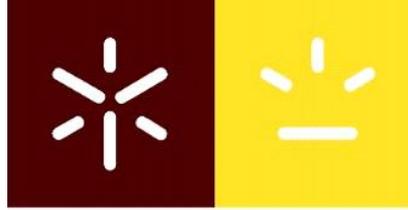


utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Pedro Miguel das Neves Lounet Costa

Informação relevante na transição dos
cuidados de saúde num serviço de
urgência tendo em conta a continuidade
dos cuidados de saúde



utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Pedro Miguel das Neves Lounet Costa

Informação relevante na transição dos
cuidados de saúde num serviço de
urgência tendo em conta a continuidade
dos cuidados de saúde

Dissertação de Mestrado em

Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Paula Cristina Soares de Encarnação

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Agradecimentos

Uma longa viagem, um percurso feito de avanços e retrocessos, assim se define o caminho daqueles que se entregam à investigação. Uma permanente luta entre o raciocínio e o desafio da escrita, o cuidado com as palavras e com a objetividade, um compromisso com a veracidade dos dados.

Em suma, um caminho transformador, não apenas numa perspetiva académica e profissional, mas também pessoal, na medida em que somos desafiados permanentemente nos receios e na gestão das emoções. Um caminho acompanhado direta ou indiretamente por todos aqueles que nos são próximo, e como tal merecedores do mais sincero agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Encarnação pela partilha de conhecimento, a sua experiência e disponibilidade, foi sem dúvida preponderante neste percurso académico, o qual foi fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os profissionais de saúde do serviço de urgência, com os quais fui ao longo do tempo debatendo o tema, procurando compreender a sua sensibilidade. Aos profissionais de saúde que aceitaram participar neste estudo e partilhar a sua perceção e a sua visão acerca desta problemática.

Aos meus pais. Obrigado pelo amor, pelo apoio incondicional e pela disponibilidade demonstrada em tantos momentos.

À Filó, pelas conversas, pelas discussões académicas, pelo privilégio do caminho ter sido feito de mãos dadas, olhos nos olhos...

Um agradecimento especial ao Miguel, pela capacidade de compreensão em todos os momentos que se viu privado do pai. Que se recorde sempre ao longo da vida que o mais importante não é a meta, mas o caminho que percorremos para lá chegar. Afinal, muito daquilo que somos resulta das conversas, das leituras e sobretudo de uma escuta atenta.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 26 de dezembro de 2021

Nome Completo: Pedro Miguel das Neves Lounet Costa

A handwritten signature in black ink, reading "Pedro Miguel das Neves Lounet Costa". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Resumo

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde na transferência de informação clínica é determinante para garantir a segurança dos cuidados, contribuindo para ganhos em saúde. Eventos adversos ocorrem como consequência de falhas de comunicação, resultantes da omissão ou deturpação de informação clínica, originando decisões terapêuticas erradas. A transição de cuidados de saúde entre equipas de enfermagem no fim do turno é uma prática recorrente na prática dos enfermeiros. O serviço de urgência é descrito como um contexto de exercício profissional exigente e complexo como resultado do elevado número de doentes e de variações na afluência, da instabilidade clínica do doente e ainda da intervenção em simultâneo de vários profissionais de saúde. Nesta perspetiva, num serviço de urgência, a transição de cuidados entre equipas de enfermagem no fim de um turno, configura-se como um verdadeiro desafio, podendo ser entendido como um cenário de alto risco. A evidência científica demonstra que uma metodologia estruturada de transição de cuidados apresenta resultados positivos, contribuindo para uma prática segura, promotora de ambientes seguros. O sucesso de uma metodologia é garantido pelo envolvimento da equipa de enfermagem, assim como da sua adaptabilidade ao contexto. **Objetivos:** Compreender a perceção dos enfermeiros acerca da transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência; descrever qual a informação relevante para os enfermeiros de um serviço de urgência, na transição dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde. **Método:** Estudo transversal, de natureza qualitativo, exploratório, que incluiu 14 enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência médico – cirúrgico (SUMC), com uma experiência profissional média (DP) de 10.64 (4.64) anos e com uma experiência profissional no SUMC (DP) de 4.64 (3.85) anos. A amostra contemplou enfermeiros generalistas e enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem. A recolha dos dados foi efetuada com recurso a uma entrevista semiestruturada, as quais ocorreram entre março e junho de 2021. **Resultados:** Relativamente à perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados, concluímos existem diferenças entre a transição de cuidados do turno dia/noite face à transição do turno noite/dia, resultante das variações de afluência de doentes. A informação selecionada é determinante para a definição de prioridades e para a continuidade dos cuidados. O facto de a transição de cuidados ser apenas verbal, condiciona negativamente a segurança dos cuidados. O modelo biomédico é dominante no exercício profissional dos enfermeiros no SUMC, no entanto existe a consciência de que deve existir maior visibilidade da autonomia dos enfermeiros aquando da seleção da informação a partilhar na transição de cuidados. Esse momento deve ainda assumir um papel formativo dentro da equipa de enfermagem. A confidencialidade da

informação clínica configura-se como um desafio, devendo por isso ser alvo de preocupação por parte dos enfermeiros. No que se refere à informação relevante, tendo em conta a continuidade dos cuidados, identificou-se um conjunto de dados relativamente à informação referente ao doente, evolução da situação clínica atual e informação referente às intervenções autónomas de enfermagem.

Conclusões: Globalmente conseguiu-se um elevado nível de consenso em relação à perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num SU, bem como da informação que os mesmos apontam como sendo relevante tendo em conta a continuidade dos cuidados, acautelando deste modo a segurança do doente. Identificamos ainda um conjunto de opiniões que corroboram estudos anteriores, o que acreditamos contribui para a consolidação do conhecimento científico.

Palavras – Chave: comunicação; enfermagem; handoff, serviço de urgência; transição de cuidados.

Abstract

Effective communication between health professionals in transferring clinical information is determinant to guarantee the safety of care, thus contributing to health gains. Adverse events occur as a consequence of bad communication between professionals, as a result of omissions or misrepresentation of information, leading to wrong therapies decisions. The transition of health care between nursing teams at the end of the shift, is a recurrent practice in nurses' practice. The emergency department is described as a context of demanding and complex professional practice as a result of the high number of patients and affluence variations, the patient's clinical instability and also the simultaneous intervention of different health professionals. In this perspective, in an emergency department, the transition of care is a real challenge and can be understood as a high-risk scenario. Scientific evidence demonstrates that a structured methodology of transition of care has positive results, contributing to a safe practice that promotes safe environments. The success of a methodology is guaranteed by the commitment of the team, as well as the adaptability to the context. **Objectives:** understand the nurse's perception about the transition of health care in an emergency department; describe relevant information for nurses in an emergency department, in the transition of care, taking into account the continuity of health care. **Method:** Cross-sectional study of qualitative, exploratory nature, which included 14 nurses working in a service Emergency Medical - Surgical (SUMC) department, with an average professional experience (SD) of 10.64 (4.64) years and with a professional experience at SUMC (SD) of 4.64 (3.85) years. The sample consisted of generalist nurses and nurses holding a post-graduate course of specialization in nursing. The collection of data was performed using a semi-structured interview, which took place between march and june 2021. **Results:** Regarding the nurse's perception about the transition of care, we concluded that the shared information is influenced by the admission of patients and it is differences between the day/night care transition versus the night/day care transition. The information is crucial for setting priorities and for the continuity of care. The fact that transition of care is only verbal, affects in negative way the safety of the care. The biomedical model is dominant in the professional practice of nurses at SUMC, however, there is awareness that must be increased a visibility of the autonomy of the nurses when selecting the information to share in the transition of care. This it must also take on a formative role within the nursing team at this time. The confidentiality of clinical information is a challenge and should be a targeted for nurse's concern. When we describe the relevant information, considering the continuity of care, it was possible to identify as relevant patient information, the evolution of the current clinical situation and information regarding autonomous nursing interventions. **Conclusions:** Overall, a high level of consensus

was achieved regarding the perception of nurses about the transition of care in an emergency department, as well as the information they identify as relevant taking to the continuity of care, always regarding the patient's safety. We also identified a set of opinions that corroborate previous studies, which we believe contributes to the consolidation of scientific knowledge.

Key words: communication; emergency service; handoff; nursing; transition of care.

ÍNDICE

Introdução.....	20
Capítulo 1 – A pessoa em contexto de cuidados de urgência.....	25
1.1. Conceito e caracterização do serviço de urgência.....	26
1.2. Cuidados de enfermagem em contexto de urgência.....	28
1.2.1. Valorização da autonomia dos enfermeiros.....	30
Capítulo 2 - Segurança dos cuidados de saúde.....	34
2.1. Perspetiva histórica e global.....	34
2.2. Transição de cuidados de saúde.....	37
2.3. Eventos adversos: indicador de segurança dos cuidados de saúde.....	39
2.4. O contributo da estruturação da transição dos cuidados para a segurança do doente.....	41
Capítulo 3 – Metodologia e objetivos.....	43
3.1. Tipo de estudo e participantes.....	43
3.2. Questão de investigação e objetivos do estudo.....	44
3.3. Contexto do estudo.....	45
3.4. Procedimento de recolha de dados.....	47
3.5. Procedimento de análise de dados.....	47
3.6. Considerações éticas.....	48
Capítulo 4 – Resultados.....	50
Estudo - Perceção dos enfermeiros acerca da transição dos cuidados de saúde: informação relevante num serviço de urgência.....	50
Conclusão.....	86
Referências Bibliográficas.....	92
Anexos.....	97
Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética da Unidade de Saúde Hospitalar.....	98

Anexo 2 – Autorização da Diretora do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC)	100
Anexo 3 – Autorização da Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC).....	102
Anexo 4 – Consentimento Informado.....	104
Anexo 5 – Guião da Entrevista	106

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACSQHC – *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*

BO – Bloco Operatório

CISD – Classificação Internacional para a Segurança do Doente

CNQ – Conselho Nacional de Qualidade

DGS – Direção Geral da Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

IHI – *Institute for Healthcare Improvement*

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

JCI – *The Joint Commission International*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RRH – Rede de Referência Hospitalar

SClínico – Sistema Clínico Hospitalar

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

WC – Via Verde Coronária

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Alocação dos Enfermeiros de Acordo com as Áreas de Prestação de Cuidados do SU.....	46
Tabela 2 - Temas e Categorias que Suportam as Questões da Entrevista	56
Tabela 3 - Perceção dos Enfermeiros Acerca da Transição de Cuidados de Saúde - Categorias, Indicadores e Descrição Operacional.....	58
Tabela 4 - Perceção dos Enfermeiros Acerca da Transição de Cuidados - Codificação	61
Tabela 5 - Perceção dos Enfermeiros Acerca da Transição de Cuidados de Saúde - Categorias e Unidades de Registo	63
Tabela 6 - Informação Relevante na Transição de Cuidados de Saúde - Categorias, Indicadores e Descrição Operacional	65
Tabela 7 - Informação Relevante na Transição de Cuidados de Saúde - Codificação	68
Tabela 8 - Informação Relevante na Transição de Cuidados - Categorias e Unidades de Registo.....	70
Tabela 9 - Informação Relevante na Transição de Cuidados de Saúde num SU.....	72

O presente estudo de investigação foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, iniciado em setembro de 2019, no qual nos foi proposto o desenvolvimento de um trabalho de investigação, numa área de interesse pessoal ou profissional, no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Neste sentido, a opção pela temática relacionada com a transição dos cuidados de saúde entre equipas de enfermagem no fim do turno, decorreu do interesse pessoal do investigador em aprofundar conhecimentos na área da segurança dos cuidados, em particular no serviço de urgência (SU), onde desenvolve a sua prática profissional desde longa data, mas também pela ambição de reunir um conjunto de informações que possibilitem o desenvolvimento de uma metodologia que estruture a informação clínica, contribuindo assim como suporte ao exercício profissional dos enfermeiros.

A transferência de informação entre equipas de enfermagem no fim do turno é uma prática diária dos enfermeiros, representando por isso um momento relevante, mas também complexo, o qual acarreta em si um potencial contributo para a ocorrência de erros na tomada de decisão, resultantes de omissões ou deturpação da informação (Friesen et al., 2008). Entendido como “um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal, e com a finalidade de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p.1).

Ao longo dos últimos anos, temos vindo a assistir ao esforço e investimento por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) no sentido de sensibilizar as instituições de saúde para a importância de implementar diretrizes promotoras da segurança dos contextos de prática clínica. No entanto, as diferentes vertentes da segurança dos contextos assistenciais continua a configurar-se como um desafio e uma aposta, encontrando-se patente no Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 – 2030 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Este plano tem como missão impulsionar políticas, estratégias e ações baseadas na evidência científica, experiência do doente, com o objetivo de eliminar todas as fontes de risco evitáveis e passíveis de dano para o doente e para os profissionais de saúde (OMS, 2021).

Em resposta a este desafio, Portugal criou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, vindo a ser prolongada esta estratégia com um novo plano vigente no período compreendido entre 2021-2026.

Neste domínio, a comunicação eficaz, assume um papel preponderante na complexidade da prestação de cuidados, devendo por isso ser entendida como um dos pontos principais de investimento por parte das instituições de saúde. A nível internacional as falhas de comunicação são a principal causa de eventos adversos na saúde. Cerca de 70% desses eventos, ocorrem devido a falhas na transmissão de informação relevante entre profissionais de saúde no momento da transição dos cuidados (OE, 2017).

No sentido de minimizar eventuais danos inadvertidos, Bukoh e Siah (2020) sublinham a gestão da continuidade como objetivo para proporcionar cuidados seguros e eficazes, reduzindo deste modo o risco de eventos adversos. Acrescentam ainda que, para conseguir tal objetivo, a boa comunicação dentro da equipa de enfermagem é um requisito essencial.

Centrando esta problemática na dinâmica do SU, o objetivo de assegurar um correto fluxo de informação, configura-se seguramente como um desafio maior, decorrente do elevado número de doentes, da afluência dos mesmos que não é constante, assim como das intervenções de enfermagem associadas à instabilidade clínica do doente, constituindo deste modo um risco elevado de partilha inadequada de informação entre profissionais de saúde (Kerr et al., 2014). Esta ideia, é corroborada pela opinião de Wong et al. (2008) e Heilman et al. (2016), quando afirmam que a transição de cuidados num serviço de urgência/emergência configura um cenário de alto risco.

Relativamente à abordagem com melhor evidência científica no sentido de contornar esta problemática, as orientações internacionais reúnem consenso, sugerindo que esta deve seguir uma metodologia estruturada ou padronizada da informação (OMS, 2007). Hoje sabemos que a implementação desse tipo de ferramenta promove ganhos em saúde, contribuindo para o decréscimo do número de dias de internamento, assim como da mortalidade ou de situações de ameaça à vida (Mardis et al., 2017).

A revisão sistemática da literatura efetuada por Bukoh e Siah (2020) menciona a existência de diversas metodologias que facilitam esse processo, com recurso à estruturação do raciocínio. No entanto, os estudos desenvolvidos ao longo do tempo, analisam maioritariamente o contexto de internamento (Yáñez-Corral & Zárate-Grajales, 2016; Silva, Anders, Rocha, Souza, & Burciaga, 2016; Corpolato et al., 2019). Como nos refere Currie (2002), Klim et al. (2013) e Wilson (2011), a perceção dos enfermeiros acerca da informação relevante durante a transição dos cuidados de saúde no SU não foi ainda suficientemente

estudada, existindo uma lacuna no que concerne a um instrumento adaptado, que se configure como facilitador e promotor da segurança dos cuidados.

A Direção Geral da Saúde (DGS), seguindo a orientação da OMS recomenda a implementação da metodologia I - SBAR, propondo que seja despendido o tempo necessário por parte de todos os profissionais, com o objetivo de que a informação consiga em todos os momentos transitar entre profissionais de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

Estas recomendações que desafiam os serviços a adotarem uma metodologia que se adegue à sua realidade, implica a reflexão e seleção/organização da informação entendida como um contributo para a continuidade dos cuidados. De encontro a esta linha de pensamento, Santos e Ferrão (2015) vão mais longe, afirmando que o importante não é a modelo adotado, mas sim o desenvolvimento de um projeto enquadrado na equipa e na realidade. Este deve ser avaliado e auditado, de forma a introduzir as mudanças necessárias. É por isso necessário juntar a equipa de enfermagem e procurar a implementação de melhorias ao nível da comunicação através da reflexão e análise constante das práticas.

Percorrido o percurso que nos permite compreender que deve haver um investimento na adoção de uma metodologia estruturada de transição de cuidados, abre-se então o debate em torno da seleção da informação considerada relevante, com particular realce para aquela que decorre das intervenções autónomas dos enfermeiros. E neste domínio, apesar do esforço desenvolvido pela OE no sentido da valorização da autonomia, com recurso ao quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros, a prática evidencia ainda um distanciamento entre os modelos decorrentes das teorias de enfermagem e os modelos adotados na prática clínica (Fernandes et al., 2015). Mantém-se por isso, a perceção de que o modelo biomédico, com uma perspetiva fragmentada da pessoa, centrado na gestão de sinais e sintomas, e uma atividade por parte dos enfermeiro de proximidade e colaboração com a medicina, continua a ser dominante, existindo dificuldade em introduzir aspetos característicos dos modelos de enfermagem (Ribeiro et al., 2019).

O referido anteriormente encontra-se particularmente patente na natureza intrínseca dos cuidados de saúde desenvolvidos num SU, no entanto, também sabemos que hoje e de acordo com o Relatório do Grupo de Trabalho – SU (2019), entre dezembro de 2017 e novembro de 2018, apenas 50% dos doentes que acorreram aos SU foram triados como doentes urgentes. A análise da realidade, evidencia um envelhecimento progressivo da população como resultado do aumento da esperança média de vida. Esta mudança faz com que hoje nos SU se encontre um número elevado de doentes com doença crónica e

multimorbilidade (Grupo de Trabalho - SU, 2019). Esta mudança no paradigma assistencial em contexto de urgência, levanta questões não só acerca da natureza dos cuidados, mas também sobre a opção referente à informação relevante a ser alvo de partilha aquando da transição de cuidados.

Nesta perspetiva, e face ao exposto anteriormente, desenvolvemos o presente estudo orientado pelos seguintes objetivos:

- Compreender a perceção dos enfermeiros acerca da transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência;
- Descrever qual a informação relevante para os enfermeiros de um serviço de urgência, na transição dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde.

Com o propósito de alcançar os objetivos apresentados anteriormente, desenvolveu-se um estudo transversal, de natureza qualitativo, exploratório, sendo o mesmo desenvolvido num SU de uma instituição hospitalar do Norte de Portugal.

O trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos. A introdução versa acerca da problemática em estudo, dos objetivos delineados, bem como da metodologia adotada. Seguem-se posteriormente o capítulo um e dois referentes ao enquadramento teórico que suporta o desenvolvimento do estudo, nos quais são abordamos os conceitos chave, assim como a evidência científica referente à temática em estudo. No capítulo três abordamos a metodologia adotada, encontrando-se o tipo de estudo e participantes, questão de investigação e objetivos de estudo, contexto do estudo, procedimento de recolha de dados, procedimento de análise de dados, terminando com um conjunto de considerações éticas. No capítulo quatro apresentamos os resultados, nomeadamente o estudo referente à “Perceção dos Enfermeiros acerca da Transição de Cuidados de Saúde: Informação relevante num serviço de urgência”. Por fim apresentamos as conclusões referentes à investigação desenvolvida. Concluímos com a apresentação das referências bibliográficas, assim como os anexos que servem de suporte ao presente trabalho.

