergência em Portugal: Estudo Exploratório à ISBAR

**Ex.mo Senhor Enfermeiro/Ex.ma Senhora Enfermeira**  
**Caro/a colega,**

Transferências de cuidados são necessárias e indubitáveis em saúde. Mas essa máxima é tão verdadeira, quanto o facto de constituir um dos momentos mais vulneráveis para a segurança do cliente. As transferências de informação que ocorrem nestas dinâmicas, consistem em dados verbais e escritos, determinando a tomada de decisões num verdadeiro continuum. Apesar disso, pouca foi a pesquisa ainda no contexto do doente crítico, pois coexistem desafios ímpares, pelos esforços necessários para modelar interferências e responsabilidades, por vezes complexas.

A necessidade de esclarecimento do papel profissional de cada Enfermeiro e o dos seus pares, é considerada uma barreira significativa neste contexto, pela colaboração efetiva imprescindível ao processo de bem cuidar. Perfis de diferentes dimensões orientam papéis individuais e coletivos, contribuindo para empoderamento de práticas, e relações.

Neste âmbito, eu, Joana Fontes, concebi um estudo primário enquanto aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viseu (Instituto Politécnico de Viseu), intitulado:  
"Competência Comunicacional do Enfermeiro de Emergência em Portugal".

Com o objetivo geral de construir e validar para a população portuguesa um instrumento de medida acerca da Importância da ISBAR de em contexto de handover e handoff, segundo a Norma 001/2017 da DGS e as mais recentes evidências científicas acerca da comunicação eficaz em saúde, venho por este meio convidá-lo/a a participar na aplicação inicial de um questionário, como ferramenta de colheita de dados do estudo.

São critérios de inclusão, experiência mínima de 1 ano em relação a três tempos de exercício profissional: antiguidade na carreira de Enfermagem, antiguidade do vínculo institucional atual, e tempo de exercício profissional como Enfermeiro/a em serviço de emergência/urgência. Considerando dependências entre o grau de competência que se pretende determinar, e domínios cognitivo-comportamentais ou emocionais, intrínsecos numa adaptação inicial natural a grupos, e ao contexto de cuidado ao doente crítico.

A investigação prevê um desenho transversal descritivo e analítico, que permita determinar a incidência de níveis desta competência na população definida, considerando múltiplas variáveis. E, espero possibilitando reflexão sobre metodologias de interação e transmissão de informação, adequar processos de liderança, e facilitar uma comunicação mais eficaz dentro e entre organizações de saúde, em Portugal.

A sua contribuição é fundamental para a relevância deste estudo.

Agradecendo toda a vossa disponibilidade e atenção, sempre ao dispor, para qualquer esclarecimento adicional: *Joana Isabel Dias Lopes Almeida Fontes*  
[e-mail:jfontes@live.com.pt](mailto:jfontes@live.com.pt)

Contacto telefónico:+351919775632

CONTIGO CONSIGO!

## Consentimento Informado

A legislação em vigor na UE sobre a proteção de dados (Diretiva 95/46/CE) confere às pessoas singulares direitos sobre os seus dados pessoais. Cumpre assim informar que os dados recolhidos por este questionário serão objeto de total privacidade e anonimato, de acordo com a política de privacidade e termos de utilização do "Google Forms".

Os dados aferidos pelo estudo destinam-se estritamente à investigação académica, não constituindo qualquer forma de avaliação profissional ou pessoal.

O questionário foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, criada pelo Despacho N.º 54/2019, dotado de independência técnica e científica, garantindo a observância de padrões de ética que salvaguardem o princípio da dignidade da pessoa humana e promoção de padrões de integridade, honestidade e qualidade ética cruciais ao estudo.

Inicialmente esta ferramenta de colheita de dados permitirá realizar o levantamento das características sociodemográficas, académicas e profissionais dos participantes, seguindo-se a aplicação de uma escala que se pretende validar. Seguir-se-ão algumas questões sobre a sua Instituição empregadora.

Após submissão do questionário, receberá um aviso de confirmação da sua participação, convidando-o para visualizar os resultados obtidos. Estima-se um tempo de preenchimento total não superior a 10 minutos.

Os dados serão guardados pelo período temporal necessário ao cumprimento das finalidades para que são recolhidos, sendo posteriormente eliminados na totalidade. O acesso e a análise dos dados coletados apenas serão realizados pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) académicos. O tratamento de dados prevê-se até 30 de junho de 2021, salvaguardando-se condições de segurança adequadas para a defesa dos direitos, e dos interesses dos participantes. Tem direito ao acompanhamento e à assistência que considere relevante quanto ao processo e resultados da pesquisa, através dos contactos telefónicos e eletrónicos que disponibilizo.

