



**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

PORTO

**A ARTE DE CUIDAR ORIENTADA À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA**

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

Por  
Maria Inês Rodrigues da Silva Vieira

Porto, junho de 2025





**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

PORTO

**A ARTE DE CUIDAR ORIENTADA À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA**

***THE ART OF CARING ORIENTED TO THE CRITICALLY ILL PERSON***

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

Por  
Maria Inês Rodrigues da Silva Vieira

Sob a orientação de:  
Professora Doutora Irene Oliveira  
Professor Doutor Vasco Silva-Neves

Porto, junho de 2025



## RESUMO

O presente relatório tem como objetivo refletir o percurso marcado pela aquisição de competências que possibilitarão a obtenção do título de mestre e especialista no cuidado à pessoa em situação crítica. O desenvolvimento dessas competências foi um processo rico, contínuo e dinâmico. Porém, incide sobre o trajeto realizado nos estágios da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa.

Os estágios decorreram no período de 2 de setembro a 23 de novembro de 2024, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes de um hospital central da Região Norte do país, e o segundo num Serviço de Urgência Polivalente de um hospital do Norte do País, no intervalo de tempo compreendido entre 2 de janeiro e 26 de março de 2025.

Com a elaboração deste relatório pretendo descrever, de uma forma estruturada e fundamentada à luz da evidência de que forma foram obtidas as competências necessárias para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC na área de Enfermagem à PSC.

Relativamente à metodologia, este relatório baseou-se na análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas ao longo de todo o estágio, sustentada na melhor evidência científica que resultaram num processo rico de aprendizagem e aquisição de novas competências.

Estruturalmente este relatório está dividido por capítulos onde é explanada de uma forma demonstrativa quais os caminhos percorridos e as atividades desenvolvidas em cada local de estágio que permitiram no final a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista. Cada capítulo integra reflexões sobre as experiências vividas ao longo do percurso, sustentadas por literatura teórica adequada.

Com recurso à pesquisa bibliográfica, foram ainda realizados trabalhos que contribuíram para a aquisição de competências que sustentam a obtenção do título de mestre e especialista nesta área. Nomeadamente, uma revisão bibliográfica enquadrada no léxico da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, intitulada de “Transporte da Pessoa em Situação Crítica: uma prática segura”, desenvolvida durante o primeiro estágio, e posteriormente, uma revisão da literatura que pressupõe uma prática segura na transmissão de informações sejam elas durante as passagens de turno ou até mesmo na transferência de cuidados para outros serviços ou instituições, denominada “A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica”.

Em suma, o enfermeiro especialista assume um papel crucial na condução de projetos de intervenção voltados à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Com competências técnicas e conhecimentos aprofundados, está apto a liderar iniciativas que envolvem dimensões clínicas, organizacionais e de gestão, sempre com o objetivo de aperfeiçoar os processos e assegurar os melhores cuidados ao doente.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista; Competências Específicas; Pessoa em Situação Crítica; Transição de Cuidados; Comunicação



## **ABSTRACT**

This report aims to reflect on the journey marked by the acquisition of skills that will enable the attainment of a master's degree and specialist qualification in critical care. The development of these skills was a rich, continuous, and dynamic process. However, it focuses on the journey undertaken during the internships of the Curricular Unit "Final Internship and Report" included in the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Critical Conditions at the School of Nursing (Porto) of the Universidade Católica Portuguesa.

The internships took place from September 2 to November 23, 2024, in a Multipurpose Intensive Care Unit at a central hospital in the northern region of the country, and the second in a Multipurpose Emergency Department at a hospital in the north of the country, between January 2 and March 26, 2025.

With this report, I intend to describe, in a structured and evidence-based manner, how the necessary skills were obtained to obtain a Master's Degree in Nursing with a Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Critically Ill Person Nursing.

In terms of methodology, this report is based on a critical and reflective analysis of the experiences gained throughout the internship, supported by the best scientific evidence, which resulted in a rich process of learning and acquiring new skills.

Structurally, this report is divided into chapters that explain in a demonstrative way the paths taken and the activities developed at each internship location that ultimately led to the acquisition of the specific skills of a specialist nurse. Each chapter includes reflections on the experiences throughout the course, supported by appropriate theoretical literature.

Using bibliographic research, work was also carried out that contributed to the acquisition of skills that support the attainment of a master's degree and specialist title in this area. Namely, a bibliographic review framed within the lexicon of continuous improvement in the quality of care, entitled "Transport of Persons in Critical Condition: a safe practice," developed during the first internship, and later, a review of the literature that presupposes safe practice in the transmission of information, whether during shift changes or even in the transfer of care to other services or institutions, entitled "The importance of communication in the transition of care to the Person in Critical Condition."

In short, the specialist nurse plays a crucial role in conducting intervention projects aimed at the continuous improvement of the quality of care. With technical skills and in-depth knowledge, they are able to lead initiatives involving clinical, organizational, and management dimensions, always with the goal of improving processes and ensuring the best care for the patient.

**Keywords:** Specialist Nurse; Specific Skills; Critically Ill Person; Transition of Care; Communication



*“A arte da vida consiste em fazer da vida uma obra de arte.”*

Mahatma Gandhi



## **AGRADECIMENTOS**

Mais importante do que qualquer agradecimento, quero pedir desculpa aos meus filhos por todo o tempo da minha atenção que lhes foi roubado e canalizado para este projeto tão pessoal e ao mesmo tempo tão egoísta.

Aos meus pais, por serem casa nos momentos mais desafiantes, por me apoiarem de uma forma incondicional sem nunca questionarem as minhas escolhas e por desempenharem o papel de mãe melhor do que eu algumas vezes consigo.

Aos meus amigos, às minhas pessoas, quero que saibam que são o meu porto de abrigo! Obrigada a cada um de vocês por me darem colo e ouvirem as minhas lamentações sem reclamarem, acreditem que tudo isto tinha sido impossível sem vocês.

À DC, o meu suporte, a metade funcionante do meu cérebro, obrigada por não me deixares desistir, por chorares comigo as minhas dores e por seres a melhor companheira nesta maratona.

À Professora Doutora Irene Oliveira, o meu mais sincero obrigada por toda a preocupação demonstrada e pela motivação transmitida, foi sem dúvida um bom aliado no início desta caminhada.

Ao Professor Doutor Vasco Neves, por ter sido luz na escuridão e lufada de ar fresco com todo o apoio e palavras de incentivo, sem dúvida deu um gosto muito especial a esta viagem.

A todos os meus enfermeiros tutores, obrigada por todos os momentos de aprendizagem, pela paciência e compreensão nos dias mais difíceis e sobretudo obrigada pela empatia demonstrada.



## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – *Bispectral Index*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit*

CCIRA – Comissão de Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPCIRA – Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMI – Emergência Médica Interna

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação

KPC – *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional Segurança Do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

ULS – Unidades Locais de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
1. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS .....	19
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	23
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	23
2.2. Serviço de Urgência Polivalente .....	26
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	33
3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	33
3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	37
3.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	43
3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	45
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	47
4.1. Cuidar da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença.....	47
4.2. Situações de emergências, exceção e catástrofe.....	53
4.3. Maximizar a intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção.....	55
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
APÊNDICES.....	75
Apêndice I .....	77
Da evidência à prática: Prevenção e Controlo de Infeção na prestação de cuidados em contexto Pré-Hospitalar.....	77
Apêndice II .....	89

Plano de Formação – Transporte da Pessoa em Situação Crítica: uma prática segura .....	89
Apêndice III .....	93
Apresentação em Power Point: Transporte da Pessoa em Situação Crítica: uma prática segura.....	93
Apêndice IV .....	105
Revisão da Literatura: A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica .....	105
Apêndice V .....	149
Comunicação Oral em Formato de Póster - A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica .....	149
ANEXOS .....	153
Anexo I .....	155
Certificado de Participação no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem – Comunicação em Enfermagem – A Prática especializada para a excelência do Cuidado .....	155
Anexo II .....	159
Prémio Menção Honrosa Poster com o tema A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica .....	159
Anexo III .....	163
Certificado de Participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico .....	163

## **INTRODUÇÃO**

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no 17º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), ministrado pela Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa.

A supracitada Unidade Curricular abarcou uma carga total de 840 horas, onde 360 dessas horas foram realizadas de forma presencial em dois momentos de estágio, 20 horas em orientação tutorial, 20 horas em seminário, num total de 400h de contacto, e 440 horas de trabalho individual, das quais 200 horas previamente destinadas à elaboração do presente relatório.

O alcance dos objetivos definidos para esta Unidade Curricular tornou-se atingível através da realização do Projeto de Estágio, onde foram definidos objetivos exequíveis para os diferentes contextos, selecionados de forma criteriosa e estruturada para que a sua abrangência fosse adaptável aos dois momentos de aprendizagem, e que no final permitisse uma análise crítico-reflexiva sobre as intervenções realizadas para a obtenção de grau de mestre, assim como para dar resposta às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área de especialização de Enfermagem à PSC.

O primeiro campo de estágio decorreu no período de 2 de setembro de 2024 a 23 de novembro de 2024, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) de um hospital central da Região Norte do país, num total de 180 horas de contato. Esta unidade em particular representava um local de grande interesse pessoal uma

vez que conhecia a importância que representa para a unidade hospitalar em questão no que concerne ao trabalho diário e constante com a PSC.