Para a realização deste trabalho, seguimos como norma de referenciação bibliográfica, a *American Psychological Association* (7^a edição), assim como a norma de formatação gráfica de teses e dissertações de mestrado da Universidade do Minho.

Acreditamos que o desenvolvimento deste estudo permite o avanço do conhecimento no que concerne ao processo de transição de cuidados de saúde em contexto de urgência, entre equipas de enfermagem, assim como responde ao desafio patente no atual Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-

2026, na medida em que vai de encontro ao terceiro pilar estratégico, quando coloca a tónica na relevância de uma “comunicação efetiva ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho nº 9390/2021, p.100).

A pessoa perante uma situação de doença súbita é dominada por sentimentos de medo, angústia e ansiedade decorrentes da incerteza acerca da sua situação de saúde/doença, o que poderá desencadear o sentimento de falta de controlo sobre as suas circunstâncias de vida.

Por vezes a dimensão que a doença assume, leva a que as necessidades fisiológicas se sobreponham a uma perspetiva holística e abrangente, desenquadrando a pessoa do seu contexto familiar e social. Ao ser admitida num SU, a pessoa encara uma posição frágil, de dependência, a qual faz com que pouco possa decidir sobre os cuidados aos quais é submetida. Paralelamente, inúmeras vezes vê a sua privacidade colocada em causa, vivenciando sentimentos de vulnerabilidade física e emocional. Esta perspetiva conduz-nos à ideia de despersonalização e desumanização resultante da valorização técnica em contraponto com o cuidado centrado na natureza individual de cada pessoa, também ela com a necessidade de segurança emocional.

O SU induz então uma prática diferente, menos personalizada por parte dos profissionais de saúde comparativamente aos serviços de internamento. Esta realidade decorre da necessidade de atuar rapidamente, do número elevado de doentes face ao espaço físico e recursos disponíveis, e do breve tempo que em geral os doentes permanecem.

Refere Alminhas (2007) que a pessoa na admissão perde o seu estatuto de independência, torna-se doente. Esta noção, coloca o debate em torno do conceito de pessoa, utente ou doente. Abordando esta ambiguidade de conceitos, Phaneuf (2005) defende o termo doente ou pessoa doente, procurando sublinhar intencionalmente que o conceito de que o doente é acima de tudo uma pessoa. Por outro lado, o termo utente acarreta em si a noção de possibilidade de escolha, o que na maior parte das vezes não acontece com aqueles que recorrem ao SU. Importa ainda salientar que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8), definem pessoa como, “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”.

Em bom rigor, a opção pelo termo que melhor define a pessoa que ocorre ao SU torna-se difícil, decorrente também do elevado número de situações com as quais os profissionais de saúde se deparam

na sua prática diária, as quais não se revestem de caráter urgente, mas sim da falta de conhecimento ou comodidade por parte dos utilizadores dos sistemas de saúde. Não obstante, todos eles vivenciam uma situação de doença e como tal, parece-nos sensata a perspectiva de Phaneuf quando aborda o conceito de pessoa doente ou de um modo mais simples doente, enquanto ser individual com liberdade de escolha, com um comportamento suportado em valores e crenças, mas que, num determinado momento vivencia também ele um processo de transição saúde/doença.

1.1. Conceito e caracterização do serviço de urgência

Os SU têm sido, no decorrer das últimas décadas uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Desde sempre procurados pelas mais diversas razões, por motivos com maior ou menor urgência ou gravidade, foram-se transformando progressivamente numa das portas de entrada do SNS. Esta realidade leva a um consumo desadequado de recurso humanos e financeiros, desvirtuando a natureza do próprio serviço subjacente ao conceito de urgência/emergência.

A DGS (2001, p.7), através da criação da Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência clarifica o conceito de urgência como sendo “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”. A mesma entidade esclarece ainda que emergências “são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”.

O Relatório de Grupo de Trabalho - SU, constituído em 2019 no sentido de estudar os diferentes modelos organizativos, lembra que “O serviço de urgência é considerado um serviço de ação médica hospitalar. Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência, criação essa dirigida à progressiva diferenciação e maior disponibilidade dos profissionais neles integrados” (Grupo de Trabalho - SU, 2019, p.2).

O mesmo relatório acrescenta que os SU continuam a ser desafios no SNS pelas particularidades de que se revestem, sujeitos à realidade onde estão inseridos, com uma dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de forma rápida e não programada, exigindo grande flexibilidade de adaptação por parte dos profissionais de saúde. Neste contexto de complexidade, é exigido cada vez mais uma resposta atempada, eficaz e cientificamente adequada.

Numa perspectiva de organização e relações de referência, em 2014, o Ministério da Saúde (MS) publica o Despacho nº 10319/2014 em que classifica os SU segundo a sua diferenciação técnica e capacidade de resposta.

- Serviço de Urgência Básico (SUB) – São o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência. São compostos por dois médicos, dois enfermeiros, um assistente operacional com funções de auxiliar de ação médica e um assistente técnico. Possuem ainda uma ambulância de suporte imediato de vida (SIV), ativável pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), cujo elemento de enfermagem participa, além da atividade pré-hospitalar, na prestação de cuidados no serviço de urgência e colabora no transporte de doentes críticos. Podem localizar-se em hospitais ou nos cuidados de saúde primários.
- Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) – É o segundo nível de acolhimento de situações de urgência, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para Serviços de Urgência Polivalente (SUP). São compostos por equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde necessários à prestação de cuidados, de acordo com a respetiva área de influência. Como valências médicas obrigatórias, são compostos por medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório em permanência, imagiologia e patologia clínica. Poderão ainda contemplar especialidades como cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia, obstetrícia, cirurgia pediátrica, psiquiatria, pneumologia, gastroenterologia e unidades de medicina intensiva. Nas especialidades não disponíveis, os SUMC deverão articular-se com os SUP de acordo com a RRH. Os SUMC têm ainda uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência, assim com uma área de cuidados intermédios. As unidades de cuidados intensivos devem prestar apoio à receção do doente emergente/crítico. Os SUMC possuem ainda uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER).
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP) – É o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência. Para além dos recursos referentes ao SUMC, o SUP deve contemplar as valências médicas de neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética nuclear, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiorácica,

cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e medicina intensiva. Tal como os SUMC também possuem uma VMER.

Apesar do esforço que tem vindo a ser desenvolvido com o objetivo de criar uma rede de SU organizada, com diferentes níveis de diferenciação, inserida no SNS, a verdade é que continuamos a constatar uma alta prevalência de situações clínicas que não configuram em si uma urgência, as quais afetam negativamente a capacidade de resposta dos profissionais de saúde, diminuindo a satisfação do doente, reduzindo consequentemente a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Ainda de acordo com o Relatório do Grupo de Trabalho – SU (2019), entre dezembro de 2017 e novembro de 2018, apenas 50% dos doentes foram triados como doentes urgentes. A análise destes números certamente implicaria uma discussão ampla e aprofundada, no entanto existem algumas causas que são facilmente percecionáveis, como o envelhecimento progressivo da população em consequência do aumento da esperança média de vida que tem vindo a crescer nos últimos anos. Estas mudanças condicionam alterações nos padrões de doença, sendo clara a maior procura por parte de doentes com doenças crónicas, associadas a condições de multimorbilidade (Grupo de Trabalho - SU, 2019).

Esta realidade tem implicações também na perspetiva dos enfermeiros no que se refere ao conceito e entendimento dos cuidados prestados ao doente em contexto de urgência. Ou seja, uma visão dos cuidados de enfermagem alicerçada no modelo biomédico, restrita e centrada na doença ou uma perspetiva mais ampla do doente, privilegiando um modelo holístico, contribuindo para uma maior valorização da autonomia, com um reforço do campo de ação dos enfermeiros enquanto profissionais inseridos numa equipa multidisciplinar, acrescentando deste modo valor e reconhecimento social.

1.2. Cuidados de enfermagem em contexto de urgência

Quando adotamos uma perspetiva crítica e reflexiva acerca da conceção dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência, importa antes de mais abordar dois aspetos centrais. O primeiro, que se refere ao conceito de pessoa em situação crítica e um segundo aspeto que se prende com os cuidados de enfermagem especializados resultantes do perfil de Competências Específico do Enfermeiros Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica.

Com recurso ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a OE clarifica que “a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, p.8656). Relativamente à natureza dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, a mesma entidade refere que:

“os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil” (Regulamento nº 124/2011, p.8656).

Quando refletimos acerca desta conceção dos cuidados, compreendemos em primeiro plano que estamos face ao doente urgente ou emergente, aquele que vê a sua vida ameaçada, e que estamos também perante a uma enfermagem altamente técnica e vigilante, com o foco na deteção precoce de complicações, com uma perspetiva próxima do modelo biomédico, com uma visão da fragmentada da pessoa, com carácter curativo, com um conjunto de intervenções decorrentes do diagnóstico.

Procurando enquadrar esta definição na realidade dos SU em Portugal, cuja definição se encontra desvirtuada por um conjunto alargado de episódios de urgência que não se revestem de carácter urgente, pelos mais diversos motivos, mas que esperam, no entanto, por parte das instituições uma resposta para a resolução dos seus problemas, abre-se então o debate em torno da conceção dos cuidados de enfermagem de urgência.

Neste sentido, Alminhas (2007, p.57) propõe a definição de enfermagem de urgência, como a “prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções”. Acrescenta

ainda, que a enfermagem de urgência é “um misto complexo de capacidades, experiências e de saber personalizado”.

Esta noção de complexidade, experiências e saber personalizado é interessante, remetendo para o conceito de pessoa enquanto ser único, detentor de expectativas e dignidade própria, e por outro lado a capacidade de adequação que se exige por parte dos enfermeiros em cada momento. Esta diversidade de situações, em que num momento estamos face a uma pessoa em situação de doença crítica e no momento seguinte estamos confrontados com o fim de vida do doente idoso, com diversas comorbidades, desafia-nos à reflexão em torno da conceção dos cuidados de enfermagem de urgência, nomeadamente uma prática dominada pelo modelo biomédico, inúmeras vezes fragmentada, ou um olhar mais amplo, com uma valorização da autonomia, procurando uma prática assente nas teorias de enfermagem.

1.2.1. Valorização da autonomia dos enfermeiros

Nos últimos anos assistimos ao desenvolvimento disciplinar da enfermagem, quer no domínio profissional, associado à crescente complexidade das técnicas e dos processos assistenciais, quer no domínio do ensino, com o investimento por parte dos estabelecimentos de ensino superior na área da investigação, quer também pela evolução da necessidade de cuidados de saúde, por parte da pessoa, e decorrente do aumento da esperança média de vida.

Em paralelo com os três aspetos mencionados anteriormente, as mudanças nas políticas de saúde, e a reflexão acerca do sentido orientador que deve ser dado à profissão, fizeram com que alguns países criassem um espaço para o debate em torno do conceito de “*Advanced Nursing Practice*” (Silva, 2007).

O International Council of Nurses (ICN, 2009) clarificou este conceito de enfermeiro da prática avançada como um enfermeiro que adquiriu uma base de conhecimentos especializados, habilidades complexas na tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país em que ele é credenciado para a prática. O mestrado é recomendado para o nível de entrada. Refere Olímpio (2018) que existem condições obrigatórias necessárias para a prática avançada de enfermagem, como sejam, uma preparação educacional num nível avançado, para fins de reconhecimento formal, um papel funcional que integre a pesquisa, educação, prática e gestão, alto grau de autonomia profissional, avaliação avançada e capacidades diagnóstica e de decisão.

Numa abordagem crítica, o conceito de prática avançada de enfermagem permite-nos perceber que estamos perante um enfermeiro que tem um nível de formação mais elevado, com um corpo de conhecimentos aprofundado numa determinada área, que suporta a sua prática e toma de decisões na pesquisa e na educação e que a autonomia deve ser privilegiada. Este conceito, se por um lado faz sentido, por outro é bastante vago na medida em que, as competências clínicas para a prática expandida são moldadas pelo contexto onde o enfermeiro exerce a profissão.

É nesta ambiguidade que Queirós (2017) levanta a questão sobre a direção e o sentido que deve ser dado à expansão da prática dos enfermeiros. Nesta reflexão surgem então dois conceitos centrais que pretendem clarificar as opções que podem ser tomadas. O conceito de “Prática Avançada” e o conceito de “Enfermagem Avançada” (Silva, 2007). Acrescenta o mesmo autor que estamos face a uma enfermagem definida pela teoria de enfermagem ou a prática de enfermagem baseada no modelo biomédico, evoluindo no sentido da prescrição de medicamentos e de exames complementares de diagnóstico, podendo a longo prazo substituir algumas competências médicas, descorando aquilo que é a essência da profissão que é o “cuidar”, com uma visão holística e abrangente que possibilite ser uma mais-valia nos processos de transição vividos ao longo da vida.

Podemos então estar a falar de uma enfermagem de prática avançada biomédica, e nesse sentido dificilmente estaremos a falar de uma enfermagem disciplinarmente assumida, com um campo de ação próprio e autonomia na sua prática profissional. Ou podemos ter uma enfermagem de prática avançada, com o progresso a verificar-se no reforço das suas intervenções autónomas, como o reforço do seu campo disciplinar, de saberes próprios e de ação específica (Queirós, 2017). Este pensamento certamente vem reforçar o mandato social e a natureza específica da disciplina de enfermagem no espaço multidisciplinar da prestação de cuidados de saúde, no domínio das ciências da saúde, ganhando ainda relevância por parte da sociedade.

Também na transição dos cuidados é importante perceber que esta dicotomia está presente na valorização da informação decorrente das intervenções autónomas, resultantes das prescrições dos enfermeiros. Caso contrário, certamente estaremos a subestimar o “Core” ou núcleo central, ênfase, âmbito, que caracteriza as particularidades, quer da disciplina no espaço multidisciplinar do domínio das ciências da saúde, quer da profissão de “Enfermeiro” no espaço multiprofissional dos contextos de prestação de cuidados (Silva, 2007). Clarificando esta dualidade, sobressai o papel regulador da OE, e das Universidades enquanto promotores do conhecimento que hoje os enfermeiros conseguem transpor para a prática profissional decorrente de uma prática baseada na evidência. A OE com recurso ao quadro

de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros, sustentado nos seguintes pilares: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que permite a “salvaguarda, no essencial, os aspetos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia” Decreto Lei nº 161/96 , o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Gerais e Especializados, nomeadamente no sexto padrão que se refere à organização dos cuidados de enfermagem, com ênfase nas opções de documentação, e às Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e Especializados, tem vindo a contribuir para uma definição clara do campo de ação dos enfermeiros, no sentido do reforço da autonomia que promove a enfermagem como disciplina autónoma, com um corpo de saberes sustentado num referencial teórico.

Uma enfermagem avançada também se desenvolve com recurso à adoção por parte das instituições de saúde de modelos de prática profissional, essenciais à promoção da excelência na prática de enfermagem (Harwood et al., 2013).

Em Portugal, apesar da evidência científica produzida pelos enfermeiros e do quadro de suporte ao exercício profissional exposto anteriormente, as atitudes e práticas denunciam o distanciamento entre os modelos expostos nas teorias de enfermagem e os modelos de exercício profissional usados nos contextos da prática (Fernandes et al., 2015). As investigações desenvolvidas nesta área, evidenciam que apesar do caminho já percorrido, existe uma perceção de que o modelo biomédico, no qual os enfermeiros atribuem a prioridade à gestão de sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração com a medicina, é ainda dominante e que há dificuldade em introduzir aspetos característicos dos modelos de enfermagem, derivado do desenvolvimento disciplinar (Ribeiro et al., 2019). Esta realidade não é apenas portuguesa, mas existe também em outros países onde estes constrangimentos estão patentes (Zarzycka et al., 2013).

Em sintonia com esta ideia, Ribeiro et al. (2019) referem que há um número significativo de contextos em que as práticas estão tendencialmente centradas na prevenção de complicações e na deteção precoce do agravamento clínico. Como consequência, os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar têm vindo a estar comprometidos, uma vez que refletem uma atuação muito focada em sinais e sintomas (Benedet et al., 2016).

Esta realidade não promove o necessário distanciamento do modelo biomédico, constatando-se que em inúmeros contextos de exercício profissional predominam ainda as práticas fragmentadas e automatizadas (Ribeiro et al., 2019).

Podemos então concluir que, a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento e profissão suportada por um referencial que lhe confere autonomia, deve fazer o esforço por romper com a excessiva dominância do modelo biomédico, pois só assim poderá afirmar o seu campo de ação, obviamente num trabalho de parceria multidisciplinar.

Esta problemática também se reflete na transição de cuidados dos enfermeiros, evidenciada através da seleção da informação considerada relevante, tendo em conta a continuidade dos cuidados, promotora de um ambiente seguro. Neste sentido a questão centra-se em como adotar uma metodologia estruturada de transição de cuidados de enfermagem conseguindo um equilíbrio entre as informações decorrentes de uma perspetiva biomédica dos cuidados, inerente ao SU e aquilo que são as intervenções autónomas dos enfermeiros.

2.1. Perspetiva histórica e global

No domínio da segurança dos cuidados de saúde, OMS em 2009 publicou um relatório de carácter técnico, que veio a ser traduzido em 2011 pela DGS sob o título "Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente" (CISD). Este documento visou definir as classes, conceitos relevantes, terminologia própria e aplicações práticas sobre a segurança do doente.

Neste sentido, a segurança do doente é entendida como a redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável tendo em conta a noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento (OMS, 2009). Recuando na história, em 1999, o relatório norte americano "*To Err is Human: Building a safer health system*" foi um dos primeiros a destacar a segurança como um campo importante a ter em consideração nas políticas de saúde (Corrigan et al., 1999). Posteriormente, em maio de 2002 aquando da 55ª Assembleia Mundial de Saúde, a segurança do doente foi estabelecida como uma prioridade no domínio das políticas de saúde. Mais tarde em 2004, através da *World Alliance for Patient Safety*, foi então possível criar uma aliança internacional para facilitar o desenvolvimento da segurança do doente, constituída por um conjunto de políticas adotadas por todos os Estados Membro (OMS, 2021). A OMS que assume uma preocupação e desenvolve esforços para que os cuidados de saúde possam chegar a todos, nessa altura vai mais longe e desafia os diferentes países para que esses adotem medidas e estratégias que incrementem segurança aos cuidados. Este entendimento implicou por parte de todos os intervenientes a organização de um quadro de atividades visando criar uma cultura, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzissem de modo consistente e sustentável os riscos, bem como a ocorrência de danos evitáveis, tornando o erro menos provável, reduzindo conseqüentemente o seu impacto para o doente (OMS, 2021).

No entanto, apesar dos esforços desenvolvidos na última década, os aspetos relacionados com a segurança do doente nos diferentes contextos da prática clínica continua a ser um desafio evidenciado este ano no Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 – 2030,

resultante da 74ª Assembleia Mundial da Saúde (OMS, 2021). Este plano tem como missão impulsionar políticas, estratégias e ações baseadas na ciência, experiência do doente, com o objetivo de eliminar todas as fontes de risco evitáveis e danos para o doente e profissionais de saúde (OMS, 2021).

Com vista a alcançar os objetivos propostos, é decisivo a implementação de programas de gestão de risco por parte das instituições de saúde, assim como o seu acompanhamento e ajustes necessários ao longo do tempo. Refere a OMS que as instituições devem produzir relatórios de análise de incidentes críticos e com base nesses dados, os governos, investigadores e agências de desenvolvimento global devem projetar melhores políticas, procedimento e práticas de saúde (OMS, 2020). Estas diretrizes revelam o carácter contínuo e de aperfeiçoamento permanente, sustentado numa prática baseada na evidência, devendo ser entendido ao nível das decisões governamentais, institucionais e da prestação direta de cuidados de saúde, devendo para tal cada serviço identificar os principais pontos críticos, promovendo os estudos necessários de modo a implementar as melhores soluções para garantir cuidados seguros.