Espera-se que a participação neste estudo lhe seja benéfica em diferentes situações futuras, e forneça orientações que contribuam para melhorar as relações e o bem-estar nas relações interpessoais que estabelece, bem como refletir sobre o tema sob uma perspetiva educacional (como ponderar diferentes ferramentas e técnicas de comunicação, como observar interações, dinâmicas de grupo, registar e interpretar a comunicação não verbal, etc.).

Não se estima qualquer risco associado.

Não há qualquer custo associado à sua participação no estudo e também não receberá qualquer espécie de reembolso ou gratificação.

**A SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO É VOLUNTÁRIA.**

Tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum ou justificação.

## O SEU CONSENTIMENTO É INEQUÍVOCO APÓS INDICAÇÃO ELETRÓNICA ESPECÍFICA.

Caso não concorde em participar, basta fechar esta página no seu navegador.

Li e concordo em participar da pesquisa \*

- Sim
- Não

### Questionário Ad hoc de Dados Sociodemográficos, Académicos e Profissionais

Os serviços de emergência/urgência são ambientes de prática complexos, no qual vários fatores podem introduzir erros humanos e do sistema. A comunicação foi identificada em estudos prévios, como um foco de atenção potencial para investimento em práticas qualificadas neste cenário. Porque a prática da enfermagem ocorre num quadro social, no qual os elementos ambientais e as relações interpessoais interagem. Entender como, e o que controla a distribuição e a abundância de uma característica socio demográfica, académica ou profissional, pode ter assim várias aplicações práticas no futuro: contribuir para determinar necessidades e desafios acerca de futuras intervenções formativas, e contribuir para adequar processos de comunicação, mediação e gestão de conflitos inclusive. Cumulativamente, poderá aferir-se resultados potenciadores de adaptações à liderança, e na definição de critérios de recrutamento, de ferramentas ou metodologias de transmissão de informação, bem como de dinâmicas de trabalho em equipa.

**APELO À SUA COLABORAÇÃO COM A MAIOR ATENÇÃO!**

Em campos de resposta curta, introduza os dados conforme indicado.

**Género \***

- Masculino
- Feminino

**Idade (anos) \***

Resposta – Mensagem de apoio:

Insira algarismos; critérios inclusão no estudo: indivíduos com idade compreendida entre 20 e 70 anos

**Estado Civil \***

- Solteiro
- Casado/União de Facto
- Divorciado

- Viúvo

#### **Habilitações Académicas na área de Enfermagem \***

- Bacharelato em Enfermagem
- Licenciatura em Enfermagem
- Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
- Curso de Mestrado em Enfermagem
- Curso de Doutoramento em Enfermagem
- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

#### **Habilitações Académicas noutra área \***

- Sim
- Não

Se respondeu: “Sim”, especifique a área (introduza os dados em maiúsculas, sem apêndices - Ex: PSICOLOGIA; MEDICINA TRABALHO)

Resposta - Mensagem de apoio:

#### **Caracterização Organização Laboral \***

- Pública
- Privada
- Público-Privada

#### **Vínculo Contratual \***

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado
- Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Certo
- Contrato Coletivo de Trabalho
- Outro:
- 

#### **Serviço onde exerce funções \***

- SUMC (Serviço Urgência Médico-Cirúrgico)
- SUP (Serviço Urgência Polivalente)
- SUB (Serviço de Urgência Básica)
- UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente)
- UCIC (Unidade de Cuidados Intensivos Coronários)
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)
- BO (Bloco Operatório)
- Outro

Se respondeu outro, especifique (introduza a sigla do serviço em maiúsculas. Ex: UCIN)

Resposta

**Localização Geográfica da Organização em que trabalha \***

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

**Horário de Trabalho**

- Fixo
- Rolement

**Tempo de Exercício Profissional (anos completos) \***

Resposta – Mensagem de apoio:

Não cumpre critério de inclusão no estudo quanto ao tempo de exercício profissional na Instituição de Saúde. É considerado um mínimo de 1 ano, para que a experiência profissional possa condicionar o grau de competência que se pretende determinar, pela dependência com o meio onde o indivíduo se insere e das suas características bio-psico-socioculturais. Grata pela sua colaboração!