O segundo momento de estágio decorreu num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), segundo os critérios definidos (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014), de um hospital do Norte do País, no intervalo de tempo compreendido entre 2 de janeiro de 2025 e 26 de março de 2025, igualmente com carga horária de 180 horas presenciais. Ao invés do sucedido com o campo de estágio anteriormente referido, este não foi alvo de uma primeira escolha, mas tornou-se uma agradável surpresa dada a imensidão de casuística associada ao facto de ser um serviço de urgência de referência para diversas especialidades, o que facilitou a aprendizagem de novos conhecimentos que potenciaram a aquisição de competências previamente definidas.

Com a elaboração deste relatório pretendo descrever, de uma forma estruturada e fundamentada à luz da evidência de que forma foram obtidas as competências necessárias para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC na área de Enfermagem à PSC.

Para a realização deste relatório foi utilizada uma metodologia reflexiva e descritiva das atividades desenvolvidas ao longo de todo o trajeto, sustentada com revisão bibliográfica de modo a fortificar e solidificar todo o conhecimento adquirido ao longo da prática clínica. O documento obedece às normas institucionais de formatação gráfica da Universidade Católica Portuguesa, utilizando como referência bibliográfica a norma da *American Psychological Association*, 7ª Edição.

Fisicamente, o documento está estratificado de uma forma lógica e cronológica de acontecimentos seguida de uma abordagem às competências previamente adquiridas à realização desta Unidade Curricular e posteriormente à descrição breve e detalhada de cada contexto de estágio. Sedimentadas as questões introdutórias, é dada ênfase às competências comuns e específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC divididos por capítulos e subcapítulos onde é dado enfoque às atividades realizadas e conhecimentos obtidos de forma a justificarem a aquisição de novas competências, sempre de forma fundamentada pela evidência

científica mais atual. Por fim, a conclusão patenteia as considerações finais sobre todo este processo de aprendizagem contínuo que refletem a construção pessoal e acima de tudo profissional de uma enfermeira mais capaz e capacitada quando comparado com o início de todo este trilha.



## 1. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS

O meu percurso profissional estreou-se no ano de 2015 logo após o término da licenciatura, inicialmente no exercício de funções em regime de ambulatório e de internamentos mais direcionados ao foro médico, e cerca de um ano depois em contextos de internamentos cirúrgicos hospitalares, tanto de adultos como pediátricos, o que permitiram a construção da minha identidade profissional que prevalece aos dias de hoje.

A necessidade de dar o passo em frente nesta maratona profissional surgiu no decorrer da minha prática clínica ao longo dos últimos 7 anos, numa Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática, num hospital da Região Norte. Neste cenário especificamente torna-se premente o reconhecimento precoce de situações de risco e senti que determinadas circunstâncias eram geradoras de *stress* uma vez que iam para além do meu domínio de competências.

De modo a colmatar essas lacunas, e aliando o interesse pela PSC à necessidade diária, no ano de 2018 decidi frequentar uma Pós-Graduação em Doente Crítico direcionada para Enfermeiros, o que se tornou uma boa escola e base de lançamento para este projeto de vida profissional.

O percurso de aquisição de competências como EEEMC na área de Enfermagem à PSC iniciou-se logo no 1º ano letivo do Curso de Mestrado em Enfermagem, com a componente teórica e no semestre subsequente com a componente prática, através da realização de um estágio no Âmbito da UC – “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”. Assim sendo, este estágio realizado no contexto de Emergência extra-hospitalar decorreu no INEM – Região Norte, entre o período de 6 de maio e 13 de julho de 2024, num total de 420 horas, das quais 216 de contacto (180 horas de prática clínica, 12 horas de orientação tutorial e 24 horas de seminário) e 204 horas de trabalho individual.

Por ser um local um pouco distinto do ambiente hospitalar, a divisão da carga horária foi distribuída mediante os meios ou locais de maior interesse para a nossa realidade pelo que se apresentaram da seguinte forma: 4 horas em contexto de observação no centro de operações na sede da delegação, 126 a 130 horas de exercício em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), 36 a 40 horas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), e ainda 8 horas para ações de formação ministradas pela própria instituição.

A oportunidade de estagiar num ambiente ligado à emergência extra-hospitalar revelou-se rapidamente entusiasmante, permitindo-me explorar mais profundamente uma área pela qual sempre tive grande interesse e que encaro como uma valiosa fonte de aprendizagem. Ao longo desta experiência, aprofundei competências na abordagem inicial à pessoa em situação de instabilidade, desenvolvendo um raciocínio clínico mais estruturado, analítico e focado, sempre adaptado aos recursos disponíveis e às particularidades do contexto. Esta vivência contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional, tornando-me mais confiante, autónoma e preparada para a tomada de decisões em situações críticas.

A emergência médica envolve todas as ações realizadas desde o momento em que acontece uma situação urgente de saúde, no local onde ela ocorre, até à conclusão do tratamento adequado na unidade de saúde mais apropriada (Madeira, 2011).

O conceito Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), só foi integrado em 1980, com a reunião dos vários elementos do sistema, a criação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e a criação do conceito de cadeia de sobrevivência (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2021a).

Os meios de emergência médica do INEM operam sob a coordenação direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que são responsáveis por gerir e direcionar os recursos de socorro. A escolha dos meios é feita com base na condição clínica das vítimas, garantindo assim uma resposta rápida e adequada. Além disso, o CODU presta apoio contínuo às equipas no local da ocorrência e, com base nas informações clínicas recolhidas no terreno, assegura a preparação

e a articulação com o hospital mais indicado para receber cada doente (INEM, 2021b).

De salientar a extrema importância dos profissionais que atuam nestes meios em contexto extra-hospitalar onde a qualidade dos cuidados prestados está intimamente relacionada com o funcionamento da equipa, num teatro de operações onde participam médicos, agentes de autoridade, bombeiros e enfermeiros, sendo essencial que todos estejam habilitados e muito bem preparados para exercer um conjunto de ações.

Dada a singularidade dos cuidados prestados em ambientes não controlados e de forma a colmatar dúvidas existentes aquando da minha prática e que coincidentemente foram ao encontro de lacunas apresentadas pela instituição, realizei uma revisão bibliográfica de forma a potenciar uma melhoria dos cuidados prestados e gerar discussão quanto à pertinência na mudança de certos hábitos e práticas sempre na ótica da prestação de cuidados de excelência ao doente.

Por isso, havia desde cedo uma preocupação acrescida no que refere à incrementação de medidas de controlo e prevenção de transmissão de infeções tanto para os doentes como para os próprios profissionais na prestação de cuidados em Cenários imprevisíveis.

Desse modo, delineei a minha pesquisa em volta do tema “Da evidência à prática: Prevenção e Controlo de Infeção na prestação de cuidados em contexto Pré-Hospitalar”, e explanei toda a pesquisa bibliográfica que respondesse à questão inicial em formato apresentação *Power Point* sob a configuração de formação em serviço (Apêndice I).

Considero que esta formação atingiu o objetivo pretendido no sentido em que trouxe para cima da mesa tópicos de extrema relevância e cativou a atenção dos presentes na realização de questões pertinentes e na fomentação de discussão de ideias e opiniões nomeadamente com elementos integrantes da Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA).



## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

A aprendizagem durante o estágio ocorre frequentemente em ambientes de prática clínica complexos e exigentes, os quais proporcionam o desenvolvimento de competências do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC. Neste sentido, os presentes estágios foram realizados numa UCIP e, seguidamente, num SUP, ambos na Região Norte do País. O presente capítulo clarifica cada um dos contextos, destacando as suas principais características.

### **2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

Considerado um hospital central e universitário, o hospital onde se realizou o estágio detém autonomia administrativa, financeira e patrimonial, do setor público empresarial com os Estatutos descritos no Anexo II do Decreto-lei nº18/2017 (Ministério da Saúde, 2017), posteriormente revogado pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que estabelece a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) através da junção dos hospitais e centros hospitalares com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Esta medida destaca a relevância de uma abordagem integrada na prestação de cuidados de saúde, promovendo a articulação entre os cuidados primários e hospitalares, o fortalecimento da resposta dos cuidados de saúde primários junto das populações, e a valorização da promoção da saúde.

O serviço onde se realizou o primeiro momento do estágio enquadra-se no Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência e integrada no Serviço de Medicina Intensiva. É uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos que de acordo com o seu manual descritivo, tem por missão primordial responder às solicitações urgentes e emergentes, sendo a sua intervenção assistencial distribuída por 4 áreas fundamentais diferentes: uma enfermaria com 12 camas;

a Sala de Emergência (SE); todas as enfermarias do hospital no Programa de Emergência Interna e a consulta de follow-up aos dois meses após internamento.

A conceção arquitetónica da unidade está conforme as Recomendações Técnicas para Instalações de UCI preconizadas pela Administração Central Do Sistema de Saúde (2024), tendo a lotação por 12 camas, das quais 4 têm capacidade para suporte e substituição contínua da função renal sendo simultaneamente quartos de isolamento (dois deles com pressão negativa) em que as unidades não estão separadas por cortinas, nem o espaço totalmente aberto como acontece nas restantes, estando num compartimento isolado de vidro. As restantes camas encontram-se em *open space*, dispostas em meio círculo direcionadas para a sala de trabalho que ocupa a posição central da unidade, permitindo vigilância visual direta e contínua a todas as pessoas em situação críticas.