Esta preocupação numa escala global levanta também questões relacionadas com a equidade ou capacidade de adequação dos diferentes países e sistemas de saúde, tendo em conta que o acesso aos cuidados de saúde ainda permanece desigual quando adotamos um olhar numa dimensão mundial. Resulta desta análise que as medidas a implementar bem como os objetivos a atingir devem ser adequados e ponderados em função dos recursos de cada país e não apenas dos países mais desenvolvidos onde o conhecimento científico é produzido e partilhado com o intuito de atingir níveis de excelência em todos os domínios.

No obstante, e apesar do investimento, é importante ter a noção que as técnicas e tratamento aos quais os doentes se submetem também são cada vez mais complexos, elevando também os eventuais riscos associados.

Nos contextos mais desenvolvidos, a prestação de cuidados de saúde reveste-se de competitividade, obrigando as instituições de saúde a recorrer cada vez mais a programas de acreditação dos seus serviços. Como tal, *The Joint Commission Internacional (JCI)* nos seus padrões para acreditação dos hospitais afirma que estes são desafiadores, alcançáveis e devem estar centrados na segurança e qualidade dos cuidados aos doentes (The Joint Commission Internacional [JCI], 2014)

Adotando a mesma orientação, a Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC] (2019), promove a construção de normas relativas à segurança e qualidade dos cuidados de saúde, bem como elabora e coordena modelos de acreditação para as organizações de saúde.

Também em Portugal, a preocupação com a segurança do doente desde logo foi assumida pelas entidades responsáveis no domínio estratégico ao desenvolverem inúmeros esforços desde 1999, inicialmente com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e do Conselho Nacional de Qualidade (CNQ). A criação destes organismos visava acima de tudo a promoção da qualidade dos cuidados de saúde (Fragata, 2010). Mais tarde, surgiu então a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2009-2014, que tendo em conta o seu sucesso, veio a ser prolongada por um novo período compreendido entre 2015 e 2020 (Despacho n° 5613/2015).

Esta estratégia tem como missão assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. E no domínio da segurança este documento define como uma das prioridades a implementação de um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (Despacho n° 1400-A/2015).

Este plano enuncia nove objetivos estratégicos que vão de encontro às recomendações internacionais presentes no documento intitulado *“The Nine Patient Safety Solutions”*, o qual salienta os principais pontos críticos para a segurança do doente (OMS, 2007a).

O cumprimento destas diretivas é da responsabilidade da DGS, autoridade dependente do MS, a qual implementa esta cultura de segurança nos diferentes níveis de prestação de cuidados do SNS, através da promoção de normas orientadoras (DGS, 2017).

Importa ainda referir que a qualidade e segurança dos cuidados de saúde tem um papel preponderante, uma vez que tem inequívocas implicações quer nos custos económicos e sociais das organizações, quer no grau de confiança nos profissionais de saúde e nas instituições, como também pode ter implicações nos resultados esperados (Sousa, 2006). Esta ideia é corroborada mais tarde por Fragata (2012) quando afirma que têm uma correlação direta, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre mais qualidade, reduzindo os custos de saúde.

2.2. Transição de cuidados de saúde

A segurança do doente durante a prestação de cuidados de saúde passa por assegurar um fluxo de informação clínica entre equipas, nomeadamente de enfermagem, possibilitando que o doente transite na continuidade dos cuidados. Garantir esse fluxo adequado da informação e conhecimento contribui para a diminuição do risco, reduzindo o nível de dano evitável (JCI, 2014).

A mesma instituição alerta ainda para o facto de ser importante existir uma sintonia entre quem entrega a informação e quem a recebe, sob pena de existirem falhas graves de comunicação (JCI, 2017). Bukoh e Siah (2020) realçam que a gestão da continuidade é essencial para proporcionar cuidados seguros e eficazes ao doente, minimizando o risco de eventos adversos, impedindo o erro, e para conseguir isso, a boa comunicação dentro da equipa de enfermagem é um requisito essencial.

Na prática diária dos enfermeiros, o momento de transição de cuidados, entendido neste estudo como a transferência de informação entre equipas de enfermagem no fim de um turno, representa um momento de comunicação privilegiado, pese embora a sua complexidade, configurando em si um potencial contributo para a ocorrência de erros resultantes de omissão ou deturpação da informação clínica, que poderá condicionar as decisões clínicas ou opções terapêuticas (Friesen et al., 2008). Este processo de comunicação pode ser afetado por inúmeras variáveis, algumas de cariz pessoal e outras que podem ser denominadas de variáveis externas. Perry et al. (2020) realçam a perceção, ou seja as vivências pessoais sustentadas nas experiências passadas, os valores, as emoções, a sociocultura, o nível de conhecimentos, a função e as relações hierárquicas, o ambiente e o espaço/território entendido como a distancia que separa duas ou mais pessoas no processo de comunicação.

Em Portugal, o parecer emitido pela OE em 2001, associação pública profissional, responsável pela supervisão e acesso à profissão, bem como a regulamentação da mesma, refere que o momento da transição de cuidados deve ser entendido como “um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade, promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (OE, 2001, p.1).

Com base nessa informação define-se um ponto de partida para a tomada de decisões e como tal não pode ser descorado por parte dos enfermeiros, sendo importante a análise da informação transmitida, inserida no contexto onde o processo decorre. Por outro lado, a consciencialização pela responsabilidade assumida, ou seja, a consciência de que a transição dos cuidados implica a aceitação da responsabilidade sobre a gestão dos cuidados, sendo para tal necessário compreender se todo este processo é feito em segurança, ou pelo contrário uma rotina que não favorece de todo cuidados de enfermagem de qualidade, centrados no doente, que possam dar resposta às suas necessidades.

Este momento de reunião dos enfermeiros vai ainda mais longe, se entendermos que pode ser um momento com um carácter formativo, onde os profissionais devem colocar dúvidas e refletir sobre a prática dos cuidados de enfermagem e o modelo de prática profissional que devem adotar tendo em conta o contexto de exercício profissional. Por último, sublinhar a relevância que a OE atribui à continuidade dos cuidados, estando em conformidade com as preocupações internacionais, nomeadamente da OMS quando refere que as transferências de informação ocorrem em diversos momentos em todo o processo de continuidade de cuidados desde a admissão numa unidade de saúde até ao momento da alta, ocorrendo entre diferentes grupos de profissionais de saúde (OMS, 2007b).

Compreendida a relevância e a opinião consensual de que este momento é relevante na prática clínica, Wong et al. (2008) e Heilman et al. (2016) afirmam no entanto que essa mesma transição num serviço de urgência/emergência configura um cenário de alto risco. Nesta perspetiva, deve ser alvo de particular atenção, caso contrário pode contribuir para resultados negativos (Clinical Excellence Commission, 2008). No Reino Unido, num estudo desenvolvido em serviços de urgência por Currie (2002), foram identificados como principais problemas, as omissões de informação, distrações por parte dos profissionais e quebras de confidencialidade.

Em contexto de urgência, o elevado número de doentes, a afluência dos mesmos que não é constante, bem como as intervenções de enfermagem associadas à instabilidade clínica do doente, são fatores que contribuem para um risco elevado de partilha de informação inadequada entre profissionais de saúde (Kerr et al., 2014).

Como foi referido anteriormente, a quebra de confidencialidade é um dos problemas apontado pelos enfermeiros, encontrando-se diretamente relacionado com o local escolhido para a transição de cuidados, e em torno desta discussão podemos encontrar fundamentalmente dois modelos.

Efetuar a transição de cuidados num local afastado dos doentes, numa sala com maior privacidade e sem interferências, ou por outro lado, próximo do leito do doente. As recomendações internacionais apontam como benéfico este último modelo, porque permite o envolvimento do doente, facilitando a apreensão da informação, permitindo ainda a colocação de questões ou dúvidas (ACSQHC, 2010). Esta recomendação vai de encontro às conclusões de Kerr et al. (2014) em que a transição dos cuidados junto do leito é um método aceitável de transferência de informação, no qual os doentes valorizam a possibilidade de participar e clarificar algumas dúvidas. Mais tarde, o mesmo autor, Kerr et al. (2016) noutro estudo que visava compreender o impacto de um modelo de transferência modificado num departamento de emergência, concluiu existirem divergências de opiniões entre os enfermeiros na medida em que a presença dos doentes e dos acompanhantes são frequentemente vistos como fontes de distração interrompendo e interferindo na concentração dos profissionais de saúde. Efetivamente, contrapondo estes dois modelos, encontram-se aspetos contra e a favor de ambos. Por um lado, o contato visual e o envolvimento do doente nos cuidados é importante, por outro, a eventual perturbação causada na concentração da equipa de enfermagem pode colocar em causa a partilha de informação, violando também o dever de confidencialidade inerente ao exercício profissional. No SU esta problemática além de patente, torna-se pertinente na medida em que as áreas de trabalho são maioritariamente espaços abertos onde são prestados os cuidados de enfermagem e onde também a informação clínica é partilhada entre profissionais de saúde.

2.3. Eventos adversos: Indicador de segurança dos cuidados de saúde

Com o intuito de atingir elevadas metas de segurança, as instituições são desafiadas pela OMS a auditar e produzir relatórios no âmbito dos eventos sentinela ou eventos adversos, devendo por isso ser efetuada uma revisão periódica de todos os incidentes graves relacionados com a segurança, bem como promover análises sistémicas aprofundadas para identificar os fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes críticos (OMS, 2020).

No caso dos eventos adversos, estes definem-se como acontecimentos evitáveis que não implicaram danos importantes para o doente. Por outro lado, os eventos sentinela, caracterizam-se como uma ocorrência inesperada, a qual implica a morte, dano grave físico ou psicológico, obrigando por isso a uma investigação imediata, assim como a implementação de medidas corretivas (JCI, 2018).

Neste domínio, Silva et al. (2014) sublinham que as falhas na transmissão de informação conduzem a eventos adversos e que esses não são intencionais, ocorrem durante a assistência prestada ao doente, e que não estão relacionados com a evolução natural da doença. As bases de dados da JCI revelam eventos de segurança relacionados com a comunicação inadequada que podem condicionar atrasos na medicação, erros de medicação, quedas e cirurgias em locais errados (JCI, 2017).

Na Austrália em relação à transição de cuidados em contexto de urgência, um estudo revelou que em 15,4% dos casos a informação não era completa, resultando em eventos adversos (Ye et al., 2007). Outro estudo realizado em diversos hospitais de Harvard concluiu que, 1744 mortes de doentes em cinco anos resultaram de falhas de comunicação (Bailey, 2016).

Dando ênfase a esta preocupação, a Comissão Europeia promoveu um estudo visando melhorar a continuidade da assistência ao doente através da implementação de novos processos de transferência. Realizado entre 2008 e 2011, em diversos países da União Europeia, concluiu que, 30000 doentes sofreram danos que poderiam ser evitados. Estimou um total de mortes de 1735 doentes em 2004, com custos que ascenderam aos 167 milhões de euros (Barach, 2015).

Em Portugal, entre 2000 e 2015, 5,8% de todas as hospitalizações em hospitais públicos tiveram o registo de pelo menos um evento adverso. Os episódios de internamento em causa, foram significativamente mais longos, com um tempo médio de 8 dias versus 4 dias, e mais caros, com um custo médio de hospitalização de 3060 euros versus 1759 euros, do que aqueles que não tiveram registo de eventos adversos. O estudo relevou ainda uma taxa de mortalidade de 6,7% nas hospitalizações em que um ocorreu um evento adverso (Sousa-Pinto et al., 2018).

No sentido de contornar esta problemática, desde longa data que as orientações internacionais sugerem que as organizações implementem uma abordagem padronizada para a comunicação na mudança de turno ou na transição do doente entre unidades ou instituições (OMS, 2007b). Esta recomendação desafia os serviços a adotarem a metodologia que mais se adequa, bem como a seleccionar a informação que entendam ser relevante. Neste linha orientadora, referem Brás e Ferreira (2016) que no contexto da prática de enfermagem é fundamental a valorização das informações, bem como as opções de documentação, para que os cuidados de enfermagem tenham um desenvolvimento seguro e sejam valorizados. É consensual que a adoção de um modelo padronizado confere mais segurança, no entanto apesar de já terem sido criados diversos

modelos, poucos foram desenvolvidos para serem aplicados num SU (Currie, 2002; Klim et al., 2013; Wilson, 2011).

2.4. O contributo da estruturação da transição dos cuidados para a segurança do doente

A adoção de uma metodologia estruturada da informação contribui para ganhos em saúde, diminuindo o número de dias de internamento, a mortalidade bem como o número de situações de ameaça à vida (Mardis et al., 2017). Na perspetiva de Fitzpatrick (2011) a estruturação da transição dos cuidados dos enfermeiros facilita a coordenação entre diferentes profissionais de saúde, sobretudo no contexto de cuidados de saúde complexos.

A revisão sistemática da literatura efetuada por Bukoh e Siah (2020) evidencia a existência de diversas ferramentas padronizadas que facilitam esse processo através da estruturação do raciocínio e padronização da informação. Diferentes modelos propõem-se a dar resposta a estas necessidades na transferência de informação na transição de cuidados entre enfermeiros, sobretudo em doentes internados (Bakon et al., 2017). A análise desenvolvida por Bukoh e Siah (2020) comparou seis modelos de transição de cuidados, nomeadamente a GRRR (*Greeting, Respectful listening, Review, Recommended or request more information, Reward*), IPASS the BATON (*Introduction, Patient details, Assessment: presenting chief complaint, vitals, Situation: current status; Safety concerns: critical laboratory results, allergies, Background, Action taken and required for later, Timing, Ownership, Next*), PACE (*Patient/Problem, Assessment/action, Continuing/changes, Evaluation*), I-SBAR (*Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), STICC (*Situation, Task, Intent, Concern, Calibrate*), 5 Ps (*Patient identity, Plan of care, Purpose of plan, Problems, Precautions*), ICCCO (*Identification of patient and clinical risks, Clinical history and responsibility, Clinical status, Care plan, Outcome/goals of care*).

A informação que estes modelos incorporam vai de encontro à perspetiva de Meth e Bass (2013) quando afirmam que o processo de transferência de um doente deve conter a identificação do doente, sintomas e problemas identificados no momento, evolução clínica prevista para o doente, planos instituídos, tarefas que requerem particular atenção a curto prazo, eventuais complicações e intervenções associados.

Este entendimento permite perceber que na prática clínica a opção por um ou outro modelo prende-se sobretudo com a forma como a organização da informação é feita, e por outro lado o ênfase que é colocado em determinada informação. A OMS recomenda a implementação da metodologia I - SBAR, propondo que seja despendido o tempo necessário por parte de todos os profissionais no sentido de que a informação consiga em todos os momentos transitar entre profissionais de saúde (OMS, 2007b).

Nesta linha orientadora, a DGS publica a norma nº 001/2017 referente à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, a qual deve obedecer a uma comunicação eficaz, para segurança do doente, devendo ser normalizada, utilizando a técnica I - SBAR (DGS, 2017). A opção por uma metodologia estruturada num SU, por apresentar uma dinâmica muito diferente dos serviços de internamento, coloca algumas questões que se prendem com a sua exequibilidade, tendo em conta que em inúmeras situações não é possível a adoção de um método individual de prestação de cuidados por parte dos enfermeiros, tendo em conta a situação clínica do doente, e por outro lado, a própria dinâmica do serviço, que não permite ao enfermeiro ter o mesmo nível de conhecimento de todos os doentes. Face a esta realidade o investimento numa comunicação efetiva torna-se ainda mais pertinente, tendo em conta as condicionantes referidas anteriormente. Corroborando esta preocupação, Santos e Ferrão (2015) afirmam que o importante não é o modelo utilizado, o mais relevante é desenvolver um projeto que faça sentido à equipa. Este deve ser avaliado e auditado, de forma a introduzir as mudanças necessárias. Afirmam ainda que, é necessário juntar a equipa de enfermagem e procurar a introdução de melhorias ao nível da comunicação através da reflexão e análise constante das práticas.

Decorrente da compreensão que deve haver um investimento na adoção de um modelo estruturado de transição de cuidados, é igualmente importante perceber qual a perspetiva ou valorização que é feita por parte dos enfermeiros em relação à sua autonomia profissional. Ou seja, qual a valorização que é feita das intervenções autónomas dos enfermeiros na transição de cuidados, tendo em conta que num SU a conceção dos cuidados é fortemente dominada por um modelo biomédico.

Segundo Coutinho (2019) os paradigmas de investigação constituem o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador encontra ao seu alcance. A mesma autora refere ainda que, a metodologia diz respeito às técnicas e princípios que podem ser entendidos com métodos, constituindo um conjunto de técnicas suficientemente gerais para serem comuns às diferentes ciências ou a uma parte significativa delas.

Para Fortin (2009) a investigação científica é um processo sistemático, que visa o objetivo de validar conhecimentos já estabelecidos ou de produzir novos conhecimentos, que irão de forma direta ou indireta influenciar a prática. Na fase metodológica o investigador determina os métodos que irá utilizar para obter as respostas às questões de investigação formuladas, define a população e escolhe o instrumento mais apropriados para efetuar a colheita de dados.

Deste modo, este capítulo aborda as opções metodológicas, nomeadamente, o tipo de estudo e a seleção dos participantes, a questão de investigação e os objetivos propostos, assim como o contexto onde foi desenvolvida a investigação, procedimento de recolha e análise de dados, terminando com um conjunto de considerações éticas e formais.

3.1. Tipo de Estudo e participantes

Participaram neste estudo transversal, de natureza qualitativo, exploratório, 14 participantes enfermeiros, 6 (43%) do sexo feminino e 8 (57%) do sexo masculino. A idade dos participantes oscilou entre os 27 anos e os 38 anos, com uma média de idade (DP) de 32,87 (3.0) anos. Do total de participantes, 9 (64%) foram enfermeiros generalistas, 5 (36%) enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem. O tempo total de exercício profissional oscilou entre os 5 anos e os 16 anos, com um tempo médio (DP) de 10,64 (4.64) anos. O tempo de exercício profissional no SU oscilou entre os 2 anos e os 15 anos, com um tempo médio (DP) de 4,64 (3.85) anos.

A população alvo teve como critério de inclusão, todos os enfermeiros a exercer funções no SU, em todas as áreas de prestação de cuidados, no período compreendido entre março e junho de 2021, com um tempo mínimo de exercício profissional no SU igual ou superior a 1 ano. Procurou-se incluir entre os

participantes, enfermeiros generalistas e enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, de modo a que a amostra fosse representativa da população em estudo.

3.2. Questão de investigação e objetivos do estudo

A pertinência deste estudo decorre da importância de efetuar uma transição de cuidados entre equipas de enfermagem no fim do turno, que seja promotora da continuidade dos cuidados, garantindo deste modo a segurança do doente. O SU é de longa data reconhecido e descrito como um ambiente de prática clínica exigente do ponto de vista organizacional, quase sempre com um número de doentes elevado, com vários profissionais de saúde a abordar o mesmo doente e como tal torna-se desafiante a transferência de informação no fim do turno, sobretudo procurando aquela informação que pode ser entendida como relevante.

Sabemos hoje que a estruturação da informação com recurso a uma ferramenta padronizada é uma mais valia, no entanto, a generalidade dos instrumentos descritos na literatura não foi desenvolvido para o contexto de urgência, tornando-se assim pouco funcionais.