**Tempo de Exercício Profissional na Instituição de Saúde Atual (anos completos) \***

Resposta – Mensagem de apoio

Não cumpre critério de inclusão no estudo quanto ao tempo de exercício profissional na Instituição de Saúde. É considerado um mínimo de 1 ano, para que a experiência profissional possa condicionar o grau de competência que se pretende determinar, pela dependência com o meio onde o indivíduo se insere e das suas características bio-psico-socioculturais. Grata pela sua colaboração!

**Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Emergência/Urgência \***

Resposta – Mensagem de apoio

Não cumpre critério de inclusão no estudo quanto ao tempo de exercício profissional. É considerado um mínimo de 1 ano, para que a experiência profissional possa condicionar o grau de competência que se pretende determinar. Excluir aspetos relacionados com experiências, motivação e outros domínios cognitivo-comportamentais e emocionais, condicionados pela adaptação inicial natural ao grupo, e ao contexto de cuidado ao doente crítico, é determinante na discussão dos resultados. Grata pela sua colaboração

Horas de Trabalho por Semana (ex:35) \*

Sua resposta

Seguem-se algumas afirmações sobre como os Enfermeiros interagem entre si.

Assegure-se então que tem as condições adequadas para o completo preenchimento do questionário (disponibilidade temporal, do equipamento e acesso à internet) e selecione, para cada uma das afirmações, A OPÇÃO que melhor reflete a prática que sente ser capaz de realizar.

PARA CADA AFIRMAÇÃO:

Seja honesto nas suas respostas e reflita, com muito cuidado, sobre o seu comportamento de comunicação, em contexto de prestação de cuidados à PSC, e entre Enfermeiros.

## Escala ECETIS

A padronização das trocas de informação, aparenta ser a intervenção que mais potencia uma melhora significativa no volume de dados transferidos nos processos associados ao Handoff (transferência de responsabilidades).

O aperfeiçoar de práticas de transmissão de informação, alicerçado em competências comunicacionais prevalentes, poderá fomentar a sua efetivação adequada. Permitindo o aumento da responsabilização na transição do cuidado ao doente crítico, minimizar o erro humano, e sobretudo aprimorar um dos principais indicadores de qualidade em cuidados de saúde: a satisfação dos profissionais e do cliente.

A qualidade, contudo, permanece associada à monitorização que nem sempre se realiza.

Deste modo peço a sua colaboração para responder a só mais algumas questões, quanto ao cumprimento dos seguintes pressupostos, no PAPEL DE TRANSMISSOR de informação.

Relembrando o ÚLTIMO HANDOFF, entre 2 ou mais Enfermeiros, indique qual a frequência em que considera cumprir os seguintes pressupostos, segundo a escala:

Muito frequentemente (5) /Frequentemente (4) /Ocasionalmente (3) /Raramente (2) /Nunca (1)

		5	4	3	2	1
1	Tenho consciência de que a preparação da transferência dos cuidados é vital, pelo que procuro conhecer a disponibilidade do recetor da informação, e escolher um canal de comunicação apropriado;					
2	Contribuo para a criação de um ambiente seguro e propício à partilha de informação (mínimo ruído, livre interrupções de emergência);					
3	Início e priorizo a transmissão de informação antes de transferir cuidados (quando a comunicação “face to face” não é possível, comunico em tempo real via telefone, mail ou videoconferência);					
4	Demonstro insatisfação quando sou confrontado com comportamentos de transferência de cuidados prévios à transferência de informação;					
5	Identifico-me e tenho como identificar o/a Enfermeiro/a responsável pela receção de informação;					
6	Identifico o cliente pelo género, idade, nome e história social (os conhecidos)					
7	Divulgo a identificação que detenho acerca da pessoa significativa ou cuidador informal;					
8	Integro o doente na sua apresentação e dos problemas identificados sempre que possível;					
9	Sinalizo a data e hora de admissão ou de início da prestação de cuidados;					
10	Informo sobre o motivo atual de necessidade de cuidados de Enfermagem, bem como hora do incidente/início dos sintomas;					
11	Tenho preocupação em transmitir informação acerca dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar;					
12	Defino claramente a razão do encaminhamento ou da transferência de cuidados;					
13	Partilho o histórico conhecido e relevante, com o intuito de definir o cenário e promover uma interpretação precisa da informação;					
14	Quando não detenho informação sobre os antecedentes clínicos do cliente, afirmo-o verbalmente, de forma sistematizada;					
15	Transmito informação disponível acerca dos antecedentes clínicos, hábitos terapêuticos, alergias e níveis de dependência prévias.					
16	Forneço dados sobre a evolução do doente justificando intervenções realizadas até ao momento da transferência, de forma clara;					
17	Enuncio a abordagem farmacológica e não farmacológica relevante, e por mim efetuados, durante a prestação de cuidados (hora de administração e efeito no caso de terapêutica medicamentosa);					
18	Partilho conhecimento sobre diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem (técnicas invasivas realizadas, risco infeção/colonização, medidas de isolamento, situação social, capacitação do cuidador, etc);					
19	Seleciono e transmito focos de atenção, diagnósticos de enfermagem, intervenções ativas e a respetiva avaliação da sua eficácia (sinais vitais, estado de consciência, mecanismos de lesão, lesões, etc...);					
20	Planeio a transferência de cuidados, delineando tarefas, prioridades de intervenção e posições a ocupar, em conjunto com os restantes intervenientes no processo, se possível					
21	Tenho oportunidade de indicar sugestões acerca da continuidade do plano de cuidados;					
22	Enuncio as necessidades do cuidador informal, quando existente;					
23	Possibilito momentos de discussão, consulta e sumarização dos dados partilhados, ou solicito feedback dos dados por mim transmitidos, cumprindo as minhas expectativas de uma transmissão de informação eficaz;					
24	Testemunho a preservação dos dados partilhados, em documentos escritos (check-list, formulários, impressão de dados enviados por e-mail, outros...).					