Neste local encontra-se ainda uma estação central de telemetria onde é possível observar a monitorização hemodinâmica em tempo real de cada PSC, como preconizado no documento supracitado como sendo o método preferencial de visualização direta para cada doente (Administração Central Do Sistema de Saúde [ACSS], 2024).

A mesma fonte recomenda a existência de iluminação natural direta nas áreas assistenciais de forma promover a manutenção dos ritmos circadianos e recuperação do doente. Nesta unidade a exposição a esta iluminação é verificada em três boxes individuais, e apenas numa unidade aberta (ACSS, 2024).

Segundo (Valentin & Ferdinande, 2011) as UCI são divididas em três níveis de cuidados: nível I, nível II e nível III, sendo que estas últimas, nível III correspondem aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas (...). “Por definição, UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a, p. 145).

Por norma estas unidades estão “destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (Paiva et al., 2017, p.7).

Por esta ordem de ideias, Paiva et al. (2017), descrevem que as UCI desta ordem se assumem como diferenciadas e multidisciplinares onde se abordam especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas potencialmente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais.

Quanto aos rácios recomendados para este tipo de unidades, o ideal seria um enfermeiro para cada doente, sendo que, a qualificação dos enfermeiros tem de ser tida em conta. O rácio enfermeiro/doente pode ser adaptado de acordo com as competências dos enfermeiros aliado ao nível de cuidados necessários para cada doente internado nas UCI (OE, 2019a).

Retratando a realidade que vivi, os turnos na sua maioria eram assegurados por nove enfermeiros (rácios do turno da manhã e da tarde), dos quais seis estavam destinados à prestação direta de cuidados ficando cada um no máximo com duas PSC atribuídas, um enfermeiro na realização de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, um enfermeiro como responsável de turno e um enfermeiro destacado unicamente à SE. Acrescia ainda o funcionamento da Emergência Médica Interna (EMI) que ficava atribuída a um dos seis enfermeiros na prestação direta de cuidados, o que na prática refletia que em caso de uma ativação teria de distribuir os seus doentes pelos restantes colegas, aumentando assim a carga de trabalho da restante equipa.

Em suma, este serviço privilegia o investimento na formação pós-graduada, em exercício, em Cuidados Intensivos e em Emergência, como estratégia de consolidação da qualidade do desempenho no exercício profissional e como estratégia de divulgação dos saberes próprios para o tratamento da PSC.

Pelo exposto, esta unidade apresentou um espaço altamente desafiador e favorecedor de aprendizagens profissionais especializadas, na área da PSC.

## **2.2. Serviço de Urgência Polivalente**

A Rede de SU integra vários níveis de resposta, sendo o SU onde foi realizado o estágio um Polivalente, ou seja, é descrito como sendo o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central, e dispõe, para além de todos os recursos presentes nos Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) valências como Neurocirurgia; Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia; Pneumologia (com endoscopia); Gastrenterologia (com endoscopia); Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Maxilo-facial Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014).

“Emergência e urgência médica é uma situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de se verificar, compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro, 2006, p. 18611).

Este SUP especificamente encontra-se logo à partida subdividido em dois grandes patamares de intervenção: Urgência Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Emergência e Urgência Pediátrica.

Relativamente ao espaço físico, o SUP está dividido em cinco áreas: triagem, SE, área médica, área cirúrgica e imagiologia, cumprindo os critérios de valências médicas e equipamento, necessário ao funcionamento desta tipologia de SU.

A triagem é um espaço composto por três gabinetes individualizados onde, simultaneamente, podem estar três enfermeiros a realizar o Sistema de Triagem de Manchester (STM), com formação específica para a realização da mesma.

O posto de triagem de urgência é assegurado por enfermeiro com formação específica, aspeto levado em consideração pelo enfermeiro coordenador do serviço e cumprido a 100%. A OE refere que nas urgências de adultos, recomenda-se que este posto seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC), na área de Enfermagem à PSC, este

ponto nem sempre é verificado apesar dos esforços notórios do enfermeiro coordenador para que isso aconteça (OE, 2019a).

A implementação de um sistema de triagem no SU tem como objetivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam (Grupo Português de Triagem [GPT], 2010).

Em termos gerais, um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (GPT, 2010).

O enfermeiro identifica a queixa inicial, seguindo um fluxograma de decisão (num total de 52), classificando a pessoa numa de cinco categorias identificadas por número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial: Emergente – Vermelho – 0 minutos (min); Muito Urgente – Laranja – 10 min; Urgente – Amarelo – 60 min; Menos Urgente – Verde – 120 min e Não Urgente – Azul – 240 min (GPT, 2010).

Relativamente à SE, esta encontra-se localizada numa zona central do SU, com acesso direto a partir da entrada do SU sem passagem por outros espaços funcionais, sendo este acesso facilitado por uma porta no exterior destinada especificamente para este fim (ACSS, 2019).

Segundo o mesmo autor, deveriam existir dois acessos separados à SE, para entrada e saída de macas, sendo recomendado um circuito unidirecional no fluxo de entrada e saída de doentes, o que nem sempre se verifica uma vez que o acesso destinado à saída das macas muitas vezes era utilizado como acesso de entrada à SE quando se tratava de admissões de doentes já presentes noutras áreas de observação do SU.

A SE idealmente deverá seguir uma configuração em espaço aberto, com capacidade de unidades individuais de reanimação para um mínimo de 3 doentes nos SUP (ACSS, 2019), indicação superada uma vez que esta SE particularmente tinha espaço para alocar 5 doentes em simultâneo, existindo em todas elas as mesmas condições físicas e materiais para a realização de técnicas e procedimentos necessários.

“Um posto de reanimação deve ser entendido como uma unidade com os meios adequados para a abordagem, reanimação e estabilização de um doente crítico, seja do foro médico ou cirúrgico, incluindo trauma” (ACSS, 2019, p. 8).

Devem estar alocados a esta sala, elementos da equipa com formação especializada em medicina de urgência (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014)

No que diz respeito às restantes áreas do SUP, a área médica intervém no que diz respeito ao cuidado à pessoa com alterações hemodinâmicas do foro médico, encontrando-se dividida em três áreas: a área laranja, a área amarela, e a sala de espera para os doentes com prioridade amarela sem necessidade de estar em repouso em maca, ficando a aguardar observação médica em cadeiras junto aos gabinetes. Quanto aos doentes triados com cor azul e verde, ainda na triagem era iniciado o protocolo de referenciação aos Cuidados de Saúde Primários na tentativa de marcação de uma consulta nas próximas 24 horas e só caso estes não conseguissem dar resposta é que eram atendidos no SU, e aí aguardavam por observação médica numa sala de espera destinada à cor atribuída.

Relativamente à distribuição de especialidades médicas, a sala de espera é da responsabilidade dos médicos de clínica geral, monopolizando também parte da lotação (cerca 14 de 35 unidades monitorizadas) da área amarela propriamente dita, que no período de estágio correspondiam maioritariamente a casos de gripe e vírus respiratórios. As restantes unidades estavam a cargo da Medicina Interna e de especialidades como a Pneumologia, Hematologia, Infeciologia ou Neurologia. Dentro desta unidade havia ainda um quarto de isolamento com capacidade para 3 doentes que era utilizado preferencialmente no caso de vírus respiratórios da mesma estirpe ou até mesmo em isolamentos de contacto por *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC).

Ainda pertencente à área amarela, existia uma sala de procedimentos onde eram alocados os doentes que após observação médica necessitavam de realização de colheita de espécimes para análise ou de administração de medicação, onde após a realização do procedimento retornavam à sala de espera para novamente aguardar por observação médica e posterior delineamento do plano de cuidados.

Quanto à área laranja, toda ela atribuída às especialidades médicas, dispunha de 26 unidades monitorizadas e um quarto de isolamento onde eram alocados preferencialmente doentes imunocomprometidos, ou com algum nível de contágio elevado como o caso da Tuberculose Pulmonar.

Ambas as áreas dispunham de espaços de trabalho tanto para a equipa de enfermagem como para a equipa médica, localizados de forma central e com acrílico transparente ao redor de modo que permitisse uma melhor visualização de todo o cenário envolvente. A área laranja dispunha ainda de monitores de telemetria para uma monitorização em tempo útil e real.

A área cirúrgica, cuidado da pessoa com todo o tipo de trauma e alterações do foro cirúrgico, composta por Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Cirurgia Vascular ou Neurocirurgia, para além da área comum de observação dispunha de uma sala de trauma que era utilizada no caso de situações de monotraumas ou traumatismos minor que não cumprissem critérios de ativação da SE.

Relativamente à imagiologia, esta possui meios complementares de diagnóstico, como TAC, Raio-X e Ecografia, dirigidos apenas às pessoas admitidas no SU.

O SUP é composto por uma vasta equipa multidisciplinar, entre técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico, médicos, enfermeiros especialistas e enfermeiros de cuidados gerais. Os turnos eram repartidos por blocos 7 horas e 30 minutos durante o dia (de manhã e de tarde) ou de 10 horas e 30 minutos no período da noite, habitualmente com o mesmo número de enfermeiros distribuídos por cada turno.