Nesta perspetiva, após uma revisão da literatura, e nunca tendo sido alvo de estudo na instituição, o investigador decidiu abordar a problemática da transição de cuidados entre equipas de enfermagem no fim do turno, surgindo a seguinte questão de investigação:

- Qual a informação considerada relevante na transição dos cuidados, para os enfermeiros de um serviço de urgência, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde?

O trabalho de investigação desenvolvido pretendeu alcançar os seguintes objetivos:

- Compreender a perceção dos enfermeiros acerca da transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência;
- Descrever qual a informação relevante para os enfermeiros de um serviço de urgência, na transição dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde.

3.3. Contexto do estudo

Com o objetivo de estudar a transição de cuidados entre equipas de enfermagem no fim do turno, nomeadamente compreender a perceção dos enfermeiros acerca desse momento, assim como a informação que consideram relevante partilhar, tendo em conta a continuidade de cuidados, optou-se por desenvolver o estudo num SU de um Centro Hospitalar. O referido serviço é classificado segundo a RRH como um SUMC. Abrange uma área de influência de aproximadamente 520.000 habitantes, com uma média diária de 279 episódios de urgência (SUMC), dados referentes a 2020 (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, 2021).

Contíguo ao SU, estão o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), nível II e III, Bloco Operatório (BO) e Serviço de Imagiologia. No que concerne à estrutura do serviço, este engloba seis áreas funcionais distintas, nomeadamente, a triagem, sala de emergência, sala de trauma, área médica (clínica geral e medicina interna), área respiratória e área cirúrgica (cirurgia e ortopedia).

O método de triagem utilizado é a Triagem de Manchester, não obstante no caso de o doente apresentar critérios de inclusão pode ser acionada a via verde acidente vascular cerebral (VVAVC) ou a via verde coronária (VVC) implicando o atendimento imediato, independentemente da prioridade atribuída.

A equipa de enfermagem do SUMC é constituída por uma enfermeira gestora, oito enfermeiros especialistas de carreira, dos quais seis na área de Enfermagem Médico-cirúrgica, um em Enfermagem Comunitária e um em Enfermagem de Reabilitação, treze enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem e cinquenta e dois enfermeiros generalistas. A equipa é composta por 73 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, existindo em cada equipa um coordenador e um subcoordenador. A jornada de trabalho é sempre de 12h com exceção dos turnos de triagem que são de 8 horas. Neste sentido, a alocação dos enfermeiros é efetuada de acordo com a tabela 1.

Tabela 1

Alocação dos Enfermeiros de Acordo com as Áreas de Prestação de Cuidados do SU.

Horário	Número de Enfermeiros	Distribuição por Área de Prestação de Cuidados
08H - 20H	16 Enfermeiros	Triagem – 2 Enfermeiros Sala de Emergência – 1 Enfermeiro Área Laranja – 4 Enfermeiros Área Amarela / Verde/ Azul – 4 Enfermeiros Área Respiratória – 3 Enfermeiros Área Cirúrgica – 2 Enfermeiros
20H - 24H	15 Enfermeiros	Triagem – 2 Enfermeiros Sala de Emergência – 1 Enfermeiro Área Laranja – 3 Enfermeiros Área Amarela / Verde/ Azul – 4 Enfermeiros Área Respiratória – 3 Enfermeiros Área Cirúrgica – 2 Enfermeiros
00H -08H	13 Enfermeiros	Triagem – 1 Enfermeiro Sala de Emergência – 1 Enfermeiro Área Laranja – 3 Enfermeiros Área Amarela / Verde/ Azul – 4 Enfermeiros Área Respiratória – 3 Enfermeiros Área Cirúrgica – 1 Enfermeiro

O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem no SU é o método centrado na execução de tarefa, na medida em que o número de doentes e a estrutura física do serviço não permitiram ainda adotar um método individual de prestação de cuidados. Ou seja, todos os enfermeiros de uma determinada área de trabalho são responsáveis por todos os doentes, no seu horário de trabalho. Os registos de enfermagem são realizados com recurso ao sistema *SClinico*.

Sendo um estudo de natureza qualitativo, onde se pretende compreender um determinado fenómeno na perspetiva dos participantes, a caracterização do contexto do estudo reveste-se de particular importância, na medida em que auxilia o leitor na compreensão da realidade estudada.

3.4. Procedimento de recolha de dados

A seleção do método para colher a informação constitui um aspeto determinante do processo de investigação, sendo da responsabilidade do investigador definir o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa aos objetivos do estudo e às suas questões de investigação Fortin, 2009).

Neste estudo como método de recolha dos dados optou-se pela entrevista, na variante semiestruturada, cumprindo de forma lógica os dois subtemas que irão dar respostas aos objetivos formulados:

- Perceção dos enfermeiros acerca da transição dos cuidados num serviço de urgência;
- Informação relevante para os enfermeiros de um serviço de urgência, na transição dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde.

O guião da entrevista foi composto por três blocos temáticos, nomeadamente: Legitimação da entrevista; Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num serviço de urgência; Informação relevante para os enfermeiros de um serviço de urgência, na transição dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde. Cada um dos blocos temáticos contemplou um conjunto de questões orientadoras seguindo uma lógica que permitiu alcançar os objetivos levantados no presente estudo (Anexo 5).

Como forma de garantir que o guião da entrevista estaria de encontro aos objetivos formulados, foi realizada um pré – teste. Esta etapa permitiu corrigir algumas imperfeições, melhorando deste modo a versão final.

As entrevistas ocorreram na sala de reuniões do SU, na presença apenas do investigador e do participante, tendo sido gravadas com recurso a um gravador de áudio. Tiveram uma duração média de 35 minutos. Após a transcrição das entrevistas, os participantes tiveram ainda a oportunidade de validar o material transcrito, garantido deste modo a fiabilidade do mesmo.

3.5. Procedimento de análise de dados

Com vista a proceder à análise dos dados recolhidos, foi criada uma base de dados no programa *Microsoft Excel* com o intuito de registar os dados referentes à caracterização sócio demográfica e profissional dos participantes, possibilitando também o tratamento estatístico dos mesmos.

Relativamente à análise do conteúdo das entrevistas, utilizamos o programa *MAXQDA 2020 Analytics Pro*, que permitiu a transcrição do conteúdo registado em áudio, bem como a posterior análise, seguindo-se a metodologia proposta por Bardin.

Respeitando o método proposto por Bardin, a análise desenvolveu-se em três momentos. Inicialmente uma fase de pré-análise, a qual permitiu organizar os conteúdos ao mesmo tempo que perceber e definir um plano de análise. Posteriormente foi efetuada a exploração do material e por último uma fase interpretativa/inferencial e de conclusão.

Terminada a fase de leitura exhaustiva do material transcrito, assim como a o quadro de categorização onde se encontram definidas não apenas a categorias, mas também os indicadores que as compõem, deu-se início ao processo de codificação, o qual corresponde à transformação dos dados brutos do material recolhido, com recurso ao recorte, à enumeração e à classificação (Bardin, 2014).

Foram definidas à priori um conjunto de categorias, com base na revisão da literatura, as quais serviram de suporte à análise posterior. De acordo com os objetivos do estudo, foram definidos dois temas, com as respetivas categorias:

- Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados de saúde, com as categorias (segurança da transição de cuidados, valorização da autonomia, e continuidade dos cuidados de saúde);
- Informação relevante na transição de cuidados de saúde, com as categorias (informação referente ao doente, evolução da situação clínica atual e intervenções autónomas dos enfermeiros).

A transcrição das entrevistas foi efetuada ao longo do processo de recolha dos dados, no sentido de encontrar a saturação dos dados recolhidos, não existindo mais benefício em continuar a coletar informação.

3.6. Considerações éticas

No sentido de cumprir a boa prática no domínio ético, antes de dar início à investigação, foi solicitado um pedido de parecer referente ao estudo “Informação relevante na transição de cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade de cuidados” junto da Comissão de Ética da Unidade Hospitalar onde o estudo foi desenvolvido. Os pedidos foram efetuados por escrito, sendo

acompanhados por uma cópia do projeto de investigação, requerimento de consentimento informado (Anexo 4) e de uma cópia do guião da entrevista (Anexo 5).

Após apreciação e pareceres favoráveis por parte dos órgãos competentes (Comissão de Ética da Unidade Hospitalar, Diretora do serviço de urgência médico-cirúrgica e Enfermeira Gestora do serviço de urgência médico-cirúrgica) com autorização por escrito da Instituição Hospitalar (Anexo 1,2 e 3), realizou-se uma reunião prévia, informativa, com a enfermeira gestora do serviço, com o intuito de dar a conhecer em maior profundidade o estudo que se pretendia desenvolver, nomeadamente os objetivos e o método de recolha de dados.

A participação no estudo foi de caráter voluntário, após convite, resultando na assinatura do consentimento informado, de forma livre e esclarecida no que se refere à sua participação na investigação, em concordância com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia (2008) e Convenção de Oviedo (2001).

Antes de dar início ao processo de recolha de dados, os participantes foram informados dos objetivos do estudo, assim como dos métodos a utilizar, sendo também informados do direito de recusa em participar, ou abandonar a investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização. Foi ainda garantido junto dos participantes a confidencialidade e anonimato de toda a informação recolhida. Para tal, todas as entrevistas foram codificadas com a letra "E", seguida de um número, de modo ordinal. Deste modo a confidencialidade foi sempre garantida, sendo apenas do conhecimento do investigador, e utilizada única e estritamente para os fins académicos definidos no estudo em causa. Após a transcrição do material gravado em suporte áudio, este foi destruído.

Estudo

Perceção dos Enfermeiros acerca da Transição dos Cuidados de Saúde: Informação Relevante Num Serviço De Urgência

Resumo

Objetivo e Propósito: Compreender a perceção dos enfermeiros de um serviço de urgência (SU) acerca da transição de cuidados de saúde entre equipas de enfermagem no fim do turno. Descrever a informação relevante para a transição de cuidados de saúde, tendo em conta a continuidade de cuidados.

Enquadramento: A evidência científica mostra que eventos adversos ocorrem inúmeras vezes como consequência de falhas de comunicação. Uma abordagem estruturada demonstra evidência científica de ganhos em saúde. No entanto a maior parte das metodologias conhecidas não foi desenhada para um contexto de urgência, sugerindo a literatura que são necessários mais estudos para compreender a realidade. **Projeto:** Estudo transversal, de natureza qualitativo com carácter exploratório realizado num serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) de uma instituição hospitalar do Norte de Portugal.

Métodos: Entre março e junho de 2021 foram realizadas entrevistas (n=14) onde se procurou compreender a perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados entre equipas de enfermagem, no fim de um turno, assim como encontrar consenso em relação à informação relevante para uma transição de cuidados que promova a segurança dos cuidados. A amostra contemplou enfermeiros generalistas e enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem. A análise de conteúdo foi efetuada de acordo com a metodologia de Bardin. **Conclusões:** O modelo biomédico é aquele que norteia a prática dos enfermeiros, existindo preocupação com a continuidade dos cuidados, como o reconhecimento de que é importante uma maior valorização da autonomia dos enfermeiros. Identificou-se um conjunto de dados relativamente à informação referente ao doente, evolução da situação clínica e informação referente às intervenções autónomas de enfermagem.

Relevância para a prática clínica: Os resultados obtidos permitem melhorar a transferência de informação aquando da transição de cuidados entre equipas de enfermagem no fim de um turno, contribuindo para a diminuição de omissões e falhas de comunicação.

Palavras – Chave: comunicação; enfermagem; handoff, serviço de urgência; transição de cuidados.

Nurses' Perceptions about the Health Care Transition: Relevant Information in an emergency department

Abstract

Objectives and Purpose: Understand the perception of nurses in an emergency department about the transition of health care between nursing teams at the end of the shift. Describe the relevant information to the transition of healthcare, taking into account the continuity of care. **Framework:** Scientific evidence shows that adverse events occur over and over again as a consequence of miscommunication. Approach Structured evidence demonstrates scientific evidence of health gains. However, most of the known methodologies were not designed for an emergency context, suggesting the literature that more studies are needed to understand the reality. **Project:** Transverse study, qualitative with exploratory character carried out in a medical-surgical emergency service of a hospital in northern Portugal. **Methods:** Between march and June 2021 were carried out interviews (n=14) where an attempt was made to understand the nurses' perception of the transition of care between nursing teams at the end of a shift, as well as finding consensus in relation to information relevant to a care transition that promotes care safety. The sample included generalist nurses and nurses holding a course of post-graduate specialization in nursing. Content analysis was performed from according to Bardin's methodology. **Conclusions:** The biomedical model is the one that guides the practice of nurses, with an appreciation of the continuity of care, as well as the recognition that a greater appreciation of nurse's autonomy is important. A set of data was identified, information regarding the patient, evolution of the clinical situation and information regarding autonomous nursing interventions. **Relevance to clinical practice:** The results obtained allow to improve the transfer of information when transitioning care between nursing teams at the end of a shift, contributing to the reduction of omissions and communication failures.

Key words: Communication; emergency service; handoff; nursing; transition from care.

Introdução

Nas últimas décadas assistimos a um aumento da complexidade dos processos assistenciais em saúde resultante do avanço do conhecimento, o que configura mais informação, com maior complexidade, obrigando a processos de partilha de informação entre profissionais de saúde mais robustos. Esta realidade com que as instituições e os profissionais de saúde se confrontam, nomeadamente no domínio da transição de cuidados de saúde, obriga há reflexão como ponto de partida para a implementação de abordagens mais seguras.

Desde 2007 a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) em conjunto com *The Joint Commission International* (JCI) identificaram como ponto essencial para a segurança dos cuidados, a comunicação de informação clínica na transição entre prestadores de cuidados. Esta preocupação decorre da relação conhecida entre eventuais falhas de comunicação e a ocorrência de eventos adversos, os quais devem merecer particular atenção por parte das instituições de saúde, através do investimento na implementação de estratégias de notificação e análise dos mesmos (OMS, 2021).

Neste sentido, Foster e Manser (2012) referem que sete de doze estudos sobre a transferência de doentes com base em ferramentas padronizadas demonstraram melhorias significativas nos resultados, nomeadamente um aumento da retenção de informação e o decréscimo de eventos adversos.

No entanto, Arora e Johnson (2006) salientam que um protocolo padronizado de transferência de informação precisa ser adaptado à organização e ao contexto de prática clínica. Ou seja, os resultados num determinado contexto podem não ser os mesmos em diferentes ambientes, devido aos requisitos específicos de cada unidade de prestação de cuidados. Sublinham ainda que, determinada informação pode ser generalizável, no entanto o sucesso de um protocolo de transferência de informação padronizado é altamente dependente de estar adaptado aos seus utilizadores. Concluem ainda que é necessário ter em consideração o local onde é aplicado, assim como o tipo de doentes.

O SU pelo seu ambiente muitas vezes caótico, decorrente da elevada rotatividade de doentes, diversos profissionais de saúde que prestam cuidados ao mesmo doentes, flutuações na afluência de doentes e ainda numerosas transferências, configura um cenário complexo no que diz respeito à transição de cuidados (Baker, 2010; Ong & Coiera, 2011).

Decorrente do exposto anteriormente, os enfermeiros apontam alguns fatores de risco como agentes perturbadores, nomeadamente o ruído, excesso de informação, interrupções, linguagem ambígua e

lacunas no discurso, o que induz a que as decisões tomadas sejam suportadas em dados vagos ou dados em falta (Patterson & Wears, 2010). Strople e Ottani (2006) advertem ainda que a informação selecionada permite a continuidade, o que faz com que os enfermeiros que recebem o turno possam tomar decisões sobre as prioridades que devem ter, planeando adequadamente a prestação de cuidados ao doente.

Embora esta temática já tenha sido alvo de investimento, acreditamos que o presente estudo pode contribuir para um conhecimento mais aprofundado da realidade, na medida em que o contexto de urgência apresenta características específicas que o diferenciam dos demais contextos de prática clínica.

Nesta perspetiva, o estudo teve como foco principal compreender a perceção dos enfermeiros de um SU acerca da transição de cuidados de saúde entre equipas de enfermagem no fim do turno, assim como descrever a informação relevante para a transição de cuidados de saúde, tendo em conta a continuidade de cuidados.

Enquadramento

A aposta no fluxo de informação com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados de saúde, é hoje um requisito das instituições de saúde, incrementando deste modo segurança aos cuidados, com consequentes ganhos em saúde. Refere Wong et al. (2008) que a transição de cuidados num SU, entendida como a transferência de informação e de responsabilidade entre profissionais de saúde, configura um cenário de alto risco. Decorrente desta realidade, sobressai o risco de perda ou deturpação de informação clínica relevante para a tomada de decisão, não só dos enfermeiros, mas também da equipa multidisciplinar.

Segundo Sousa (2006) a informação consiste num conjunto de dados, dispostos num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de modo adequado, proporcionam orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, possibilitando decidir face a um determinado contexto.

A assertividade decorrente da partilha de informação adequada contribuiu para a continuidade de cuidados de saúde, a qual está dependente da existência de ferramentas de comunicação estruturadas e eficientes entre os elementos da equipa, como demonstra a evidência científica produzida nos últimos

anos, onde uma abordagem sistemática de transferência de informação clínica contribuiu para o decréscimo nas falhas de comunicação (Currie, 2002; Thompson et al., 2011; Yee et al., 2009).

As principais organizações mundiais responsáveis pela acreditação das instituições de saúde no âmbito da qualidade, recomendam uma abordagem sistemática, como forma de implementar uma comunicação efetiva (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2010; Joint Commission Internacional [JCI], 2013).

A revisão sistemática da literatura realizada por Bukoh et al. (2020) revelou a existência de diversas estruturas conceptuais, recomendando a OMS (2007), assim como o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI, 2019) a metodologia I – SBAR. Em Portugal, a Direção Geral da Saúde (DGS), entidade responsável pela regulamentação das práticas das instituições de saúde, através da emissão de normas orientadoras, salienta a importância da normalização da comunicação entre equipas prestadoras de cuidados, sugerindo que deve seguir a técnica I - SBAR. Acrescenta ainda que, a referida metodologia aplica-se a todos os níveis de prestação de cuidados, sendo facilmente memorizada pelos profissionais, permitindo ainda a sua replicação em diferentes contextos de prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, que faz uso de uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

A mnemónica I - SBAR refere-se ao seu conteúdo, nomeadamente a I - Identificação do emissor e recetor da informação, bem como do doente, a qual deve contemplar o nome, data de nascimento, género e a nacionalidade. S – Situação atual, com a descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde. B – Antecedentes/Anamnese, que deve conter Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade. A – Avaliação, referente às 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. R – Recomendações, onde deve constar a descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente (DGS, 2017).

Apesar das diferentes ferramentas padronizadas desenvolvidas ao longo dos anos, Klim et al. (2014) salientam que a maioria não foi projetada para cenários de urgência/emergência, onde o ambiente de prestação de cuidados é substancialmente diferente do contexto de internamento, decorrente da rotatividade de doentes, variações no fluxo de doentes, maior número de intervenções de enfermagem por doente, assim com mudanças imprevisíveis do estado clínico.