Há evidência dos benefícios de implementação de várias metodologias de transmissão da informação, mas ainda prevalece a incerteza, no que à eficácia da comunicação em processos de handover e handoff em Enfermagem, diz respeito.

Considerando a capacitação e satisfação profissional, numa perspetiva de desempenho partilhado entre pessoas e sistemas, responda quanto à INSTITUIÇÃO DE SAÚDE ONDE ATUALMENTE DESEMPENHA FUNÇÕES como Enfermeiro:

Divulga, promove e monitoriza a implementação da Norma 001/2017, relativa à Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados\*

- Sim
- Não

**Se respondeu NÃO, indique:**

O serviço de emergência/urgência onde desempenha funções, utiliza outras ferramentas ou métodos para transferência de informação padronizados, que não a ISBAR

- Sim
- Não

**Se respondeu SIM, indique qual:**

- RESPOSTA CURTA -

Desenvolve formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação (métodos como observação em tempo real e feedback de desempenho, simulação e interpretação de papéis, outros...) \*

- Sim
- Não

Identifica responsáveis pela promoção da melhoria da qualidade, e fornece reforço positivo aos profissionais que realizam transferências, de acordo com o processo padronizado pela instituição \*

- Sim
- Não

**Obrigado pela sua participação!**

**Apresentam-se resultados, conforme delineado no projeto:**

- ECETIS

### **Recomendar o seguinte, independentemente dos valores obtidos:**

Para incrementar a sua adaptação ao meio ambiente lembre-se que todos os espaços são construídos por indivíduos, e os indivíduos são moldados pelo espaço e pelo ambiente ao seu redor. Ou seja, quanto melhor a adaptabilidade do indivíduo a um ambiente, melhor e mais rápido esse indivíduo será capaz de se comunicar de forma eficaz. Se essa adequação existe, será capaz de se expressar de forma mais adequada e persuadir os outros a encontrar as palavras e comportamentos mais adequados nas interações que estabelece. Comportamentos como acenar positivamente com a cabeça, contato visual direto e frequente, tocar quando apropriado, além de palavras corretas e empáticas, mostrando aceitação, carinho, proximidade e confiança, podem potenciar relações empáticas.

Contudo, pense e aja de acordo com as necessidades que vivencia ou considera relevantes; no fundo defenda os seus direitos sem negar os direitos dos outros.

Contribuirá para demonstrar segurança, decisão e firmeza, bem como proatividade e assertividade.

Na gestão da interação, não se esqueça que o feedback deve ser bidirecional, tanto em termos de demonstração de compreensão, quanto em relação a perceber o que os outros comunicam. Muitas vezes pela comunicação não verbal como vimos. Olhar é também uma forma de comunicar! Denote que perceber o que as pessoas sentem, sem que elas verbalizem, constitui uma importante habilidade de comunicação, porque as pessoas raramente usam palavras para nos dizer exatamente como se sentem. Em suma, não se esqueça que os relacionamentos interpessoais são dinâmicos e bidirecionais, e que na transição de cuidados ao doente crítico, todos juntos serão sempre mais fortes!