Como é do conhecimento geral, um SU seja ele qual de onde for, será sempre a porta de entrada dos serviços de saúde para a pessoa com doença aguda. Mas ultimamente nem sempre se verifica esta premissa. Ou seja, a afluência a estes serviços tem vindo a aumentar nos últimos anos, pela complementaridade de um conjunto de fatores, entre os quais o envelhecimento da população, múltiplas comorbilidades e défice de respostas de saúde e sociais na comunidade (Marques & Lino, 2021)

Com isto, tem-se verificado um “aumento significativo da afluência aos serviços de urgência, o que resulta numa situação de sobrelotação constante, que exige das organizações um conjunto estruturado de ações que permitam acompanhar o ritmo dessas transformações” (Marques & Lino, 2021, p. 25).

Aliado a estas conclusões, os tempos de espera num SU muitas vezes são sinónimo de iliteracia em saúde, ou seja, os baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com um maior número de internamentos e uma utilização mais frequente dos serviços de urgência (Andrade, et al., 2023)

Estes valores fazem-nos refletir que apesar dos esforços dos profissionais de saúde em realizar educação para a saúde, muitos não entendem qual é a verdadeira missão dos serviços de urgência. Numa logística de informação à população, é essencial distinguir o que é um local de atendimento de situações agudas de um local de atendimento de situações urgentes. Há recursos nacionais implementados que podem esclarecer dúvidas do caráter não urgente/urgente da situação (Linha SNS24, Médico de Família) (Machado, 2021)

“(…)O redireccionamento da procura(…), mais locais de atendimento para situações agudas - centros de saúde(…) mais profissionais, com horários mais alargados da oferta, complementando com ações de informação e incremento de confiança no sistema, poderão de alguma forma, mitigar o estado atual de procura exagerada dos SU” (Machado, 2021, p. 12).

Em suma, neste contexto, o contacto com a PSC ocorre, predominantemente, na SE ou na área laranja, onde, como já referido, são admitidos utentes que requerem vigilância intensiva e estabilização hemodinâmica em curto prazo. Nestas situações, são imprescindíveis competências de avaliação rápida e eficaz, organização dos cuidados e priorização adequada das intervenções.

A organização dos cuidados no SUP assenta, maioritariamente, numa abordagem centrada na execução de tarefas, em contraste com os cuidados preconizados centrados na pessoa e na sua família. Esta metodologia organizacional parece decorrer das características adversas do ambiente do SU, marcadas por variações constantes na afluência de doentes e pela instabilidade hemodinâmica frequente dos mesmos. Acresce ainda a pressão institucional por um atendimento rápido e

pela resolução imediata do problema apresentado. No entanto, este modelo pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, levantando questões sobre a proximidade relacional e o conhecimento efetivo do enfermeiro sobre a pessoa em cuidado, o que, em última instância, pode contribuir para a desumanização e despersonalização da prática de enfermagem.



### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Os cuidados de Enfermagem assumem, cada vez mais um papel importante no que assenta no valor e exigência técnica/científica, tornando a especialização uma realidade cada vez mais ampla entre os enfermeiros (OE, 2019b)

Entende-se por “Competências Comuns” as competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas (EE), independentemente da sua área de especialização, apresentadas através da sua alta aptidão de conceção, gestão e supervisão bem como através de uma base efetiva à prática profissional especializada no campo de ação da formação, investigação e assessoria (OE 2019b).

Deste modo, as Competências Comuns do EE “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE 2019b, p. 4745).

Neste capítulo serão apresentados os quatro domínios integrantes das competências comuns do EE bem como, as das atividades desenvolvidas para concretizá-los, refletindo as experiências vivenciadas com a devida fundamentação teórica. Encontra-se dividido em subcapítulos, cada um correspondente ao domínio a ser abordado.

#### **3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Como descrito no Regulamento 140/2019, este domínio tem como espectável que o EE demonstre uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialidade, apresentando uma conduta de acordo com as normas legais,

princípios éticos e a deontologia profissional, e assim garanta a prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ao longo da minha modesta trajetória profissional, o código deontológico sempre foi a base que orientou a prestação de cuidados, pelo que para os estágios em questão necessitei de atualizar os conhecimentos através da revisão do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), descrito no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (na redação resultante das alterações operadas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril), e das normas deontológicas descritas na Deontologia Profissional de Enfermagem, para assim conseguir consolidar e aplicar esses conhecimentos na prática diária.

O artigo 8º do REPE (OE, 1996), traça uma diretriz crucial no exercício profissional, assumindo que os Enfermeiros, “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (p. 3). Esta premissa deverá ter sido tida em conta logo desde o dia um do começo da vida profissional, uma vez que é algo que nos é inculcado desde o curso base. Porém, é importante destacar que, como EE, estas características específicas tornam-se por de mais evidentes no compromisso e realização de intervenções especializadas que visem de uma forma ativa a implementação de recomendações previstas no seu estatuto profissional.

“Respeitar a pessoa corresponde a ter em conta a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a” (Deodato, 2014, p. 91). Nesta linha de pensamento, torna-se pertinente refletir sobre o dever ético e profissional do enfermeiro de respeitar o direito de cada pessoa a tomar decisões esclarecidas, fundamentadas nos seus próprios valores e princípios.

Toda e qualquer intervenção de enfermagem, por mais simpels que possa parecer, carece de uma declaração livre e esclarecida da vontade da PSC, ou seja, a obtenção do seu consentimento.

Análogo ao descrito na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina no artigo 5º, “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido”

(Assembleia da República [AR], 2001, p. 15). Para que exista um consentimento verdadeiramente livre e esclarecido, é essencial que, além de fornecer a informação, o profissional de saúde — neste caso, o enfermeiro — assegure que essa informação foi devidamente compreendida pela pessoa, garantindo deste modo que a decisão de aceitar ou recusar intervenções constitui uma expressão clara da vontade da própria pessoa, em consonância com o princípio bioético da autonomia e com o direito individual de decidir sobre os cuidados de saúde que deseja receber (Deodato, 2024). Este consentimento pressupõe que seja obtido de forma livre, isenta de qualquer coação, e apenas após a prestação de informação adequada e a validação da sua compreensão por parte da pessoa.

Nas situações em que a pessoa não tinha capacidade de decidir e por isso, não era possível a obtenção do consentimento informado, recorreu-se ao consentimento presumido, tendo por base o princípio da beneficência e não maleficência (Deodato, 2014).

O paradigma tanto das salas de emergência como das UCI está em constante mudança, sendo que a quantidade de PSC acordadas tem vindo a aumentar, tornando esta responsabilidade cada vez mais marcante.

Em consonância com a Base 2 da Lei de Bases da Saúde, que garante a todos o direito de receber informações de maneira “adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” assim como “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excepcionais previstos na lei” (AR, 2019, p. 56).

Ao longo do meu percurso nos contextos clínicos, sempre adotei este princípio como base da minha prática. Nas intervenções de enfermagem que realizei, procurei assegurar uma comunicação clara, compreensível e ajustada ao recetor, com o objetivo de garantir que a informação transmitida fosse efetivamente compreendida.

Neste sentido e com intuito de conseguir alcançar esta competência defini como objetivo específico para este estágio “Aperfeiçoar as capacidades comunicativas e de relação terapêutica com a pessoa situação crítica, família/ convivente

significativo”, por reconhecer o papel importante que a comunicação, a transmissão de informações e a relação terapêutica têm em todas as etapas do cuidar.

Apesar das nuances maioritariamente apresentadas pelos de cuidados intensivos têm quanto às barreiras de comunicação, esta podia ser estabelecida por outras formas para além da mais comum, a verbal. Houve momentos em que a comunicação era estabelecida através de gestos ou mesmo pelos sinais corporais de desconforto ou instabilidade em determinado momento ou ação.

Sempre que possível era comunicado à família/cuidador todos os avanços alcançados ou até mesmo qualquer retrocesso de forma a incluí-los o mais possível em todo o processo terapêutico, respeitando sempre o tempo e a privacidade de cada um na receção de notícias que nem sempre eram as mais desejadas de ouvir.

No que concerne ao respeito pela pessoa, é de sublinhar a dificuldade de gestão da privacidade da mesma em contexto de emergência, mais propriamente na SE, uma vez que acaba por ser um ambiente menos controlado aquando da admissão de doentes principalmente vindos do exterior, em que é necessário proceder à exposição da PSC para uma melhor e mais correta avaliação, tornando-se por vezes constrangedor dada a quantidade de profissionais presentes na sala e nem sempre é possível tomar medidas mais conservadoras logo à partida para evitar essas situações.

Tido como um meio mais controlado, na UCIP, no sentido de manter respeito pela privacidade e dignidade da pessoa, procurei manter as cortinas corridas resguardando a pessoa face aos presentes. Em pessoas agitadas que por vezes removiam a roupa, demonstramos sempre a preocupação de adotar uma conduta proativa salvaguardando esse princípio.

No que diz respeito ao “sigilo profissional”, observou-se que o ambiente de trabalho na UCIP pode levantar certas questões éticas. Isso deve-se ao fato de que a troca de informações entre a equipa de enfermagem e a equipa médica ocorrer, por vezes, na presença da própria pessoa, sem qualquer tipo de resguardo. Tal prática pode permitir que profissionais não diretamente envolvidos tenham acesso a dados pessoais, o que compromete o dever de confidencialidade previsto no artigo 106º,

bem como o respeito pela privacidade da pessoa, conforme o artigo 107º do Código Deontológico (OE, 2015).