O estudo desenvolvido por Currie (2002) revelou que os enfermeiros estavam preocupados com a falta de informações, distrações, bem como a falta de confidencialidade na transição de cuidados de enfermagem num ambiente de urgência. Decorridas quase duas décadas, e apesar dos esforços desenvolvidos, continuamos a ter poucos estudos em contexto de urgência, encontrando-se uma lacuna no que se refere à existência de ferramentas padronizadas de transição de cuidados de saúde nesse contexto. Na Austrália, a única abordagem especificamente projetada para um serviço de urgência é a P-VITAL (*Present, Vital signs, Input and output, Treatment and diagnosis, Admission or discharge, Legal issues*) que no entanto, não foi avaliada externamente, mas que tem vindo a trazer ganhos para os doentes, como também um aumento da satisfação por parte dos profissionais de saúde (Wilson, 2011). Ainda neste domínio, e após a análise realizada às diferentes metodologias, Meth e Bass (2013) concluem que o processo de transferência de informação deve conter a identificação do doente, sintomas e problemas identificados no momento, evolução clínica prevista para o doente, planos instituídos, tarefas que requerem particular atenção a curto prazo, eventuais complicações e intervenções associadas. Refletindo sobre esta temática, Santos e Ferrão (2015) afirmam que o importante não é a modelo utilizado, mas o desenvolvimento de um projeto que faça sentido à equipa. Este deve ser avaliado e auditado de forma a introduzir as mudanças necessárias. Afirmam ainda que, é necessário juntar a equipa de enfermagem e procurar através da reflexão e análise constante das práticas a introdução de melhorias ao nível da comunicação.

Deste modo, pretende-se não só compreender a perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num serviço de urgência, mas sobretudo elencar um conjunto de dados que vá de encontro ao referido anteriormente, possibilitando implementação de um instrumento estruturado que faça sentido à equipa de enfermagem.

As questões elaboradas no guião da entrevista (Tabela 2) tiveram como suporte os temas referidos na bibliografia que permite o enquadramento conceptual do estudo.

Tabela 2

Temas e Categorias que Suportam as Questões da Entrevista

Tema: Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados de saúde.

Categorias:

Segurança da transição de cuidados; Valorização da autonomia; Continuidade dos cuidados de saúde.

Questões:

1. Como considera a transição de cuidados, normalmente entendida como a transmissão de informação e de responsabilidade sobre a continuidade de cuidados, em relação à segurança do doente?
2. Na sua opinião, a forma como essa transição de cuidados é efetuada pode, ou não, privilegiar a continuidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros?
3. Na sua opinião a informação partilhada na transição dos cuidados contribui para a autonomia dos enfermeiros, ou pelo contrário está mais próximo de um modelo biomédico, centrado na gestão de sinais e sintomas?

Tema: Informação relevante na transição de cuidados de saúde.

Categorias:

Informação referente ao doente; Evolução da situação clínica atual; Intervenções autónomas dos enfermeiros.

Questões:

1. Qual a informação que considera relevante na transição dos cuidados?

Considere os seguintes domínios:

- 1.1. Informação referente ao doente, nomeadamente antecedentes pessoais e de saúde.
- 1.2. Informação referente à evolução da situação clínica que motivou a vinda ao serviço de urgência.
- 1.3. Informação referente às intervenções autónomas de enfermagem.

Nota. Tabela aprovada pela Comissão de Ética da instituição hospitalar onde o estudo foi desenvolvido (parecer 11/2021).

Método

É um estudo transversal, de natureza qualitativo com carácter exploratório, desenvolvido entre março e junho de 2021 num SUMC de uma instituição hospitalar do norte de Portugal. Os participantes foram enfermeiros do SU a exercer funções durante o período de recolha de dados, com um tempo mínimo de exercício profissional no SU de um ano e diretamente ligados à prática clínica.

A amostra foi constituída por 14 enfermeiros a exercer funções em todas as áreas do serviço de urgência durante o período de colheita de dados. Do total de participantes, 64% foram enfermeiros generalistas e

36% enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem. No que concerne ao sexo, 43% foram enfermeiros do sexo feminino e 57% enfermeiros do sexo masculino, obtendo-se uma heterogeneidade de sexos. A idade média (DP) dos participantes foi de 32,87 (3.00) anos. O tempo de exercício profissional total oscilou entre os 5 e os 16 anos, com uma média (DP) de 10,64 (4.64) anos, e o tempo de exercício profissional no serviço de urgência entre os 2 e os 15 anos, com uma média (DP) de 4,64 (3.85) anos. Nenhum enfermeiro tinha experiência com a utilização de uma metodologia estruturada de transição de cuidados.

Como meio de recolha de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, as quais foram efetuadas no serviço de urgência, na sala de reuniões, na presença apenas do participante e do investigador, com recurso a um gravador de áudio. Nenhum participante convidado se recusou a participar no estudo, não havendo também a necessidade de repetição de entrevistas. As entrevistas tiveram um tempo médio de 35 minutos.

As questões centrais da entrevista foram abordadas em dois blocos temáticos. O primeiro, com o objetivo de compreender a perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados entre equipas de enfermagem no fim do turno. Contemplou questões no âmbito da segurança, da relevância que a informação partilhada pode ter para a continuidade de cuidados de saúde, e na perspetiva da valorização da autonomia dos enfermeiros, ou seja, a forma como essa autonomia é ou não evidenciada na transição de cuidados.

O segundo bloco temático abordou a informação relevante que o enfermeiro entende ser pertinente na transição de cuidados, e para tal foram formuladas questões no domínio da informação referente ao doente. Informação referente à situação de doença que motivou a vinda ao serviço de urgência e por último, informação decorrente de intervenções autónomas de enfermagem. Foi ainda efetuado um pré teste ao guião da entrevista, no sentido de compreender se o mesmo permitiria dar resposta aos objetivos do estudo.

A análise dos dados foi efetuada pelo investigador de acordo a metodologia de análise conteúdo de Bardin, procurando identificar opiniões, agrupando-as de acordo com as categorias definidas previamente, alicerçadas no referencial teórico. No presente estudo a análise de conteúdo foi realizada com recurso ao software *MAXQDA 2020 Analytics Pro*.

Após o término das entrevistas, procedeu-se à transcrição integral das mesmas, tendo sido atribuído um código a cada entrevista constituído pela letra “E” seguida de um número, referente a cada participante,

permitindo assim a confidencialidade e anonimato dos participantes, os quais após explicação dos objetivos do estudo, decidiram participar de forma livre e informada, podendo desistir a qualquer momento, conforme consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação, de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. O consentimento informado foi preenchido por cada um dos participantes. Após a transcrição, o material em áudio foi destruído. Foi também entregue a cada participante a transcrição da sua entrevista, no sentido de obter a validação do conteúdo transcrito.

Resultados

Relativamente ao tema perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados de saúde, foram definidas à priori três categorias: segurança da transição de cuidados; continuidade dos cuidados de saúde e valorização da autonomia. Da análise do discurso emergiram duas novas categorias, nomeadamente: papel formativo e confidencialidade da informação. Para cada uma das categorias foi criado um conjunto de indicadores, assim como efetuada a sua descrição operacional no sentido de possibilitar uma melhor compreensão (Tabela 3).

Tabela 3

Perceção dos Enfermeiros Acerca da Transição de Cuidados de Saúde - Categorias, Indicadores e Descrição Operacional

Categoria	Indicador	Descrição operacional
Segurança da transição de cuidados	Momento da transição dos cuidados	A informação partilhada é influenciada em função do momento do dia, ou seja, transição de cuidados do turno do dia para a noite ou do turno da noite para o dia são diferentes
	Informação verbal/escrita	O facto de a informação ser apenas verbal condiciona negativamente a segurança da transição de cuidados
	Número de doentes na área de trabalho	O número de doentes numa área condiciona negativamente a informação partilhada na transição de cuidados
	Compreensão da evolução clínica	A informação partilhada influencia a compreensão da evolução clínica do doente

	Definição de prioridades	A informação partilhada influencia a definição de prioridades
	Metodologia de trabalho	A metodologia de trabalho centrada na execução de tarefas interfere negativamente com a segurança da transição de cuidados
	Experiência do enfermeiro	A partilha da informação é afetada pelo nível de experiência do enfermeiro
Continuidade dos cuidados de saúde	Perceção da importância da informação para a continuidade dos cuidados	A informação partilhada influencia a continuidade de cuidados
	Relação informação partilhada/registos informáticos	A informação partilhada pode colmatar falhas no registo informático, sendo relevante na continuidade de cuidados
Valorização da autonomia	Modelo Biomédico	O modelo biomédico é dominante na prática dos enfermeiros
	Importância da autonomia dos enfermeiros	Deveria existir mais valorização da informação decorrente das intervenções autónomas dos enfermeiros
	Plano de cuidados de enfermagem	A informação partilhada influencia a perceção de um plano de cuidados de enfermagem
Papel formativo	Importância da transição dos cuidados para a formação	O momento da transição de cuidados deve ter um papel formativo na equipa de enfermagem
Confidencialidade da informação	Motivo de preocupação por parte dos enfermeiros	Existe sensibilidade por parte dos participantes para a importância da confidencialidade informação clínica
	Quebra de confidencialidade	O atual modelo de transição de cuidados contribui uma quebra da confidencialidade da informação clínica
	Local de transição dos cuidados	O local de transição dos cuidados deve ser distanciado dos doentes, mas com contato visual

Com o intuito de compreender a opinião dos participantes, procedeu-se à quantificação das unidades de registo de cada uma das categorias, com base nos indicadores definidos anteriormente, satisfazendo para tal a descrição operacional. Este processo permitiu a transformação dos dados até então qualitativos, em dados quantitativos, o que possibilita a sua mensuração, contribuindo para a compreensão do nível de consenso do estudo (Tabela 4).

A compreensão da percepção dos participantes do estudo acerca deste tema encontra-se ainda patente nas unidades de registo, as quais foram organizadas de acordo com as categorias e respetivas questões formuladas na entrevista (Tabela 5).

Tabela 4

Perceção dos Enfermeiros Acerca da Transição de Cuidados - Codificação

Categoria	Indicadores	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	Total
Segurança da Transição de Cuidados	Momento da transição dos cuidados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Informação verbal/escrita				X			X	X		X	X				5
	Número de doentes na área de trabalho	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	12
	Compreensão da evolução clínica	X	X	X		X	X	X		X		X	X	X		10
	Definição de prioridades	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X			10
	Metodologia de trabalho			X	X		X	X	X	X	X				X	8
	Experiência do enfermeiro			X			X		X	X	X	X				6
Continuidade dos Cuidados de Saúde	Perceção da importância da informação para a continuidade dos cuidados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		13
	Relação informação partilhada/registos informáticos				X			X		X	X	X			X	6
Valorização da Autonomia	Modelo biomédico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Importância da autonomia dos enfermeiros		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X		10
	Plano de cuidados de enfermagem	X			X	X	X			X		X				6
Papel Formativo	Importância da transição dos cuidados para a formação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14

Confidencialidade da Informação	Motivo de preocupação por parte dos enfermeiros	X	X	X		X			X	X		X	X			8
	Quebra de confidencialidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Local de transição dos cuidados			X		X	X	X	X	X			X	X		8

Tabela 5

Percepção dos Enfermeiros Acerca da Transição de Cuidados de Saúde - Categorias e Unidades de Registro

Categoria: SEGURANÇA DA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Questão: Como considera a transição de cuidados, normalmente entendida como a transmissão de informação e de responsabilidade sobre a continuidade de cuidados, em relação à segurança do doente?

E3 “[...] apesar de na noite os enfermeiros estarem mais cansados, também existem menos doentes para passar informação de manhã, acabamos sempre por ser mais completos.”

E4 “Há sempre o risco de alguma informação não ser passada porque a passagem de turno é sempre verbal, não existindo nenhum documento escrito...certamente não temos a noção do risco porque não conseguimos perceber na maior parte das vezes que algo aconteceu por uma omissão ou erro na informação da passagem de turno”

E5 “[...] em termos de qualidade e conteúdo da informação, a transição da noite para o dia é melhor porque durante o dia temos mais doentes, existindo maior sobrecarga de trabalho, o que faz com que no fim do dia a passagem de turno seja mais pobre do ponto de vista de informação.”

E6 “É muito difícil perceber a evolução clínica do doente. Algumas vezes sim, mas a maior parte das vezes não... depende muito da quantidade de doentes que tem uma certa área. Isso define muito a segurança dos cuidados e a forma como fazemos uma passagem de turno”

E7 “[...] após a passagem de turno conseguimos ter a noção das prioridades, sobretudo nos doentes mais graves, mais urgentes. O problema reside sobretudo nos outros doentes, naqueles que passam despercebidos. Não é possível apreender a informação de todos os doentes. São muitos, e todos os enfermeiros recebem a informação de todos os doentes e são responsáveis por todos os doentes de uma determinada área”

E8 “[...] a passagem de turno é sempre um momento crítico em qualquer serviço de urgência na medida em que tem uma ligação direta com o número de doentes e com a velocidade com que os doentes têm alta e outros chegam ao serviço...somos vários enfermeiros a prestar cuidados ao mesmo doente, o que ainda torna a passagem de turno mais complexa”

E9 “[...] resumimos muito a informação porque também não é fácil na última hora do turno compilar toda a informação de todos os doentes, devíamos ter os doentes atribuídos por enfermeiro. Aí sim, isso seria possível... é um momento que precisamos melhorar, mas não é fácil”

E10 “[...] a passagem de turno na urgência é complicada, penso que temos muitas falhas porque também temos muitos doentes...as diferenças estão mais no enfermeiro do que no momento.”

E11 “[...] os colegas mais novos por vezes passam turnos mais completos porque tomam notas, porque pesquisam mais. Os colegas mais antigos têm outro treino e acabam por ter também um olhar mais resumido.”

Categoria: CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Questão: Na sua opinião, a forma como essa transição de cuidados é efetuada pode, ou não, privilegiar a continuidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros?

E7 “a passagem de turno é decisiva para a continuidade dos cuidados até porque há muita informação que não está registada no processo clínico, no diário medico ou de enfermagem”

E8 “a continuidade dos cuidados penso que está diretamente ligada com a informação que é referida na passagem de turno, é através dessa informação que se for adequada vamos ter cuidados sem quebras, sem decisões erradas”

E11 “podemos sempre dizer que temos um sistema onde fica registado. Mas o problema reside também aí, é que registamos muito menos do que aquilo que fazemos, ou pelo menos nem sempre é tão perceptível como quando falamos na passagem de turno”

Categoria: VALORIZAÇÃO DA AUTONOMIA

Questão: Na sua opinião a informação partilhada na transição dos cuidados contribui para a autonomia dos enfermeiros, ou pelo contrário está mais próximo de um modelo biomédico, centrado na gestão de sinais e sintomas?

E3 “O modelo biomédico é inevitável num serviço de urgência, no entanto nós temos uma população envelhecida, dependente, mas principalmente temos uma baixa literacia em saúde e se calhar fazia-nos bem enquanto enfermeiros ter uma postura um bocadinho diferente, de formação, de educação para saúde”

E5 “[...] nós passamos o que é medico, o que é nosso não passamos nada. No entanto não deve ser assim, não damos visibilidade à nossa profissão”

E6 “[...] é muito difícil percecionar um plano de cuidados de enfermagem. No entanto é sempre mais perceptível um plano médico”.

E7 “A passagem de turno é muito centrada no modelo biomédico e deixa de parte os aspetos relacionados com as intervenções autónomas dos enfermeiros.

E8 “[...] a passagem de turno valoriza os aspetos médicos, sinais e sintomas, diagnósticos, resultados analíticos”

E10 “[...] muitas vezes os enfermeiros são cumpridores de prescrições medicas e claramente existe uma desvalorização das intervenções de enfermagem...isso está mal, porque os nossos idosos precisam muito mais de um enfermeiro do que de um médico que não lhe vai resolver o fim de vida que está próximo...talvez tenha a ver com a noção de que a urgência é para resolver aquele problema pontual, e olhamos para o doente desenquadrado da família, de outras necessidades que não têm a ver com a situação que motivou vir à urgência”

Categoria: PAPEL FORMATIVO

E6 “Deveríamos aproveitar a passagem de turno para discutir o doente e a prática, até porque temos colegas muito novos. Valia a pena mudar esses comportamentos”

E8 “[...] deveria ser um momento de aprendizagem e de discussão, até porque a equipa tem enfermeiros muito jovens e podíamos ter essa componente”

Categoria: CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO

E3 “[...] a confidencialidade da informação num serviço de urgência é sempre complicada, trabalhamos em espaços abertos...devíamos passar a informação num local central, com visão dos doentes, mas sem estar tão próximo, porque também é importante este contato visual”

E6 “Passar a informação junto do doente é positivo para apreender melhor a informação. Fica sempre um registo visual do doente”

Em relação ao tema informação relevante na transição de cuidados de saúde, foram definidas à priori três categorias: informação referente ao doente; evolução da situação clínica atual e intervenções autónomas dos enfermeiros. Da análise do discurso emergiu uma nova categoria denominada relevância da estruturação da informação. Na tabela 6 encontram-se descritas as categorias, os indicadores, assim como a sua descrição operacional. O processo de codificação, nomeadamente a quantificação das unidades de registo para cada indicador, tendo em conta a descrição operacional encontram-se patente na tabela 7. O recorte das unidades de registo, tendo em conta as categorias, encontram-se na tabela 8.

Tabela 6

Informação Relevante na Transição de Cuidados de Saúde - Categorias, Indicadores e Descrição Operacional

Categoria	Indicador	Descrição operacional
Informação referente ao doente	Identificação do doente	O nome do doente deve fazer parte da informação partilhada
	Antecedentes de saúde e medicação	A informação referente aos antecedentes de saúde e medicação do domicílio devem ser sempre partilhados
	Antecedentes de saúde e medicação por exceção	A informação referente aos antecedentes de saúde e medicação do domicílio só devem ser referidos no caso de serem relevantes no atual motivo de vinda ao SU

	Alergias medicamentosas	A informação referente às alergias medicamentosas devem ser sempre referidas
Evolução da situação clínica atual	Motivo de urgência	O motivo de vinda ao SU deve ser sempre mencionado
	Motivo de urgência – Queixa do doente	O motivo de vinda ao SU mencionado deve ser a queixa do doente
	Motivo de urgência – Fluxograma de triagem/Diagnóstico	O motivo de vinda ao SU deve ser mencionado, nomeadamente o fluxograma de triagem ou o diagnóstico médico
	Parâmetros vitais	Os parâmetros vitais devem ser sempre mencionados na totalidade
	Parâmetros vitais por exceção	Os parâmetros vitais devem ser referidos por exceção e enquadrados na situação clínica
	MCDT realizados	Os exames complementares de diagnóstico realizados devem ser sempre mencionados
	MCDT por realizar	Os exames complementares de diagnóstico por realizar devem ser sempre mencionados
	Dor	A dor deve ser referida em todos os doentes
	Dor por exceção	A avaliação da dor deve ser referida apenas no doente que recorre ao SU por dor, ou naqueles em que existiu uma intervenção para controlo da dor
	Tempo de permanência SU	O tempo de permanência do doente no SU deve ser referido em doente com um tempo elevado/superior a 6h
Intervenções autónomas dos enfermeiros	Medicação/complicações	A medicação instituída e eventuais complicações devem ser sempre referida
	Medicação/complicações com vigilância	Deve ser apenas referida a medicação que implique vigilância, mas sempre as complicações
	Risco de fuga	No caso de existir risco de fuga, deve ser sempre referido
	Balanço hídrico	O balanço hídrico deve ser referido
	Grau de dependência	O grau de dependência do doente é importante referir
	Risco de queda	O risco de queda deve ser mencionado sempre que ele exista
	Risco de úlcera de pressão	O risco de úlcera de pressão deve ser referido
Alimentação	A informação referente à alimentação/tolerância/jejum ou disfagia deve ser mencionada	
Acompanhante do doente	O contato com o acompanhante deve ser referido em todos os doentes	

	Acompanhante do doente por exceção	O contato com o acompanhante só deve ser referido naquele doente em que o acompanhante tem um papel decisivo na gestão dos cuidados
Relevância da estruturação da informação	Estruturação da informação	A estruturação da informação é facilitadora da transição de cuidados
	Contributo da a segurança do doente	Um instrumento padronizado contribui para a segurança da transição de cuidados

Tabela 7

Informação Relevante na Transição de Cuidados de Saúde - Codificação

Categoria	Indicadores	E1		E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	Total
Informação Referente ao Doente	Identificação do doente	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Antecedentes de saúde e medicação													X			1
	Antecedentes de saúde e medicação por exceção	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	13
	Alergias medicamentosas	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
Evolução da Situação Clínica	Motivo de urgência	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Motivo de urgência – Queixa do doente	X			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	12
	Motivo de urgência – Fluxograma de triagem/Diagnóstico			X				X					X	X	X		5
	Parâmetros vitais													X			1
	Parâmetros vitais por exceção	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	13
	MCDT realizados			X			X	X			X	X					5
	MCDT por realizar	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
	Dor															1	1
	Dor por exceção	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

	Tempo de permanência SU	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
	Medicação/complicações	X													X		2
	Medicação/complicações com vigilância			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	12
Intervenções Autônomas dos Enfermeiros	Risco de fuga	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Balanço hídrico	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			11
	Risco de queda	X		X	X		X			X	X	X	X			X	9
	Grau de dependência	X			X	X	X	X	X	X		X				X	10
	Risco de úlcera de pressão	X			X												2
	Alimentação	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
	Acompanhante do doente	X															1
	Acompanhante do doente por exceção			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Relevância da Estruturação da Informação	Estruturação da informação	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
	Contributo da a segurança do doente	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14

Tabela 8

Informação Relevante na Transição de Cuidados - Categorias e Unidades de Registo

Categoria: INFORMAÇÃO REFERENTE AO DOENTE

Questão: Qual a informação que considera relevante na transição dos cuidados no domínio referente ao doente, nomeadamente antecedentes e de saúde?

E3 “O nome do doente é uma questão de personalização assim como é relevante para não existirem trocas de doentes”

E4 “Os antecedentes e a medicação só devem ser referidos aqueles que tenham uma ligação direta com o motivo de vinda ao serviço de urgência”

E5 “As alergias devem ser sempre mencionadas, mas não faz parte da nossa prática”

E7 “[...] alergias medicamentosas são importantes dizer na passagem de turno”

E8 “[...] a identificação do doente é imprescindível”

Categoria: EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA ATUAL

Questão: Qual a informação que considera relevante na transição dos cuidados no domínio à evolução da situação clínica que motivou a vinda ao serviço de urgência?

E4 “[...] mais importante são aqueles que estão pendentes, porque é da nossa responsabilidade supervisionar esses exames complementares, muitas vezes os resultados são atrasados e nós podemos resolver essa situação”

E6 “Os parâmetros vitais devem ser mencionados com bom senso e sempre por exceção...é importante a informação referente aos exames que foram feitos e os exames que estão por fazer para poder agilizar esse processo. Isso permite gerir a área e resolver situações, permitindo trabalhar em equipa”

E7 “Um doente com um tempo de permanência maior implica mais atenção, mais cuidado com os posicionamentos, com a alimentação, com a informação que é prestada à família...é imprescindível e deve ser aquilo que o doente expressa, até porque o diagnóstico refere-se normalmente ao problema mais relevante, no entanto o doente pode ter outras queixas que devem ser valorizadas”

E8 “O motivo de vinda ao serviço é fundamental, deveríamos referir a queixa do doente, bem como o diagnóstico médico no caso de já existir um diagnóstico. Mas nunca desvalorizar a queixa do doente...os parâmetros vitais também devem ser passados, mas apenas aqueles que podem significar uma ameaça para o doente, ou que impliquem maior vigilância...a dor deve ser referida apenas naqueles doentes que vieram por dor, ou nos quais controlamos a dor”

E9 “Os doentes com um tempo de permanência superior a 6 horas, ou naqueles doentes mais dependentes que já estão no serviço há mais tempo e que precisam de uma atenção diferente...sempre aquela que foi prescrita verbalmente pelo médico”

E11 “O tempo de permanência contribui para que o enfermeiro possa agilizar algumas intervenções nomeadamente junto do médico. E por outro lado também as necessidades dos doentes mudam, o que implica intervenções diferentes por parte dos enfermeiros...a medicação instituída é importante assim como alguma complicação. Mas atenção, é preciso bom senso, a medicação mais importante, aquela que necessita maior vigilância, ou porque se corre o risco de uma sobredosagem”

Categoria: INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DOS ENFERMEIROS

Questão: Qual a informação que considera relevante na transição dos cuidados no domínio das intervenções autónomas de enfermagem?

E7 “O risco de fuga é importante referir porque tem implicações na vigilância e até implicações legais porque o doente está sob a nossa responsabilidade...o balanço hidro eletrolítico, as perfusões ou a diurese são tudo vigilâncias de enfermagem, portanto é aí que nós devíamos incidir mais e certamente conseguiríamos ter mais qualidade...é importante referir o grau de dependência porque isso faz parte dos meus cuidados enquanto enfermeira”

E8 “[...] a alimentação, eventual disfagia ou tolerância alimentar, bem como o jejum são tudo avaliações da competência dos enfermeiros...existe uma relação mais ou menos direta entre o grau de dependência e o risco de úlcera...esses doentes deviam ficar num espaço físico com contato visual apertado por parte de todos os profissionais, um exemplo, nunca deviam estar próximos de pontos de saída. Essa informação é importante ser passada aos colegas”

E9 “[...] apenas naqueles casos em que o acompanhante tem um papel importante na alta, ou até porque podemos estar a falar de um caso social e referir o contato efetuado ou que se aguarda o contato é importante...muitos doentes idosos que andam e que aparentemente podem andar sozinhos, mas a verdade é que existe um risco de queda elevado”

E10 “O grau de dependência já diz muito e dizer o risco de úlcera só vai confundir e criar mais informação...com base no grau de dependência eu vou definir algumas intervenções de enfermagem. Essa valorização ajuda a humanizar os cuidados...deve ser mencionado porque implica intervenções dos enfermeiros. Se o doente estiver agitado, podemos falar com o médico para eventualmente sedar o doente, utilizar uma contenção mecânica, nos doentes que estão em cadeira de rodas garantir que podem ir ao quarto de banho acompanhados ou até mesmo deitá-los...apenas nos doentes em que o acompanhante tem um papel importante. Por regra não porque é informação a mais, apesar de ser importante”

E11 “[...] são tudo aspetos que se referem às intervenções e vigilâncias de enfermagem, claro que nós devemos passar que o doente tem jejum, ou que não conseguiu comer ou que teve a aspiração de um vómito e precisou ser aspirado. Se não dissermos isso e não registarmos vai certamente acontecer no turno seguinte”

Categoria: RELEVÂNCIA DA ESTRUTURAÇÃO DA INFORMAÇÃO

E4 “Acho que seria bom haver um esquema mental, se todos passássemos o turno da mesma forma seria mais fácil absorver a informação e claro que contribui para a segurança do doente”

E6 “Ter um instrumento padronizado obrigaria os enfermeiros a ter mais rigor e certamente menos informação se iria perder”

E7 “[...] deveria ser em suporte digital portátil, uma vez que estamos num hospital sem papel, um tablet seria interessante”

Através de um nível de consenso bastante satisfatório entre os participantes do estudo, conseguimos identificar um conjunto de dados considerado pelos mesmos como informação relevante para a transição de cuidados de saúde num SU, tendo em conta a continuidade de cuidados (Tabela 7).

Tabela 9

Informação Relevante na Transição de Cuidados de Saúde num SU

Domínio	Informação
<u>Informação referente ao doente</u>	Identificação do doente (nome)
	Antecedentes de saúde e medicação (relevantes no atual episódio de urgência)
	Alergias medicamentosas
<u>Evolução da situação clínica atual</u>	Motivo de urgência (queixa do doente/diagnóstico médico)
	Parâmetros vitais (alterados que impliquem vigilância)
	Dor (se pertinente na situação clínica)
	MCDT (realizados/por realizar)
	Medicação/complicações (que implique vigilância)
	Tempo de permanência no SU (se superior a 6 horas)
<u>Intervenções autónomas de enfermagem</u>	Risco de fuga
	Risco de queda
	Grau de dependência
	Balanço hídrico
	Alimentação (tolerância/disfagia/jejum)
	Contato com o acompanhante (caso seja relevante na gestão dos cuidados)

Discussão dos resultados

Percepção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados de saúde num SU

A transição de cuidados de saúde ocorre em qualquer momento da prestação de cuidados em que se verifique a transferência de responsabilidade e de informação entre profissionais de saúde, tendo como missão a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017). Acrescenta a mesma entidade que são momentos 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 mudanças de turno na mesma instituição.

Relativamente ao tema percepção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados de saúde num SU, na categoria *Segurança da Transição de Cuidados*, a qual visa compreender a percepção dos enfermeiros acerca da qualidade e clareza da informação como fator decisivo para a segurança dos cuidados, é consensual que existem diferenças na qualidade da informação partilhada da noite para o dia comparativamente à transição do fim do dia para a noite resultante do número de doentes nas áreas de trabalho (Tabela 5: E3, E5).

Constatou-se ideia dominante de que a transição de cuidados é sempre um momento crítico num serviço de urgência e que se encontra diretamente relacionada com a afluência de doentes ao serviço (Tabela 5: E6, E8, E10).

Existem, no entanto, participantes que atribuem as diferenças sobretudo ao emissor, ao colega que partilha a informação, afirmando que os enfermeiros com menos experiência como tomam mais notas acabam por ser mais completos na informação, enquanto que os colegas com mais experiência filtram mais a informação (Tabela 5: E10, E11). Para McFetridge et al (2007) e Sharit et al. (2008) a experiência profissional tem um impacto positivo na transferência de informação, enquanto que Carroll et al. (2012) defendem um impacto negativo, resultante da familiaridade com as situações clínicas.

Estes relatos vão de encontro aos resultados obtidos por Thompson et al. (2018) quando procuraram compreender os fatores que interferiam com a qualidade da transição de cuidados num departamento de emergência, constatando que um fluxo de doentes baixo influenciava positivamente a qualidade da transferência de turno entre enfermeiros.

Outro fator apontado pelos enfermeiros como condicionante da informação partilhada, prende-se com a metodologia de trabalho centrada na execução de tarefas, com os enfermeiros de uma determinada área responsáveis por todos os doentes. A atual organização dos cuidados constitui-se como um obstáculo à

retenção da informação, bem como à organização da informação a ser partilhada na mudança de turno (Tabela 5: E7, E9). A complexidade da transição de cuidados num serviço de urgência também deriva de vários enfermeiros prestarem cuidados ao mesmo doente, ao mesmo tempo (Tabela 5: E8).

Kerr et al. (2014) referem que os doentes em contexto de urgência são frequentemente atendidos por vários profissionais de saúde, resultando num risco de transferência de informação inadequada entre profissionais de saúde. Encontramos então três fatores que parecem condicionar a segurança da transição de cuidados. Um primeiro decorrente do número de doentes que estão à responsabilidade dos enfermeiros, um segundo fator relacionado com o emissor da informação, e por fim um fator que resulta da metodologia de trabalho implementada.

A análise do discurso mostrou também que não existe a perceção clara de que uma falha de informação pode contribuir para um evento adverso, na medida em que na maior parte das vezes não é possível estabelecer uma relação direta entre o dano e a causa (Tabela 5: E4). Existe, no entanto, um sentido crítico por parte dos enfermeiros de que a transição de cuidados merece particular atenção (Tabela 5: E9).

A perda de informação decorre também do facto de esta ser efetuada apenas verbalmente, não existindo um documento escrito (Tabela 5: E4). Segundo JCI (2014) a transição de cuidados deve ser verbal, mas também deve ser complementada na forma escrita, eventualmente com recurso a uma ferramenta eletrónica.

Fica também claro que a atual realidade condiciona não só a compreensão da evolução clínica do doente como a definição de prioridades com base na informação partilhada (Tabela 5: E6, E7).

Refere a OE que, “A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (OE, 2001, p.1).

Na categoria *Continuidade de Cuidados*, na qual se pretendeu compreender a relevância da transição dos cuidados para a continuidade dos cuidados, constatamos a evidencia de consenso de que a informação partilhada é decisiva para garantir a continuidade de cuidados, evitando deste modo decisões erradas (Tabela 5: E8). Por outro lado, os enfermeiros alertam também que podem existir falhas na documentação escrita dos cuidados, na medida em que há informação que não é registada no processo do doente, ou pelo menos não é suficientemente perceptível, fazendo com que a informação oral partilhada seja efetivamente importante (Tabela 5: E7, E11).

Segundo a OE, (2001) a passagem de informação é realizada de forma oral, complementando a informação escrita – e não substitui o registo de enfermagem, realizado em notas de evolução/continuidade e/ou avaliação do planeamento de cuidados. A mesma entidade acrescenta ainda que a continuidade dos cuidados constitui matéria de referência no Código Deontológico, documento orientador do exercício profissional dos enfermeiros em Portugal.

Relativamente à análise da categoria *Valorização da Autonomia*, esta pretende evidenciar até que ponto a informação partilhada realça a autonomia dos enfermeiros.

A análise desta categoria impõe enquadrar o debate em termos dos conceitos de “Prática Avançada” e de “Enfermagem Avançada”. Deste modo, Silva (2007) refere que numa “Enfermagem Avançada” estamos face a uma enfermagem definida pela teoria de enfermagem, por outro lado, uma “Prática Avançada” conduz-nos inevitavelmente a uma prática baseada no modelo biomédico, descorando aquilo que é a essência da profissão que é o “cuidar”, com uma visão holística e abrangente que possibilite ser uma mais-valia nos processos de transição vividos ao longo da vida.

Os resultados obtidos e centrados nesta dicotomia exposta anteriormente evidenciam a dominância do modelo biomédico na informação, remetendo para segundo plano as intervenções autónomas dos enfermeiros (Tabela 5: E7). O conteúdo da informação centra-se em torno dos aspetos médicos, nomeadamente diagnóstico, sinais e sintomas, assim como resultados analíticos (Tabela 5: E8, E10). Numa tentativa de justificação, encontramos a perspetiva de que o modelo biomédico é inevitável num SU, o que decorre também da noção de que a natureza do serviço é vocacionada para resolver um problema de saúde pontual, desenquadrado de outras necessidades inerentes à condição do doente (Tabela 5: E3, E10). Existe, no entanto, a consciência de que deveria existir uma maior valorização da autonomia, uma vez que, diversas intervenções fazem a diferença na vida dos doentes, sendo sobretudo uma população idosa, contribuindo para a humanização dos cuidados, assim como para uma maior visibilidade da profissão. Encontramos ainda na análise do discurso a perspetiva de que, os enfermeiros mesmo em contexto de urgência também podem e devem ter um papel formativo, de educação para a saúde (Tabela 5: E3, E5, E10). Decorrente deste pensamento centrado num modelo biomédico, torna-se por vezes difícil perceber um plano de cuidados de enfermagem, estando mais patente um plano médico (Tabela 5: E6).

Da análise dos relatos anteriores fica claro que existe a dominância do modelo biomédico centrado na gestão de sinais e sintomas, com uma atuação por parte dos enfermeiros decorrente da prática médica, o que configura uma proximidade com uma prática avançada. Esta perceção vai de encontro ao referido na literatura, em que apesar do caminho já percorrido, existe uma perceção de que o modelo biomédico

é ainda dominante e que há dificuldade em introduzir aspetos característicos dos modelos de enfermagem, derivado do desenvolvimento disciplinar (Ribeiro et al., 2019). Esta realidade não se encontra apenas em Portugal, existindo também em outros países onde estes constrangimentos estão patentes (Zarzycka et al., 2013).

Importa ainda salientar a consciência por parte dos participantes que a realidade deve ser alterada decorrente das necessidades de uma população mais envelhecida, bem como o papel pedagógico que os enfermeiros também podem ter em contexto de urgência.

No que concerne à categoria *Papel Formativo*, destaca-se que o momento de transição de cuidados deve assumir um papel formativo, permitindo a discussão da situação clínica do doente, mas também das práticas de enfermagem (Tabela 5: E6, E8). Esta perspetiva é justificada na medida em que a equipa é bastante jovem, sendo esta prática uma mais valia no processo de crescimento profissional, promovendo deste modo a segurança dos cuidados. Estas afirmações vão de encontro ao entendimento da OE referido anteriormente, em que, a passagem de turno constitui-se como um momento de análise das práticas e de formação em serviço.

Na categoria *Confidencialidade da Informação*, a opinião dos enfermeiros é consensual, sobressaindo a ideia de que a esta se encontra inquestionavelmente ameaçada, decorrente da estrutura física do serviço se desenvolver assente no conceito de espaços abertos e pelo facto da transição de cuidados efetuar-se junto do doente (Tabela 5: E3), o que no entender dos participantes do estudo é facilitador da apreensão da informação (Tabela 5: E6). Kerr et al. (2016) referem que a passagem de turno deve ser efetuada junto do doente, de modo a que esse possa participar na gestão de cuidados e tomada de decisões. O mesmo autor alerta para o facto de poderem ser levantadas questões no âmbito da confidencialidade. Um estudo realizado no Reino Unido num departamento de emergência por Currie (2002) revelou que os enfermeiros também manifestavam preocupação com a falta de confidencialidade. Como forma de contornar este constrangimento, alguns enfermeiros sugerem que a transição de cuidados seja efetuada num local central, com visão dos doentes, permitindo encontrar um equilíbrio entre o ganho resultante do contacto visual e a obrigação legal do direito à confidencialidade da informação clínica (Tabela 5: E3).

Informação relevante na transição de cuidados de saúde

Relativamente à categoria *Informação Relativa ao Doente*, entendida como um conjunto de dados, alheio ao motivo específico de vinda ao SU, identificaram-se três itens que reúnem consenso entre os

participantes do estudo. O primeiro item diz respeito à identificação do doente, encontrando-se como justificação uma maior personalização e humanização dos cuidados, e por outro lado contribuir para não existirem erros associados à troca de doentes (Tabela 8: E3, E8).

O segundo item prende-se com a informação referente aos antecedentes de saúde, bem como eventual medicação do domicílio. Com exceção de um participante, os restantes partilharam a mesma opinião, destacando que os antecedentes de saúde e a medicação efetuada no domicílio, só devem ser referidos oralmente quando tiverem uma ligação direta com o motivo de vinda ao SU (Tabela 8: E4).

O terceiro e último item diz respeito à importância de referir eventuais alergias medicamentosas conhecidas, e neste âmbito a opinião também reuniu consenso que é importante mencionar, embora reconheçam que não faz parte da atual prática (Tabela 8: E5, E7).

Nesta categoria encontram-se pontos em comum com o estudo desenvolvido por Sousa et al. (2019) quando procuraram também compreender a informação relevante na transição de cuidados num SU, nomeadamente a identificação do doente, antecedentes de saúde e a medicação do domicílio.

Referente à categoria *“Evolução da Situação Clínica”*, a qual pretende agrupar um conjunto de dados que permitam compreender a evolução clínica do doente no atual motivo de vinda ao SU, os participantes do estudo afirmam maioritariamente que o tempo de permanência do doente no serviço é um dado relevante nos doentes com uma estadia mais longa, superior a 6 horas, ou no caso de se tratarem de doentes com um grau de dependência mais elevado (Tabela 8: E9). A justificação prende-se com a necessidade de atenção que esses doentes apresentam, nomeadamente em relação aos posicionamentos, à alimentação ou até mesmo com a atenção que é dada ao acompanhante, implicando por parte da equipa de enfermagem um conjunto de intervenções diferente. Por outro lado, existe também a opinião de que o enfermeiro pode e deve ter um papel interessante ao agilizar algumas intervenções junto de outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente do médico, permitindo diminuir o tempo de permanência no serviço (Tabela 8: E7, E11).