Tendo em conta o exposto, nos dois contextos de estágio, procurei assegurar a prestação de cuidados em tempo adequado, adotando sempre uma conduta ética e deontológica própria da profissão. Atuei com base nos princípios da autonomia, beneficência, justiça e não maleficência, valorizando constantemente o respeito pela dignidade humana. Os cuidados foram prestados sem qualquer tipo de discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, abstenho-me de emitir julgamentos sobre o comportamento das pessoas assistidas (artigo 102º). Garanti também o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (artigo 103º), mantendo o cumprimento rigoroso do sigilo profissional (artigo 106º). Antes de realizar qualquer intervenção, informei a pessoa e/ou a sua família sobre a necessidade e os objetivos da mesma, procurando obter sempre que possível o consentimento informado (artigo 105º). No cumprimento do dever de respeito pela intimidade (artigo 107º), assegurei a privacidade e o recato da pessoa (OE, 2015).

Ao longo deste período, tive a oportunidade de trabalhar em colaboração com a pessoa e/ou a sua família, assim como com a equipa multidisciplinar, na “procura de estratégias de resolução de problemas” (OE, 2019b, p. 4746). Esta parceria permitiu uma participação ativa na tomada de decisões relativas à prestação de cuidados, adotando uma abordagem preventiva e antecipatória.

### **3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Requer-se nesta competência que o EE contribua na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, participe na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional, mobilize conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade assim como oriente projetos institucionais na mesma área (OE, 2019b).

A qualidade em saúde é tida “como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico

corrente. Os resultados desfavoráveis são os eventos adversos” (Reis et al, 2013, p.2031).

Decorrentes da intervenção dos cuidados de saúde, os eventos adversos emergem de uma série de ocorrências favorecedoras de um evento inesperado/indesejável, seja por falha ou omissão aquando da sua prestação, sem estar associado à patologia de base da pessoa (Neves et al., 2018).

No caso específico da UCIP, para minimizar o erro associado à medicação, as seringas utilizadas para administração de medicação por via oral são diferentes das utilizadas para a via intravenosa, tanto a nível da cor (roxo) como na adaptação por sistema *luer lock* compatível apenas com os sistemas de alimentação entérica, impossibilitando desta forma a administração de medicação pela vida errada.

Este aspeto destacou-se de forma particularmente positiva e levou-me a refletir sobre a importância da sua aplicação, no sentido de minimizar riscos para a pessoa que necessita de cuidados. A utilização adequada desses recursos contribui para o desenvolvimento de uma cultura de segurança na administração de fármacos, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados. O que vai de encontro ao assegurar a aplicação de práticas de forma a garantir a segurança da administração de terapêutica pelos seus pares (OE, 2019b).

O maior volume de eventos adversos em relação à terapêutica, identificados em diversos estudos nos últimos 30 anos, têm a ver com a medicação (Moreno et al., 2020).

Em resposta à crescente exigência de implementação de sistemas de qualidade, tanto a nível nacional como internacional, a OE publicou, em 2001, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, representando um avanço significativo na valorização e na sistematização da prática profissional, acrescido posteriormente de diretrizes mais direcionadas à qualidade do exercício profissional dos EEMC na PSC (OE, 2017).

Durante o processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, em ambos os contextos de estágio, foi possível

integrar os resultados da investigação na prática clínica, em conformidade com as orientações dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2017)

De sublinhar que a UCIP, na busca premente da excelência no exercício profissional tem procurado envolver os seus enfermeiros para que contribuam para a máxima eficiência na organização dos cuidados de enfermagem, constituindo para tal grupos de trabalho responsáveis por rever e atualizar a prática em uso no serviço, elaborando e/ou atualizando normas e protocolos de atuação segundo nova evidência científica, diretrizes ou tecnologia. Ao longo do estágio procurei pesquisar e cumprir com os protocolos e normas instituídos. São exemplos os protocolos de sedação, analgesia e *delirium*, profilaxia de úlcera de *stress*, hipotermia terapêutica após Paragem Cardiorrespiratória (PCR), transporte inter e intra-hospitalar, abordagem da pessoa com sépsis grave, controlo de glicemia e administração de insulina. A instituição é detentora de normas disponíveis para todos os profissionais de saúde que podem ser consultadas no Portal Interno na Intranet.

Quantos aos protocolos principais implementados no SUP, ligavam-se essencialmente aos protocolos de ativação das Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde Trauma, Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis e transporte inter-hospitalar. Dada a altura do ano em que se desenvolveu o estágio também havia uma nomenclatura para os casos de gripe – Via Verde Gripe – que era acionada na triagem apenas como símbolo de alerta para os restantes profissionais do SU devido ao risco elevado de contágio e necessidade de isolamento o mais breve possível. Foram diversos os momentos que presenciei a implementação destes protocolos.

Em alinhamento com o objetivo enunciado no Plano Nacional Segurança Do Doente (PNSD) 2021-2026 “promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente” (Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021), constatou-se que em ambas as instituições têm implementado um plano de formação no âmbito da segurança da PSC, direcionado a todos os profissionais de saúde, detendo também uma norma organizativa de acesso a todos os profissionais de saúde, sem carácter punitivo, para a participação de incidentes.

Estava assim iniciado o processo de concretização do objetivo a que me propus inicialmente aliado a esta competência: “Promover a melhoria contínua dos cuidados em ambos no contexto de prática clínica”.

Logo desde cedo e nos primeiros contactos com a UCIP pude identificar quais seriam as necessidades da mesma que me permitissem transformar em oportunidade de melhoria de práticas clínicas e conseguir então seleccionar qual seria o tema a debater que conjugasse tanto a necessidade da unidade como o meu gosto de intervenção pela melhoria contínua dos cuidados.

Após a seleção do tema, Transporte da PSC, defini estratégias específicas para adequar a temática às reais problemáticas do serviço que se prendiam mais com o rácio inadequado dos profissionais para as exigências laborais uma vez que não existe ninguém de antemão escalado para a realização de transportes quer intra-hospitalar como inter-hospitalar, o que acarreta uma maior carga de trabalho para os restantes colegas sempre que se justifique a ausência de um doente da unidade para a realização de exames ou de outra intervenção necessária.

Para tal reuni com a equipa de trabalho do tema em questão de forma a traçar os objetivos da formação e verificar em que ponto se cruzavam com os meus para conseguir dar resposta de uma forma mais objetiva à problemática, recorrendo a informação atualizada, através de revisões bibliográficas, de forma a reunir os fundamentos necessários para a tomada de decisão, promovendo uma prática de cuidados fundamentada que me possibilitou no final refletir criticamente sobre conhecimentos adquiridos e transmiti-los da melhor forma à restante equipa. De forma a cumprir os objetivos pretendidos elaborei um Plano de Formação (Apêndice I) como guia orientador do que viria a acontecer e posteriormente elaborei uma apresentação *Power Point* com o título “Transporte da PSC: uma prática segura” (Apêndice II).

Enuncio desta forma que a principal conclusão da evidência científica mais recente refere que a carga de trabalho é um dos fatores de *stress* entre os enfermeiros no transporte inter-hospitalar, e uma carga de trabalho crescente pode levar a reações físicas, psicológicas e comportamentais (Dabija et al., 2021; Lee & Jeong, 2018; Eiding et al., 2019; Kiss et al., 2017)

Desta forma (Blay et al., 2012), afirma que o transporte inter-hospitalar está intimamente ligado à carga de trabalho e à responsabilidade do enfermeiro devido ao tempo limitado para a gestão da transferência dos cuidados, no que se refere à avaliação e familiarização com o doente crítico, planeamento da carga de trabalho e prestação de cuidados ao doente durante todo este processo.

O rácio de pessoal de enfermagem tem impacto nos cuidados a prestar aos doentes, na medida em que a necessidade de realizar o transporte inter-hospitalar de doente crítico diminui os rácios no serviço de origem, com o conseqüente impacto na gestão de recursos humanos com o aumento da carga de trabalho de enfermagem (Eiding et al., 2019; Blay et al., 2012).

Em suma, o transporte do doente crítico deve ser entendido como uma continuação dos cuidados prestados pelo hospital de origem, que assume a responsabilidade técnica e legal durante as fases iniciais — decisão e planeamento. Já na fase de execução essa responsabilidade é transferida para a equipa encarregada de o realizar (Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Comparativamente ao SU, esta questão de gestão de recursos humanos era facilitada, uma vez que por cada turno havia sempre um enfermeiro responsável pelo transporte inter-hospitalar, que no caso de não haver nenhuma transferência agendada era alocado numa área mais movimentada.

Quanto a outra temática bastante pertinente nos dias de hoje - a comunicação no momento da transição dos cuidados – era outro dos muitos objetivos específicos do PNSD 2021-2026 (Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

A transição de cuidados de saúde é definida como o “momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre os profissionais, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017, p.4). A mesma fonte refere ainda que é necessário que todos os profissionais falem a mesma língua, ou seja, a informação partilhada entre a equipa multidisciplinar tem de se caracterizar como

sendo oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida por quem a ouve.