O motivo de vinda ao SU reúne consenso entre os participantes do estudo, devendo ser em primeiro lugar a queixa verbalizada pelo doente, valorizando também o diagnóstico médico no caso deste já existir, embora com menos destaque. A motivo de vinda ao serviço exprimido pelo doente nunca deve ser desvalorizado, na medida em que o diagnóstico muitas vezes refere-se ao problema mais relevante, podendo, no entanto, coexistir outras queixas que devem ser alvo de atenção (Tabela 8: E7, E8).

A valorização do motivo de vinda ao SU vai de encontro aos achados de Sousa et al. (2019) quando afirma que a queixa verbalizada pelo doente é importante e dever merecer atenção por parte dos

profissionais de saúde. Esta conclusão corrobora ainda as orientações da DGS quando reforça a importância da descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde (DGS, 2017).

Relativamente aos sinais vitais, obteve-se o consenso de que esses devem ser referidos com bom senso e sempre por exceção, ou seja, aqueles que se encontram alterados e com significado no contexto clínico, implicando por isso maior vigilância por parte do enfermeiro (Tabela 8: E6, E8).

A valorização da dor, deve fazer parte da informação relevante na transição de cuidados, sempre que esta esteja presente no motivo de admissão no serviço, ou no caso dos doentes em que apesar de não fazer parte do motivo de admissão, no entanto existiu uma intervenção por parte dos enfermeiros no controlo farmacológico da dor (Tabela 8: E8). A constatação da valorização da dor enquanto informação relevante, vai de encontro há orientação da DGS (2003, p.1) quanto sublinha que “O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”.

A medicação instituída ou eventuais complicações associadas também demonstrou relevância, mas apenas a mais pertinente ou que implique uma vigilância posterior ao longo do tempo (Tabela 8: E9). No entanto, toda a medicação prescrita verbalmente pelo médico deve ser alvo de atenção na transição de cuidados no sentido de evitar uma sobredosagem, caso venha a ser prescrita formalmente mais tarde (Tabela 8: E9).

Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, as opiniões dividem-se, afirmando alguns participantes que é importante a informação referente aos exames que foram efetuados, assim como aqueles que ainda se encontram pendentes (Tabela 8: E6). Enquanto que a generalidade dos participantes sublinha que mais importante que os exames realizados, são aqueles que se encontram pendentes, uma vez que é da responsabilidade dos enfermeiros supervisionar a realização dos mesmos, evitando deste modo atrasos no tratamento (Tabela 8: E4).

Klim et al. (2013) advertem para a importância de ser transmitido com clareza informação sobre tratamentos efetuados, observações de enfermagem e um plano de cuidados. No âmbito da segurança da transição de cuidados a JCI com a OMS (2007) sublinham que informação partilhada deve incidir na evolução do estado de saúde do cliente, o tratamento instituído, como também os efeitos adversos e complicações.

Nesta perspetiva, os resultados demonstram a valorização do tratamento instituído, eventuais complicações, bem como a evolução clínica do doente através dos parâmetros vitais e da valorização da dor. Sublinhamos ainda o entendimento de que o enfermeiro em contexto de urgência deve assumir um

papel ativo dentro da equipa multidisciplinar, promovendo a resolução da situação clínica que motivou a admissão do doente.

No que se refere à categoria *Intervenções Autónomas dos Enfermeiros*, em que é dado destaque a um conjunto de dados decorrentes da autonomia do enfermeiro, a análise do discurso evidenciou que a alimentação do doente merece atenção enquanto informação pertinente. Neste sentido, deve ser partilhada a informação se o doente se alimentou e tolerou, bem como se necessita de jejum ou se tem dificuldade na deglutição (Tabela 8: E8, E11). Na perspetiva dos participantes, são intervenções e vigilâncias que se referem à autonomia dos enfermeiros, e como tal devem ser valorizadas.

Outro ponto importante diz respeito ao balanço hídrico, em que os enfermeiros referem que é importante valorizar, pois entendem os mesmos que, são intervenções e vigilâncias que permitem acrescentar qualidade aos cuidados prestados (Tabela 8: E7).

Relativamente ao grau de dependência e ao risco de úlcera de pressão, as opiniões apontam no sentido de valorizar o grau de dependência, entendendo os participantes que existe uma relação direta entre este e o risco de úlcera de pressão, sendo que seria um excesso de informação mencionar o risco de úlcera de pressão. Ao mencionar o grau de dependência é possível destacar algumas intervenções de enfermagem e por outro lado contribuir para a humanização dos cuidados (Tabela 8: E7, E8, E10). Apesar do modelo biomédico ser dominante na perspetiva dos participantes do estudo, é interessante a preocupação com a humanização dos cuidados, o que pode configurar uma perspetiva mais abrangente da prestação de cuidados.

O risco de queda também deve ser valorizado, na medida em que implica intervenções de enfermagem e uma vigilância mais atenta. Este item deve ser alvo de particular atenção na medida em que muitos doentes que deambulam sozinhos, em bom rigor apresentam um elevado risco de queda (Tabela 8: E9, E10).

O risco de fuga foi também salientado no discurso dos participantes como sendo informação relevante a partilhar na transição dos cuidados, pois coloca em causa a segurança do doente, com consequentes implicações legais decorrentes deste se encontrar sob vigilância do enfermeiro (Tabela 8: E7, E8).

Por último, o contato com o acompanhante, reúne uma opinião consensual, devendo ser apenas mencionado no caso de o acompanhante ter um papel importante na gestão dos cuidados, nomeadamente na alta do doente (Tabela 8: E9, E10).

Ainda no âmbito do presente estudo, e não sendo objetivo principal, da análise efetuada emergiu uma nova categoria, a qual foi denominada de *Relevância da Estruturação da Informação*, entendida como a

opinião dos participantes acerca da importância de uma estruturação da informação, como contributo para a segurança dos cuidados.

Em todas as entrevistas realizadas, a importância da organização da informação, bem como a implementação de uma ferramenta de trabalho obteve consenso entre os participantes, sendo referida como facilitadora da apreensão dos conteúdos partilhados, acrescentando rigor e contribuindo para evitar a perda de informação (Tabela 8: E4, E6, E7).

Esta sensibilidade no discurso vai de encontro às preocupações da DGS (2017, p.5) quando alerta que “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”. A mesma entidade lembra que “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada” (DGS, 2017, p.1). Thomson et al. (2018) realçam a importância da adoção de protocolos, bem como o desenvolvimento de estratégias de comunicação, como a utilização de instrumentos padronizados com mnemónicas para orientação da partilha de informação, que permitam melhorar a comunicação entre equipas.

Conclusão

Os enfermeiros demonstram sensibilidade para a problemática da transição de cuidados no SU, identificando alguns fatores críticos como a afluência de doentes com implicações para as dotações de enfermagem do serviço, a experiência profissional dos enfermeiros e a metodologia de trabalho centrada na execução de tarefas. Evidenciaram no discurso a valorização da informação como determinante para a continuidade de cuidados, bem como a preocupação com a confidencialidade da informação clínica.

Foi ainda identificado um conjunto de dados que no entendimento dos participantes, são relevantes no seu contexto de exercício profissional, e que podem servir como ponto de partida para a implementação de uma ferramenta padronizada de transferência de informação. Os resultados demonstraram ainda que é importante uma estruturação da informação a partilhar, e que essa incrementa rigor e segurança.

Na maior parte dos temas abordados, o estudo apresenta um elevado grau de consenso entre os participantes, assim como com a literatura de referência, o que confere consistência aos resultados.

Relevância para a prática clínica

O estudo desenvolvido permite aprofundar o conhecimento no âmbito da transição de cuidados entre equipas de enfermagem no fim do turno num SU, através do olhar direto dos intervenientes. Permite o conhecimento de alguns fatores condicionantes, bem como enumera um conjunto de informações a ter em conta num processo de partilha de informação. Tendo em conta a falta de metodologias concebidas especificamente para um SU, acredita-se que estes resultados acrescentam valor ao exercício profissional dos enfermeiros

Referências bibliográficas

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I. (2021). Produção e Rácios de Eficiência. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard
- Arora, V., & Johnson, J. (2006). A model for building a standardized hand-off protocol. *Joint Commission Journal Quality Patient Safety*, 32(11), 646-655. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(06\)32084-3](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(06)32084-3)
- Australian Commission on Safety and Quality in HealthCare. (2010). OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement.: Australian Commission on Safety and Quality in HealthCare. ACSQHC. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/201912/ossie_guide_to_clinical_handover_improvement.pdf
- Baker, S. J. (2010). Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4), 355-358. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.03.009>
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (4ªed). Edições 70.
- Bukoh, M., & Siah, C. J. (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/https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- Carroll, J. S., Williams, M., & Gallivan, T. M. (2012). The ins and outs of change of shift handoffs between nurses: A communication challenge. *BMJ Quality & Safety*, 21(7), 586-593. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000614>
- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed) Almedina.
- Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse*, 10(3), 24-27. <https://doi.org/10.7748/en2002.06.10.3.24.c1064>
- Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 09/2003. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. (Lusodidacta).
- Foster, S., & Manser, T. (2012). The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: a systematic review and areas for future research. *Academic Medicine*, 87(8), 1105-1124. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31825cfa69>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? *Field Methods*. 18(1): 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

- Institute for Healthcare Improvement. (2019). Patient Safety Essentials Toolkit. IHI. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Patient-Safety-Essentials-Toolkit.aspx>
- International Council of Nurses. (2009). Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics. ICN. <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Kerr, D., Klim, S., Kelly, A. M., & McCann, T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(1), 89-97. <https://doi.org/10.1111/ijn.12365>
- Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A. M., & McCann, T. (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal Clinical Nursing*, 23(11-12), 1685-1693. <https://doi.org/10.1111/jocn.12308>
- Klim, S., Kelly, A. M., Kerr, D., Wood, S., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualized and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2233-2243. <https://doi.org/10.1111/jocn.12274>
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 12(6), 261-269. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00244.x>
- Meth, S., Bass, E. J., & Hoke, G. (2013). Considering Factors of and Knowledge About Patients in Handover Assessment. *IEEE Transaction on Human-Machine Systems*, 43(5), 494-498. <https://doi.org/10.1109/thms.2013.2274595>
- Ong, M. S., & Coiera, E. (2011). A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. *Joint Commission Journal on Quality Patient Safety*, 37(6), 274-284. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(11\)37035-3](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(11)37035-3)
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. OMS. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1)
- Organização Mundial de Saúde. (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. OMS. <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Draft Global Patient Safety Action Plan 2021 - 2030. Toward eliminating avoidable harm in health care. OMS. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

- Patterson, E., & Wears, R. (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Joint Commission Journal on Quality Patient Safety*, 36(2), 52-61. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36011-9](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36011-9)
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., Silva, J., & Forte, E. (2019). Professional practice models used by nurses in portuguese hospitals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 24-31. <https://www.scielo.br/j/reben/a/tTLgvNTrJtMnNBgwdw8GFKM/abstract/?lang=en&format=html>
- Santos, A., & Ferrão, S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica: Revisão da Literatura. https://www.researchgate.net/publication/272892569_Comunicacao_Efetiva_na_Transferencia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_Revisao_da_Literatura
- Sharit, J., McCane, L., Thevenin, D. M., & Barach, P. (2008). Examining links between sign-out reporting during shift changeovers and patient management risks. *Risk Analysis*, 28(4), 969-981. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2008.01087.x>
- Silva, A. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir: Revista bimestral de enfermagem e informação geral*, 55, 11-20.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, SerIV, 151-158. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3151&id_revista=24&id_edicao=179
- Sousa, P. A. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde*. Formasau.
- Strople, B., & Ottani, P. (2006). Can technology improve intershift report? What the research reveals. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 197-204. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.03.007>
- The Joint Commission Center for Healthcare. (2014). Improving transition of care: Hand-off communication. JCI. <https://psnet.ahrq.gov/issue/improving-transitions-care-hand-communications>
- The Joint Commission International. (2013). SBAR - a powerful tool to help improve communication. JCI. <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/blogs/at-home-with-the-joint-commission/2013/11/sbar-a-powerful-tool-to-help-improve-communication/>
- Thompson, J. E., Collett, L. W., Langbart, M. J., Purcell, N. J., Boyd, S. M., Yuminaga, Y., Ossolinski, G., Susanto, C., & McCormack, A. (2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027), 340-344. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2010.105569>
- Thomson, H., Tourangeau, A., Jeffs, L., & Puts, M. (2018). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 876-886. <https://doi.org/10.1111/jan.13499>

- Wilson, R. (2011). Improving clinical handover in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(1), 22-26. <https://doi.org/10.7748/en2011.04.19.1.22.c8446>
- Wong, M., Yee, K., & Turner, P. (2008). A Structured Evidence - based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover. In: University of Tasmania, Australia. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/structured-evidence-based-literature-review-regarding-effectiveness-improvement-interventions-clinical-handover>
- Yee, K. C., Wong, M. C., & Turner, P. (2009). HAND ME AN ISOBAR: A pilot study of an evidence-based approach to improving shift-to-shift clinical handover. *The Medical journal of Australia*, 190, S121-124. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02617.x>
- Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Slusarska, B., Wronska, I., Cuber, T., & Pajnkihar, M. (2013). Theoretical Foundations of Nursing Practice in Poland. *Nursing science quarterly*, 26, 80-84. <https://doi.org/10.1177/0894318412466736>

Conclusão

A admissão da pessoa num SU é sempre um acontecimento inesperado, e como tal, desencadeador de sentimentos de insegurança e incerteza no que se refere às suas circunstâncias de vida, tornando-o deste modo frágil e vulnerável. A vivência deste processo, não restringindo a identidade própria que caracteriza a pessoa enquanto ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação, coloca-a, no entanto, face à doença, assumindo deste modo o papel de doente ou pessoa doente.

Por outro lado, o SU e a natureza dos cuidados inerentes a uma situação de urgência/emergência, condiciona que este apresente características muito específicas, que o diferencia dos demais contextos de prática clínica. Configura-se como um ambiente muitas vezes caótico, com sobrelotação de doentes, e em que, decorrente da situação clínica do doente, obriga à intervenção multidisciplinar por parte dos profissionais de saúde. Esta realidade leva a que se crie o espaço para a despersonalização e desumanização dos cuidados, resultante da valorização técnica em oposição ao cuidado centrado no indivíduo, desencadeando deste modo o sentimento de insegurança emocional.

Face a esta complexidade, inquestionavelmente o enfermeiro especialista enquanto profissional de proximidade que cuida do doente, dotado de um corpo de conhecimentos na gestão dos processos de transição, deve assumir uma posição de destaque, procurando a otimização do ambiente e dos processos terapêuticos, tendo como objetivos o equilíbrio e a sensibilidade entre um modelo biomédico intrínseco à pessoa em situação crítica, e a satisfação de necessidades individuais que cada doente deposita no enfermeiro, nomeadamente, a confiança e a expectativa de uma visão holística, a qual em bom rigor define a natureza da enfermagem, enquanto disciplina autónoma, dotada de um corpo de conhecimentos próprio.

Esta atitude por parte do enfermeiro, sem dúvida promove um reforço da imagem social da profissão, mas também, contribui para o fortalecer da mesma dentro das equipas multidisciplinares, sendo paralelamente evidenciado na valorização das suas intervenções autónomas, aquando da transição de cuidados, nomeadamente entre equipas de enfermagem no fim do turno.

A relevância da informação partilhada entre profissionais de saúde, com recurso a uma comunicação eficaz é de longa data reconhecida como uma preocupação por parte da OMS, na medida em que sabemos hoje que inúmeros eventos adversos decorrem de falhas de comunicação em diferentes

momentos de transição do doente, onde o objetivo central deve ser a continuidade dos cuidados de saúde.

Desde de 1999 que a OMS tem vindo a sensibilizar os diferentes estados membros a desenvolverem estratégias seguras, nomeadamente no domínio da comunicação, como resultado da consciência de que a prestação de cuidados encerra em si um potencial risco, em parte resultante da evolução do conhecimento científico, evidenciado num conjunto de técnicas cada vez mais complexas.

A análise do percurso histórico de Portugal neste âmbito, mostra uma preocupação que acompanha as orientações internacionais, nomeadamente com o recurso à implementação de um primeiro Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020, tendo sido prolongado com uma nova versão este ano, vigente no período compreendido entre 2021 – 2026. O terceiro pilar o referido plano, é claro no esforço que deve ser despendido por parte das instituições de saúde na implementação de estratégias que promovam uma comunicação eficaz em todas as circunstâncias que envolvam a partilha de informação clínica, sublinhando a transição de cuidados entre equipas de enfermagem como um desses momentos a ser alvo de atenção. Importa ainda salientar a importância da gestão de risco, como recurso para a análise de eventos de segurança, culminando na criação de estratégias de melhoria continua. No referido anteriormente destaca-se uma vez mais o papel do enfermeiro especialista enquanto agente que maximiza a prevenção de complicações, recorrendo-se do seu olhar crítico na implementação de medidas corretivas da prática clínica, mas também na promoção de estudos que possibilitem a adoção de estratégias de melhoria continua.

A evidência científica acerca da melhor abordagem com vista à implementação de uma comunicação que minimize a ocorrência de eventos adversos é consensual na literatura e aponta para a adoção de uma metodologia estruturada, salvaguardando que a mesma deve ser adaptada ao contexto na qual é utilizada. A DGS, enquanto entidade reguladora, responsável pela publicação de normas orientadoras, às quais, deve ser dado o respetivo cumprimento por parte das instituições de saúde recomenda a implementação da metodologia I – SBAR, em consonância com a OMS.

A estruturação da informação relevante a ser alvo de partilha entre profissionais de saúde facilita a coordenação, sobretudo em contextos de cuidados de saúde complexos (Fitzpatrick, 2011). Acrescenta Santos e Ferrão (2015) que o sucesso da implementação de uma metodologia que sirva de guia orientadora passa por desenvolver um projeto que faça sentido à equipa, devendo o mesmo ser auditado, de modo a introduzir as alterações necessárias.

Neste sentido, a revisão sistemática da literatura realizada por Bukoh e Siah (2020) revela a existência de diversas opções, no entanto Bakon et al. (2017) afirmam que a generalidade foram desenvolvidas para dar respostas à partilha de informação em serviços de internamento. No entanto, segundo Meth e Bass (2013) a informação que esses modelos incorporam assenta na identificação do doente, sintomas e problemas identificados, evolução clínica prevista para o doente, planos instituídos, tarefas que requerem atenção a curto prazo, eventuais complicações e intervenções associadas.

Assumidos os ganhos em saúde inerentes ao referido anteriormente, a implementação de uma metodologia que promova a segurança da transição de cuidados entre equipas de enfermagem, no fim de um turno num serviço de urgência configura certamente um desafio complexo, o qual passa por compreender a perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados, ao mesmo tempo que descrever um conjunto de dados considerado como informação relevante, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde.

Nesta perspetiva, e referente à perceção dos participantes acerca da transição de cuidados num serviço de urgência, constatou-se a ideia dominante que é sempre um momento crítico, e que existem diferenças entre a transição do turno do dia para a turno da noite, face à transição do turno da noite para o turno do dia. As diferenças são atribuídas ao número mais elevado de doentes nas áreas de trabalho ao fim da tarde, condicionando negativamente a qualidade e clareza da informação. Por outro lado, a experiência profissional do enfermeiro também influencia esse momento, apontando os participantes que os colegas com menor experiência profissional, são mais completos na informação partilhada, decorrente do facto de tomarem apontamentos que se tornam facilitadores. Por outro lado, os enfermeiros com mais experiência, evidenciam maior sentido crítico, resumindo a informação.