A comunicação eficaz nas transições de cuidados constitui um elemento essencial que interliga a segurança da pessoa que necessita de cuidados à qualidade dos mesmos. Ao assegurar a continuidade dos cuidados, contribui significativamente para a redução de riscos. Por esse motivo, a comunicação deve ser clara, estruturada e orientada para a segurança do doente, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

E foi nesta linha de pensamento que decidi aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática, desenvolvendo uma revisão da literatura com o título “A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica” (Apêndice III) com posterior apresentação de uma comunicação oral em formato *Poster* (Apêndice IV) no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem – “Comunicação em Enfermagem – A Prática especializada para a excelência do Cuidar” (Anexo I), da qual fui presenteada com a atribuição do prémio *Menção Honrosa Poster* (Anexo II).

Com realização desta revisão da literatura pude constatar que é possível identificar relatos de falhas quanto à estrutura comunicacional, para além do conteúdo variável e incompleto na transmissão de informação que sugerem ser contornável com a implementação de uma comunicação estruturada, padronizada e uniformizada através do método ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação).

A evidência científica mostra que a utilização de uma ferramenta padronizada capacita os enfermeiros a atingir comportamentos desejáveis de segurança do doente durante a transferência de informações dentro da equipa multidisciplinar.

Concluo este subcapítulo com a convicção de que alcancei os objetivos definidos neste domínio, tendo desenvolvido competências na identificação de oportunidades de melhoria, na definição de prioridades e na aplicação de conhecimentos orientados para a otimização da qualidade das práticas. Para além disso, aprofundei a reflexão crítica sobre os diversos fatores que podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados.

### **3.3. Domínio da gestão dos cuidados**

Segundo o disposto no Regulamento 140/2019, esta competência pressupõe que o EE realize a gestão os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, para além de liderar e gerir os recursos de acordo com as situações e os contextos, visando a garantia pela qualidade dos cuidados (OE 2019b).

A gestão dos cuidados em enfermagem requer o conhecimento do espaço de trabalho, das competências e dos recursos humanos existentes, promovendo a qualidade continua dos cuidados (OE, 2018).

Enquadrado com este domínio tracei o objetivo específico “Reconhecer, analisar e integrar as dinâmicas funcionais do contexto, bem como a gestão dos seus recursos materiais” que tentei dar resposta mais pelo método observacional do que propriamente pelas ações implementadas uma vez que foram poucos os turnos em que as minhas tutoras exerceram funções de gestão. Direcionando para outra vertente da gestão, esta competência foi mais bem aproveitada pela implementação de intervenções diretamente relacionadas com a gestão dos cuidados prestados à PSC.

No âmbito da sua atividade, os enfermeiros são chamados a intervir nas diversas situações, seja como prestadores de cuidados, responsáveis por coordenação ou como gestores de equipas de trabalho, tornando-se essencial desenvolver um plano de intervenção relativo aos recursos disponíveis respondendo eficazmente às necessidades dos clientes (Lourenço et al.,2022).

O alcance deste domínio considero que foi mais eficazmente atingido no estágio de cuidados intensivos, uma vez que no contexto de estágio de urgência não me foi possível acompanhar de perto o trabalho do enfermeiro coordenador, ficando apenas com as impressões transmitidas pelo meu enfermeiro tutor quanto ao seu papel fundamental na gestão das equipas mediante os fluxos e carga de trabalho nas diversas áreas contituíntes do serviço.

Por isso, do que pude observar na UCIP, o enfermeiro responsável de turno assume um papel crucial na gestão da equipa e de todo o bom funcionamento da

unidade, apesar de muitas vezes assumir igualmente a prestação direta dos cuidados de enfermagem, arca paralelamente funções de gestão e coordenação da equipa, com uma distribuição de carga de trabalho de acordo com as necessidades de cuidados mais adaptada às restantes funções que também exerce.

Dessa forma, o enfermeiro responsável assume um papel fundamental, não apenas ao colaborar e prestar apoio à equipa, mas também ao contribuir para a qualificação da informação utilizada nas tomadas de decisão. Com base nas suas competências, cabe-lhe ainda coordenar a prestação de cuidados, gerir e negociar os recursos disponíveis, promovendo a sua utilização eficiente e criando um ambiente de trabalho positivo e propício à boa prática profissional.

Neste acompanhamento, pude presenciar que no início de cada turno da manhã o enfermeiro responsável reunia-se com toda a equipa de modo a obter informação clínica das pessoas e respetivo planeamento. Neste mesmo momento o enfermeiro gestor fornece algumas informações de importância institucional a toda a equipa, demonstrando disponibilidade e abertura para comentários ou dúvidas existentes, criando assim as “condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável” (Presidência do Conselho de Ministros, 2019, p. 2628)

Inicialmente para uma melhor adaptação aos serviços optei por conhecer a estrutura física dos mesmos e áreas abrangentes da prestação de cuidados conseguindo logo de antemão ter uma perceção dos recursos materiais e humanos existentes e como era feita a gestão e distribuição de trabalhos a cada elemento da equipa multidisciplinar.

Assumi um papel mais proativo na análise dos protocolos utilizados com mais frequência, para assim conseguir identificar quais as metodologias de trabalho de cada elemento implicado direta ou indiretamente na prestação direta de cuidados, para poder antecipar e participar de forma mais ativa e conhecedora nas tarefas desenvolvidas.

Assim, de modo a cumprir com o preconizado por este domínio, ao longo do estágio, em ambos os contextos, reconheci “os distintos e interdependentes papéis

e funções de todos os membros da equipa”, fomentei um ambiente “positivo e favorável à prática” mostrando-me disponível em colaborar com os demais e mantive sempre a preocupação em “utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade”, evitando o desperdício (OE 2019b, p.4748-4749).

### **3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Por fim, e não menos importante, pretende-se com esta competência que o EE consiga desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; identificar consciência de si como pessoa e como enfermeiro; gerir respostas de adaptabilidade individual e organizacional; basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE 2019b).

De acordo com Peixoto et al. (2016), a prática de enfermagem baseada na evidência é considerada como um processo em que os enfermeiros tomam decisões fazendo uso da melhor evidência disponível, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências da pessoa, atendendo aos recursos disponíveis.

Tal como corroborado na deontologia profissional, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p. 8103).

O desenvolvimento de competências no âmbito das aprendizagens profissionais foi um ponto central ao longo destes meses. Como ser curioso que sou, há uma necessidade intrínseca de procura de autoconhecimento e assertividade, tanto no âmbito pessoal quanto profissional, visando uma evolução contínua. Esse processo envolve o compromisso de prestar cuidados fundamentados na mais recente evidência científica, bem como a procura constante de respostas e novas oportunidades para troca de conhecimentos, enriquecendo a prática e promovendo um crescimento integrado entre teoria e prática.

Cada serviço tem as suas especificidades e necessidades de formação, pelo que é no contexto prático que os enfermeiros têm mais experiências de formação, no

qual se enraíza a maior parte da teoria que se adquire na formação contínua. Assim, a formação em serviço será a sedimentação, a partilha, a reflexão sobre o cuidar, cuja principal meta é melhorar a prestação de cuidados, promovendo o desenvolvimento profissional a partir das necessidades de cada serviço e de cada profissional (Marques 2021).

Como mencionei anteriormente, durante o estágio foi proposta a formação em serviço com o objetivo de trazer para discussão temas pertinentes e de debate na unidade que permitam um crescimento entre equipa através da partilha de conhecimentos e de vivências, que aguardo ser possível colocar em prática.

Assim, reconhece-se a importância do desenvolvimento de aprendizagens profissionais sustentadas em referenciais teóricos de qualidade e na melhor evidência disponível, nos domínios técnico-científico, humano e ético. Esse alicerce permite a implementação de práticas de cuidados de enfermagem especializados à PSC e à sua família, por meio da identificação, planeamento, organização e execução de intervenções, concretizando assim a competência do enfermeiro especialista no âmbito do desenvolvimento profissional.

#### **4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Além do perfil das competências comuns, o EE em na área de Enfermagem à PSC possui um perfil de competências clínicas especializadas, que promovem um enquadramento regulador para certificação das competências, tal como acontece com o restante colégio das especialidades (OE, 2018).

Este capítulo tem como finalidade refletir sobre as competências específicas do EE em EMC, na área da PSC, desenvolvidas ao longo dos estágios. A reflexão sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos é acompanhada da respetiva fundamentação teórica. Para tal, o capítulo encontra-se estruturado em subcapítulos, cada um deles representando as competências específicas do Enfermeiro Especialista consideradas mais significativas ao longo de todo o percurso formativo.

##### **4.1. Cuidar da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença**

Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são definidos como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018, p.19362).

Com base na complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o EE deve recrutar conhecimentos e aptidões para dar resposta em tempo útil e de forma holística à situação (OE, 2018).

Em serviços tão imprevisíveis e dinâmicos como é o caso, os cuidados de enfermagem desenvolvidos são frequentemente associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos, num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, onde a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade na PSC e a família/cuidador significativo como nos enfermeiros que aí desempenham funções. Assim sendo, a tecnologia é uma parte integrante e essencial da prática competente do enfermeiro (Benner, 2001). Tendo por base esta premissa, o principal foco sempre foi o cuidar.

Na UCI os doentes internados apresentavam uma diversidade de patologias, em que a maioria era novidade para mim, o que me levou a realizar um aprofundamento teórico e científico através de uma intensiva pesquisa bibliográfica, compatível com a complexidade do cuidado destes doentes. O mesmo aconteceu no SU, não tanto com a diversidade de diagnósticos médicos, mas com a rapidez com que casos aparentemente mais simples ou resolúveis podiam escalar para situações mais graves, como casos das insuficiências respiratórias em doentes com patologia crónica, que num ápice se transformavam em verdadeiros perigos de morte iminente.

Ao longo do período de estágio, surgiram múltiplas oportunidades de participação ativa na prestação de cuidados à PSC. Entre as situações vivenciadas destacam-se: doentes com crises convulsivas, com alterações do estado de consciência, intoxicações, AVC, traumas, PCR, disritmias, infeções e com diversos tipos de choque. Estes contextos clínicos possibilitaram a prestação de cuidados técnicos de elevada complexidade, direcionados às necessidades específicas da pessoa em situação crítica.

Associando este domínio aos objetivos definidos por mim previamente, “Assistir a pessoa no processo de doença crítica e/ou risco de falência orgânica; Colaborar em equipa, em situações de emergência, tendo uma participação ativa tanto na Sala de Emergência como na Emergência Médica Interna; Aprofundar conhecimentos sobre técnicas, fármacos e intervenções em situações de emergência, transversais aos dois contextos”.

No que respeita à abordagem e avaliação da PSC, segui a metodologia “ABCDE” com o objetivo de detetar focos de instabilidade e priorizar cuidados antecipando possíveis complicações. A mnemónica significa: A (*Airway*) - via aérea com controlo cervical, B (*Breathing*) – respiração, C (*Circulation*) – circulação com controlo da hemorragia, D (*Disability*) – disfunção neurológica e E (*Exposure*) – exposição e controlo da temperatura. Utilizando esta abordagem é possível identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida (INEM, 2020). A abordagem à PSC segundo esta metodologia foi implementada nos dois contextos de estágio uma vez que se trata de um método de avaliação perfeitamente permeável de ser aplicado em qualquer contexto de prática clínica.

Foram diversas as oportunidades de aprendizagem com técnicas altamente complexas como: técnicas dialíticas, sendo a mais utilizadas a *Sustained low-efficiency daily diafiltration* (SLED), técnicas invasivas de suporte hemodinâmico e participar em procedimento invasivos como: cateterismo arterial, cateterismo venoso central, a colocação de cateter para monitorização da pressão intracraniana, entubação traqueal, broncofibroscopia, entre outras por forma a enriquecer ainda mais o meu leque de experiências e promovendo a continuidade dos cuidados

As PSC nas UCI e SU sofrem dor, agitação e *delirium*, podendo ter efeitos negativos nos seus resultados clínicos. De acordo com Arroyo-Nova et al. (2019), 57% das pessoas em cuidados intensivos tem dor significativa, 34% apresentam *delirium*, 46% encontram-se profundamente sedados, 17,5% apresentam agitação e 52,5% encontram-se dentro dos níveis recomendados pela Escala de Agitação - Sedação de *Richmond*.

Comparativamente aos SU, a prevalência do *delirium* é muito alta essencialmente entre os idosos, cerca de 14% com mais de 85 anos de idade, sendo que atinge entre 10 e 30% das pessoas que vão aos SU, onde por norma a sua manifestação pode indicar uma doença médica (American Psychiatric Association, 2014).

A prevalência de *delirium* varia de 14 a 24% nas situações de admissão aos hospitais, com estimativas da incidência de aparecimento durante a hospitalização que podem variar entre os 6 a 56%, para a população em geral (American Psychiatric Association, 2014).

Já Prayce, et al. (2018), enfatiza que o reconhecimento e a prevenção de situações de delirium são essenciais uma vez que estão intimamente ligados a situações e morbidade e mortalidade, e que intervém diretamente com a avaliação e abordagem da dor tendo um impacto negativo tanto nos doentes como nos profissionais de saúde.

Quanto falamos de dor em SU é importante ressaltar que a dor é o principal motivo de procura de cuidados de saúde no serviço de urgência (Figueira, et al., 2022), sendo uma realidade com a qual os enfermeiros lidam constantemente. Na prestação de cuidados, é essencial que a dor seja avaliada e registada de forma sistemática, permitindo uma intervenção precoce, personalizada e eficaz. Este procedimento contribui diretamente para a promoção do bem-estar da pessoa, bem como para a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Silva, 2017). O controlo eficaz da dor não constitui apenas uma responsabilidade dos profissionais de saúde, mas também um direito fundamental de quem a experiencia. Trata-se, igualmente, de um elemento essencial para a verdadeira humanização dos cuidados e das instituições de saúde (DGS, 2003).

O processo de monitorização regular da dor deve iniciar-se no momento da triagem, sendo essencial que seja dada continuidade ao longo do tempo de permanência no SU. A avaliação da dor em contexto de urgência requer competência técnica e formação específica, uma vez que este ambiente apresenta limitações particulares. Estas restrições decorrem, sobretudo, da natureza urgente da condição clínica da pessoa e da escassez de tempo disponível para uma avaliação aprofundada (Grupo Português de Triagem, 2010).

Na UCIP, a gestão da analgesia, sedação e *delirium* é feita através do uso de protocolos internos implementados que se enquadram na “administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento nº429/20018 de 16 de julho, p.19363). Relativamente à avaliação e monitorização da dor, ao longo do estágio foi possível aplicar na prática algumas das escalas normalizadas, nomeadamente: a Escala Numérica da Dor para pessoas que conseguissem fazer autorrelato da dor e quando tal não era possível, a escala comportamental da dor *Behavioral Pain Scale*

(BPS), em pessoas que não conseguiam comunicar seja por estarem sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), agentes neuromusculares, hipnóticos ou com alteração do estado de consciência.

Este parâmetro de avaliação foi transversal e universal tanto nos contextos de estágio como no meu ambiente habitual de prática clínica, pelo quê se tornou um fator facilitador na aquisição de competências.

Para além do recurso a medicamentos para o alívio da dor, durante o estágio foram comuns as situações em que se recorreram a intervenções não farmacológicas com o objetivo de proporcionar maior conforto à pessoa sob cuidados. Relativamente a estas intervenções, destacaram-se os posicionamentos antiálgicos em doentes com fraturas ou dores localizadas, bem como a utilização de crioterapia ou termoterapia, sempre que devidamente justificadas. Assim, foi possível realizar uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento nº429/20018 de 16 de julho, p.19363).

Ao longo do estágio foi possível, de acordo com o protocolo interno, proceder à avaliação da sedação e agitação através da Escala de Agitação - Sedação de *Richmond* (previamente mencionada) e quando necessária titular doses dos sedativos em função dos objetivos estipulados pela equipa médica. As ferramentas de monitorização de sedação objetiva são também apontadas como úteis no manuseio da sedação, nomeadamente o *Bispectral Index* (BIS), em português, Índice Bispectral (Devlin, et al., 2018).

Para avaliação do *delirium* era utilizada a escala *Confusion Assessment Method-Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e posteriormente comunicado o resultado junto da equipa médica.

A avaliação destes parâmetros, tal como ditam os protocolos internos, era feita pelo menos uma vez turno e sempre que necessário, sendo o seu registo efetuado em local próprio visível a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo terapêutico dos doentes.

Durante o estágio, procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica eficaz, nomeadamente em momentos como a recolha de dados para a avaliação da PSC e na comunicação acerca do seu estado clínico. Com o intuito de desenvolver competências comunicacionais, foram aplicadas estratégias como a adaptação da linguagem ao perfil do recetor, a expressão adequada de emoções, a transmissão clara e progressiva da informação, bem como a prática da escuta ativa. Foi ainda possível vivenciar situações constituintes como “barreira à comunicação”, nomeadamente a dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva com pessoas de diferentes nacionalidades que não sabiam falar outra língua que não a materna, pessoas com condição de tetraplegia e ventilado que não conseguiam escrever. De modo a ultrapassar tais barreiras recorri a ferramentas digitais, a solicitação de recursos visuais como gráficos, desenhos ou imagens, a permissão da presença de familiares/acompanhantes, tendo sido assim possível “demonstrar conhecimentos de estratégias facilitadoras de comunicação na pessoa com barreira à comunicação” (Regulamento nº429/20018 de 16 de julho, p.19363).

De realçar que na UCIP é realizada a reunião de transmissão de informação aos familiares numa sala própria, contudo na SE tal não se verificou, uma vez que a informação era transmitida muitas vezes no corredor da própria urgência, podendo ser considerada uma lacuna na organização. A falta de uma sala para essa finalidade pode resultar em privacidade inadequada e em constrangimento tanto para os familiares como para os profissionais de saúde. A exposição a um ambiente público pode dificultar a capacidade dos familiares de processar adequadamente as informações recebidas, expressar as suas emoções ou fazer questões pertinentes.

Comparativamente ao SUP, se se tratasse de um doente alocado a uma área de observação como a médica ou a cirúrgica, esta comunicação era realizada preferencialmente num gabinete médico ou mesmo junto da unidade do doente, com o máximo do anteparo pela privacidade de todos, seja com o recurso às cortinas divisoras de unidades ou no caso de ser possível, estes doentes eram resguardados em quartos individuais previamente.