A metodologia de trabalho centrada na execução de tarefas, em que todos os enfermeiros de uma área de trabalho são responsáveis e prestam cuidados a todos os doentes, é apontada pelos participantes como dificultando a compilação e partilha da informação, assim como o facto de não existir um documento de suporte, sendo apenas verbal. Neste sentido, torna-se difícil a compreensão da evolução clínica do doente, bem como a definição de prioridades. Relativamente à promoção da continuidade de cuidados, a informação partilhada entre enfermeiros é sem dúvida um ponto essencial, encontrando-se diretamente correlacionados.

A dominância do modelo biomédico é assumida como inerente ao contexto do SU, estando patente na seleção da informação, remetendo para segundo plano a relevância das intervenções autónomas dos enfermeiros. O conteúdo da informação centra-se sobretudo em aspetos médicos, nomeadamente, o

diagnóstico, sinais e sintomas, bem como os resultados analíticos. Existe, no entanto, a consciência de que esta realidade deve ser alvo de preocupação, por um lado, pelo facto de ser necessário incrementar visibilidade ao valor acrescido dos enfermeiros, e por outro, como consequência de uma população envelhecida carente de cuidados mais abrangentes.

No entendimento dos participantes, decorrente da equipa ser constituída em grande parte por profissionais jovens e inexperientes, a transição de cuidados deve assumir também um papel formativo, com o recurso à discussão e reflexão da prática, contribuindo para o crescimento profissional.

Por último, e referente ao dever de confidencialidade da informação clínica, sobressai a ideia de que esta se encontra ameaçada, devendo por isso ser repensado o atual modelo de transição de cuidados junto do doente, podendo ser adotado uma posição mais central nas áreas de trabalho, privilegiando o contato visual, ao mesmo tempo que é salvaguardada a obrigatoriedade legal de confidencialidade.

No que concerne à informação relevante para a transição de cuidados, tendo em conta a continuidade de cuidados, foram identificados três domínios. O primeiro domínio consiste na informação referente ao doente, entendida como independente do motivo pelo qual o mesmo recorreu ao SU, nomeadamente a identificação do doente (nome), os antecedentes de saúde e medicação relevantes no atual episódio de urgência e eventuais alergias medicamentosas. O segundo domínio refere-se a um conjunto de dados que permitem descrever a evolução da situação clínica atual do doente, respetivamente, o motivo de urgência entendido como a queixa do doente/diagnóstico médico, os parâmetros vitais que se encontram alterados que impliquem vigilância, a dor se for pertinente na situação clínica, os MCDT's realizados e por realizar, a medicação/complicações que impliquem vigilância e o tempo de permanência no SU, apenas naqueles doentes com um tempo de permanência superior a seis horas. O terceiro domínio aborda um conjunto intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente o risco de fuga e de queda, o grau de dependência, o balanço hídrico, a alimentação/jejum/disfagia e a necessidade de contato com o acompanhante, caso seja relevante na gestão dos cuidados de saúde.

Limitações do Estudo

Sendo o método qualitativo um método que dá ênfase à análise do subjetivo e do particular, no qual o objetivo central visa estudar as ideias e opiniões dos participantes, com recurso à interpretação das mesmas por parte do investigador, identificamos como possíveis limitações aquelas que decorrem do

investigador, nomeadamente a dificuldade na manutenção do rigor e imparcialidade. E por parte da amostra, a presença e interação do investigador durante o processo de recolha de dados, podendo em última análise condicionar a neutralidade do trabalho. Por último, referir que, as limitações aqui identificadas decorrem das características específicas do método escolhido, e como tal incontornáveis, implicando por parte do investigador um esforço permanente de reflexão e isenção interpretativa.

Forças do Estudo

Reconhecemos como forças deste estudo o facto se ter alcançado um elevado nível de consenso entre os participantes nos diferentes temas e categorias de análise. Tendo em conta que até ao momento esta temática no SU foi alvo de poucos estudos em Portugal, acreditamos que desenvolvemos um trabalho que acrescenta conhecimento acerca desta realidade

Entendemos que a amostra é representativa do contexto do estudo em causa, na medida em que existiu a preocupação em contemplar enfermeiros generalistas e enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, assim como participantes com um tempo de experiência profissional no SU bastante heterogéneo, permitindo assim um conjunto de resultados mais abrangente.

Os resultados alcançados permitem aos enfermeiros a criação de uma metodologia estruturada, a qual pode vir a ser implementada, contribuindo para a segurança dos cuidados, ao mesmo tempo que ao ser auditada e reajustada, possibilita o desenvolvimento de novos estudos, aprofundando o conhecimento no âmbito desta temática.

Seria oportuno realizar um novo estudo no futuro após a implementação desta ferramenta, no sentido de compreender se existiu mudança na perceção dos enfermeiros acerca desta temática, aferindo deste modo se existiram ganhos no que se refere à segurança dos cuidados e à satisfação dos profissionais de saúde.

Os objetivos delineados para este estudo de investigação foram alcançados. Os resultados possibilitaram identificar alguns constrangimentos à segurança dos cuidados, assim como identificar um conjunto de dados que revelam a opinião dos participantes no que se refere à informação considerada relevante, indo também de encontro à literatura de referência. Apesar do estudo ter sido desenvolvido num único SU acreditamos que poderá servir de base à reflexão em outros contextos de urgência. Acreditamos ainda

que poderá auxiliar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, servindo de suporte ao exercício profissional.

Face aos resultados obtidos, sugerimos a implementação de medidas organizacionais que visem a implementação de estratégias corretivas dos atuais problemas identificados.

Referências bibliográficas

- Alminhas, S. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Sinais Vitais*, 75(0872-0844), 57-60.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (1978-1-925948-05-9). (2019). The State of Patient And Quality in Australian Hospitals. ACSQHC.
<https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/state-patient-safety-and-quality-australian-hospitals-2019>
- Australian Commission on Safety and Quality in HealthCare. (2010). OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. ACSQHC.
https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/201912/ossie_guide_to_clinical_handover_improvement.pdf
- Bailey, M. (2016). Communication failures linked to 1,744 deaths in five years, US malpractice study finds. STAT - USA. <https://www.statnews.com/2016/02/01/communication-failures-malpractice-study/>
- 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).
<https://doi.org/10.1111/ijn.12520>
- Barach, P. (2015). Handover: Improving the continuity of patient care through identification and implementation of novel patient hand-over processes in Europe.
https://www.academia.edu/19716499/Improving_the_continuity_of_patient_care_through_identification_and_implementation_of_novel_patient_handover_processes_in_Europe
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (4ªed). Edições 70.
- Benedet, S. A., Gelbcke, F. L., Amante, L. N., Padilha, M. I., & Pires, D. P. (2016). Processo de Enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. 2016, 8(3), 9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: Revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>
- Bukoh, M., & Siah, C. (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/https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- Clinical Excellence Commision. (2008). Enhancing project spread and sustainability: Sydney.
https://www.cec.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/258343/Enhancing-Project-Spread-and-Sustainability.pdf
- Corrigan, J., Kohn, L., & Donaldson, M. (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. In. Washington, D.C.: *National Academy Press*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ªEd). Almedina.
- Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse*, 10(3), 24-27. <https://doi.org/10.7748/en2002.06.10.3.24.c1064>
- Decreto Lei nº 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>
- Despacho nº 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 - 2020. Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>
- Despacho nº 5613/2015. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Diário da República n.º 102/2015, Série II. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Despacho nº 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República n.º 187/2021, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2018-116607563>
- Despacho nº 10319/2014. Estrutura dos Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Diário da República n.º 153/2014,Série II. [/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn](https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn)
- Direção Geral da Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M. M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série, 21-30. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Fitzpatrick, J. (2011). The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. <https://doi.org/https://doi.org/10.17226/12956>.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fragata, J. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes -Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; v. 26, n. 6 (2010): *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10801>
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes - Uma Abordagem Prática*. Lidel.

- Friesen, M. A., White, S. V., & Byers, J. F. (2008). Advances in Patient Safety. Handoffs: Implications for Nurses. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US)*.
https://www.researchgate.net/publication/49843277_Handoffs_Implications_for_Nurses
- Grupo de Trabalho - SU. (2019). Relatório do Grupo de Trabalho - Serviços de Urgência.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A2ncias.pdf>
- Harwood, L., Downing, L., & Ridley, J. (2013). A renal nursing professional practice model: the next generation. *Cannt Journal*, 23(3), 14-19.
- Heilman, J. A., Flanigan, M., Nelson, A., Johnson, T., & Yarris, L. M. (2016). Adapting the I-PASS Handoff Program for Emergency Department Inter-Shift Handoffs. *West Journal Emergency Medicine*, 17(6), 756-761. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.9.30574>
- Internacional Council of Nurses. (2009). Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics. ICN. <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Joint Commission International. (2018). Sentinel Event Policy: Joint Commission Internacional. JCI.
<https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-policy-and-procedures/>
- Kerr, D., Klim, S., Kelly, A. M., & McCann, T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *Internationa Journal of Nursing Practice*, 22(1), 89-97.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12365>
- Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A. M., & McCann, T. (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1685-1693.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12308>
- Klim, S., Kelly, A. M., Kerr, D., Wood, S., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: An individualised and systematic approach. *Journal of clinical nursing*, 22, 2233-2243. <https://doi.org/10.1111/jocn.12274>
- Mardis, M., Davis, J., Benningfield, B., Elliott, C., Youngstrom, M., Nelson, B., Riesenber, L. A. (2017). Shift-to-Shift Handoff Effects on Patient Safety and Outcomes. *American Journal of Medical Quality*, 32(1), 34-42. <https://doi.org/10.1177/1062860615612923>
- Meth, S., Bass, E. J., & Hoke, G. (2013). Considering Factors of and Knowledge About Patients in Handover Assessment. *IEEE Transaction Human Machine Systems*, 43(5), 494-498.
<https://doi.org/10.1109/thms.2013.2274595>
- Olímpio, J. D., Araújo, J. N., Pitombeira, D. O., Enders, B. C., Sonenberg, A., & Vitor, A. F. (2018). Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 674-680.

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias.OE.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2007a). Nine Life - Saving Patient Safety Solutions. OMS. https://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/
- Organização Mundial da Saúde. (2007b). Communication During Patient Hand-Overs. OMS. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1)
- Organização Mundial da Saúde. (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1.OMS. <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). World Patient Safety Day Goals 2020 - 21. Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/who-uhl-ihs-2020.8>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Draft Global Patient Safety Action Plan 2021 - 2030. Toward eliminating avoidable harm in health care. OMS. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (2020). Nursing Interventions & Clinical Skills (Elsevier, Ed. 7 th ed.)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Queirós, P. (2017). Editorial: Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1-3. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/757-rie-18-fevereiro-2017>
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., Silva, J. M., & Forte, E. C. (2019). Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 24-31. <https://www.scielo.br/j/reben/a/tTLgyNTrJtMnNBgwdw8GFKM/abstract/?lang=en&format=html>
- Santos, A., & Ferrão, S. (2015). Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica: Revisão da Literatura. https://www.researchgate.net/publication/272892569_Comunicacao_Efetiva_na_Transferencia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_Revisao_da_Literatura
- Silva, A. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir: Revista bimestral de enfermagem e informação geral.*, 55, 11-20.

- Silva, L., Terra, F., Macedo, F., Santos, S., Maia, L., & Batista, M. (2014). Notification of adverse events: characterization of events occurred in a hospital institution. *Journal of Nursing UFPE on line*, Vol 8, No 9 (2014): *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i9a10020p3015-3023-2014>
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F., & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(3). <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>
- Sousa, P. (2006). Patient safety: the need for a national strategy. *Acta Médica Portuguesa*, Vol 19, No 4 (2006): July-August. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964>
- The Joint Commission. (2017). Sentinel Event Alert 58: Inadequate Hand-off communication. JCI. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>
- The Joint Commission Center for Healthcare. (2014). Improving transition of care: Hand-off communication. JCI. <https://psnet.ahrq.gov/issue/improving-transitions-care-hand-communications>
- The Joint Commission Internacional. (978-1-59940-829-3). (2014). Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. JCI. <https://docplayer.com.br/2906871-Padroes-de-acreditacao-da-joint-commission-international-para-hospitais.html>
- The Joint Commission International. (2017). Sentinel Event Alert 58: Inadequate Hand-off communication. JCI. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>
- Wilson, R. (2011). Improving clinical handover in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(1), 22-26. <https://doi.org/10.7748/en2011.04.19.1.22.c8446>
- Wong, M., Yee, K., & Turner, P. (2008). A Structured Evidence - based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover. In: University of Tasmania, Australia. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-structured-evidence-based-literature-review-the-Wong-Yee/7339edf2f4687c682fcbc074ce6af352ed258f82>
- Ye, K., Mc, D., Knott, A., & MacBean, C. (2007). Handover in the emergency department: deficiencies and adverse effects. *Emergency Medicine Australasia*, 19(5), 433-441. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.00984.x>
- Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Slusarska, B., Wronska, I., Cuber, T., & Pajnikihar, M. (2013). Theoretical Foundations of Nursing Practice in Poland. *Nursing science quarterly*, 26, 80-84. <https://doi.org/10.1177/0894318412466736>

Exmo. (a) Senhor(a)

Enf.º Pedro Miguel Costa

71633@chts.min-saude.pt

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	17/02/2021	PROC. Nº: 11/2021	06-04-2021

ASSUNTO: "Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde"

Exmo Senhor Enf.º Pedro Miguel Costa,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo "**Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde**".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

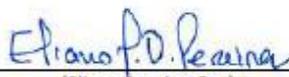
Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 31/03/2021 foi autorizada a realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.**

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,



(Eliana Pereira, Dra)



DECLARAÇÃO

Declaro que estão reunidas as condições logísticas e humanas, que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas, para o estudo de investigação denominado "Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde", a realizar pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Pedro Miguel das Neves Lounet Costa, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, no período compreendido entre fevereiro e junho de 2021.

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.

Penafiel, 16 de fevereiro de 2021

A Diretora do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

(Anabela da Silva)
Anabela Silva, Dra.
Diretora do Serviço de Urgência

ANEXO 3 – Autorização da Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC)



DECLARAÇÃO

Declaro que estão reunidas as condições logísticas e humanas, que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas, para o estudo de investigação denominado "Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde", a realizar pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Pedro Miguel das Neves Lounet Costa, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, no período compreendido entre fevereiro e junho de 2021.

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.

Penafiel, 16 de fevereiro de 2021

A Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

(Cristina Pinto)

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde

Enquadramento: Investigação realizada num serviço de urgência de um Centro Hospitalar, pelo investigador Pedro Miguel Costa, sob orientação da Professora Doutora Paula Encarnação, Professora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Os resultados serão apresentados no âmbito do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Explicação do estudo: A transmissão de informação relevante é um pilar fundamental da segurança do doente, contribuindo para a qualidade dos cuidados de saúde prestados. O estudo tem como objetivos, compreender a importância da transição dos cuidados para os enfermeiros de um serviço de urgência, descrever qual a informação relevante para os enfermeiros de um serviço de urgência, na transição dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde e desenvolver um instrumento facilitador da documentação da informação relevante na transição dos cuidados de saúde.

Condições e financiamento: A sua participação é voluntária, não exigindo qualquer contrapartida financeira ou de outra natureza. Todos os procedimentos serão feitos de forma gratuita. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a sua participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este fato.

Confidencialidade e anonimato: Este documento é feito em duplicado, uma via para o investigador e uma via para o participante. Os dados recolhidos serão analisados com garantia de confidencialidade e anonimato. De salientar que o estudo irá ter um interesse apenas académico e de investigação, não sendo os resultados utilizados com interesse comercial, não havendo, deste modo, conflitos de interesses e/ou contrapartidas financeiras que possam enviesar o mesmo. Qualquer contato a realizar será num ambiente de privacidade.

Eu, Pedro Miguel das Neves Lounet Costa, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Universidade do Minho, a trabalhar num serviço de urgência de um Centro Hospitalar, agradeço a Sua participação de modo a realizar este projeto de investigação.

Tel: 962627966

Email: 71633@chts.min-saude.pt

Assinatura do Investigador: Pedro Miguel Costa _____

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

Nome:

Assinatura:

Data: / /

Parte I: Apresentação, legitimação e esclarecimento ao participante sobre a entrevista

Pedro Miguel das Neves Lounet Costa, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, encontra-se a desenvolver a dissertação no âmbito da segurança do doente, subordinada ao tema “Informação relevante na transição dos cuidados de saúde num serviço de urgência tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde”, com os seguintes objetivos:

- Compreender a importância da transição dos cuidados para os enfermeiros de um serviço de urgência;
- Descrever qual a informação relevante para os enfermeiros de um serviço de urgência, na transição dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde;
- Desenvolver um instrumento facilitador da documentação da informação relevante na transição dos cuidados de saúde.

Parte II: Obtenção do Consentimento para a realização e gravação da entrevista

O desenvolvimento do estudo de investigação prevê a recolha de dados com recurso a uma entrevista semiestruturada aos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade no serviço de urgência. Com este objetivo, solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista, bem como a respetiva gravação, com o fim único de proceder posteriormente à análise de conteúdo, salvaguardando a confidencialidade das informações e a destruição da mesma após conclusão do estudo.

Parte III: Caracterização do Entrevistado

Género:

- Feminino: _____
- Masculino: _____

Idade: _____

Formação Académica:

- Licenciatura: _____
- Pós-Graduações - Quais? _____
- Pós-Licenciatura de Especialização: _____. Qual a área: _____
- Mestrado – Qual? _____

Categoria Profissional:

- Enfermeiros Generalista: _____
- Enfermeiros Especialista: _____

Tempo de exercício profissional: _____ (Anos/meses)

Tempo de exercício profissional no S.U.: _____ (Anos/meses)

Experiência com alguma metodologia estruturada de transição dos cuidados? _____ se sim,

Qual? _____

Parte IV: Desenvolvimento das Questões

Bloco Temático	Objetivos	Questões
Legitimação da entrevista, aspetos de natureza ética e apresentação do projeto.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do Investigador; ▪ Explicação do tipo de estudo e das finalidades do mesmo; ▪ Solicitar a participação do entrevistado tendo em conta o exercício profissional no serviço de urgência; ▪ Apresentação e explicação do consentimento informado; ▪ Assinatura do consentimento informado. 	
Importância da transição dos cuidados para os enfermeiros de um serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender a importância da transição dos cuidados de enfermagem, na perspetiva do enfermeiro de um serviço de urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como considera a transição de cuidados, normalmente entendida como a transmissão de informação e de responsabilidade sobre a continuidade de cuidados, em relação à segurança do doente? ▪ Na sua opinião, a forma como essa transição de cuidados é efetuada pode, ou não, privilegiar a continuidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros?
Informação relevante para os enfermeiros de um serviço de	Compreender a informação relevante que o enfermeiro entende ser pertinente na transição dos cuidados num	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual a informação que considera relevante na transição dos cuidados? Considere os seguintes domínios, caso entenda pertinentes:

urgência, na transição dos cuidados	serviço de urgência, tendo em conta a continuidade dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Informação referente ao doente, nomeadamente antecedentes pessoais e de saúde. • Informação referente à situação de doença que motivou a vinda ao serviço de urgência. • Informação referente às intervenções autónomas de enfermagem.
Finalização da entrevista		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar o entrevistado se gostaria de colocar alguma questão ou acrescentar mais alguma opinião em relação ao tema ▪ Agradecer a participação