Com base no percurso realizado, considero que foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, sustentadas por

intervenções ajustadas às necessidades da PSC em diferentes contextos, respeitando as suas particularidades e contribuindo para a otimização do ambiente e dos processos terapêuticos, com o objetivo de prevenir complicações e eventos adversos. Demonstrei ainda conhecimentos e capacidades para cuidar de pessoas a vivenciar processos clínicos complexos, resultantes de situações agudas ou crônicas, assim como para prestar apoio às suas famílias e cuidadores. Foi também promovida uma resposta eficaz em situações de emergência ou exceção, associadas à doença crítica e/ou à falência orgânica. A prática foi orientada por estratégias que visam a promoção da segurança de utentes e profissionais, prevenindo riscos clínicos e não clínicos. Além disso, foi incentivado o envolvimento ativo da pessoa e dos seus familiares/cuidadores no processo de saúde/doença, sempre com base na melhor e mais atual evidência científica.

#### **4.2. Situações de emergências, exceção e catástrofe**

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: “Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata”. (OE, 2018, p. 19362)

Em ambos os contextos de estágio foram várias as situações de emergência presenciadas, destacando-se as situações de PCR nas quais optei por manter uma preocupação em garantir a “salvaguarda condições de segurança” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, p.19363): no contexto de SE esta preocupação esteve ainda mais presente dado o cenário envolvente e o elevado número de pessoas que constituíam este teatro de operações. E apesar de parecer pouco, a garantia pelas condições de segurança é um fator primordial e a primeira condição na abordagem à PSC (INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2021), que valida ainda mais a importância do papel do enfermeiro especialista ao sustentar um senso de responsabilidade relacionado à qualidade do cuidado prestado.

Segundo a Lei n.º 27/2006, de 03 de julho, referente à Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 3º, a catástrofe é definida como: “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2006, p.3).

Atendendo à ausência de definição e enquadramento legislativo referente ao conceito de exceção, o INEM (2012), no contexto de cuidado de emergência médica, menciona que uma situação de exceção corresponde a uma “situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (p. 12).

O hospital é o local privilegiado para a receção e tratamento de vítimas de catástrofe, tornando-se fundamental que os profissionais de saúde se familiarizem com todos os conceitos e protocolos de atuação perante situação de exceção e catástrofe (Pinho, 2020). Nesse sentido, as instituições possuem um plano de atuação em situações de catástrofe e/ou multivítimas e em cada serviço, existe afixado o plano de evacuação em caso de emergência.

No portal interno da instituição está disponibilizado o Plano de Resposta a Multivítimas acessível a todos os funcionários. Este é um plano do tipo *all hazard* (plano que responde a qualquer tipo de eventos seja qual for a sua causa, tipologia de vítimas, patologias ou contextos), de hierarquias colapsáveis (a ativação do plano não depende da presença da hierarquia técnica da instituição, podendo ser ativado a qualquer hora em qualquer dia), e baseado em cartões de ação (instruções de trabalho que informem os executantes das prioridades de ação e das suas tarefas).

O EEEMC na área de Enfermagem à PSC contempla assim, um papel importante neste âmbito, uma vez que deve não só cuidar da pessoa vítima de situação de emergência, exceção e catástrofe (garantindo condições de segurança, proporcionando cuidados adequados e fundamentados e assegurando meios de evacuação e transporte), como conceber planos estratégicos de atuação, reconhecendo os já existentes a nível nacional e regional e colaborando naqueles que são elaborados na sua própria instituição (OE, 2018).

Relativamente a este ponto as oportunidades que vivenciei foram ligadas diretamente com a SE e com a EMI, mas que em todas as situações foram situações de emergências controladas, com uma rápida resposta por todos os intervenientes, no entanto optei por procurar o planeamento da resposta mediante o conhecimento “dos planos e princípios de atuação em situações de catástrofe” (OE, 2018).

Relativamente à eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de práticas de crime, não tive oportunidade de vivenciar nenhuma experiência pelo que não apliquei os conhecimentos adquiridos na componente teórica abordada no semestre anterior que nos elucidou quanto aos procedimentos inerentes à “preservação de vestígios atendendo à cadeia de Custódia” e ao reconhecimento e diagnóstico precoce de “indícios de prática de crime na vítima(s) ou meio envolvente” (OE, 2018).

Neste âmbito a única situação que talvez se enquadre foi mesmo a colheita de sangue no caso de acidentes de viação com vítimas. Segundo o disposto no artigo 5º da Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio, referente ao Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas:

“A colheita de sangue é efetuada, no mais curto prazo possível, após o ato de fiscalização ou a ocorrência do acidente; posteriormente, a amostra de sangue é enviada à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal da área respetiva, pelo estabelecimento que procedeu à colheita e por fim, na colheita e acondicionamento da amostra de sangue são utilizados os procedimentos e o material aprovados, salvaguardando-se a proteção de dados pessoais” (AR, 2007, p.1).

#### **4.3. Maximizar a intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção**

Tendo em conta o risco de infeção, a sua prevenção torna-se essencial face à diversidade dos contextos de atuação, à complexidade das situações clínicas e à especificidade dos cuidados exigidos, sobretudo devido à frequência com que se recorrem a múltiplas intervenções invasivas, exames de diagnóstico e procedimentos terapêuticos para a manutenção de vida da PSC e /ou falência orgânica, os

EEEMC área de Enfermagem à PSC, devem desempenhar um papel ativo no âmbito da prevenção do controlo da infeção hospitalar (OE, 2018).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é considerada como uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (OE, 2017), com impacto em Portugal, demonstrando uma prevalência de 7,8% nas pessoas internadas (DGS, 2018).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC está descrito que: “(...) não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (OE, 2017, p.11).

Tanto as IACS como o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, constituem atualmente problemas de grande relevância a nível global. Estes fenómenos estão associados ao aumento da morbilidade e mortalidade, ao prolongamento do tempo de internamento e à elevação dos custos com os cuidados de saúde (DGS, 2017b).

No combate a este flagelo, surge em 2013 através do Despacho n.º 2902/2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), resultante da associação entre o Programa Nacional e de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, programas esses que têm com finalidade a redução das IACS e do consumo de antibióticos.

Em 2014, a PPCIRA deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, implementando a “Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção” (DGS, 2017b, p.5). Esta estratégia traduz 10 regras de boa prática, determinadas pela DGS, a serem adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde: “avaliação individual do risco de infeção na admissão da pessoa doente e respetiva colocação em isolamento;

higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de Equipamentos de Proteção Individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho” (DGS, 2017b, p.6)

Em consonância com esta competência elaborei o objetivo de “Intervir de acordo com os planos de prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos preconizados por ambas as instituições” que dei resposta através de um conhecimento prévio sobre os planos de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos de das instituições e da leitura atenta dos protocolos existentes, e sempre que eram diagnosticadas necessidades específicas de prevenção ou intervenção no controlo de infeção eram tomadas medidas de imediato de forma a controlar qualquer disseminação que dali surgisse, tentando sempre adaptar estas medidas aos recursos materiais, físicos e humanos apresentados.

Do que pude observar nos dois campos de estágio, os profissionais procuram cumprir com as normas de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. Evidencia-se a existência de Equipamento de Proteção Individual (EPI), disponíveis e de fácil acesso, nos diferentes postos de trabalho, facilitando o cumprimento das normas recomendadas. A higienização das mãos era facilitada pela presença de lavatórios em diversos locais, com sinalização da correta lavagem das mãos, para além da inúmera quantidade de solução alcoólica a 70% e solução antisséptica de base alcoólica disponível por todos os cantos e esquinas, simplificando assim, o acesso aos profissionais, doentes e familiares/acompanhantes.

Na UCIP por exemplo, todas as unidades estavam equipadas com um carro individual de apoio que incluía o material mais utilizado na prestação de cuidados, restringindo-se o seu uso para aquela pessoa, diminuindo assim as deslocações para fora da unidade e evitando infeções cruzadas. Esta preocupação com a individualização do material, advém das diretrizes existentes, uma vez que a individualização do material contribui para evitar as IACS (Cavaleiro, 2011).

De salientar a preocupação constante em adequar as unidades face ao tipo de isolamento, tornando-se, por vezes, necessário mobilizar doentes para cumprimento dos mesmos. Aquando da admissão na unidade, todas os doentes são rastreados para a bactéria KPC (norma interna hospitalar adequada a cada serviço mediante as comorbilidades dos doentes internados), e no caso de um resultado positivo, e sempre que possível, a mesma é alocada numa das unidades de isolamento de forma a prevenir a infeção cruzada e melhor controlar o ciclo de propagação.

Com o objetivo de reduzir a probabilidade de transmissão de infeções, foi notória a preocupação em organizar o plano de trabalho de forma criteriosa, particularmente no que diz respeito à distribuição das PSC infetadas. Procurou-se evitar que um mesmo enfermeiro tivesse, simultaneamente, a seu cargo uma pessoa em isolamento e outra sem essa necessidade.

Especificamente para este domínio ressalvo a experiência vivida na UCIP que demonstra a importância da prevenção e controlo de infeção e ao papel ativo que o EE desempenha nesta gigante tarefa. Esta unidade específica está inserida no projeto STOP Infeção Hospitalar 2.0, sendo este um projeto do PPCIRA/ DGS em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e com o apoio técnico-científico do *Institute for Health Improvement* (DGS, 2017b).

O projeto STOP Infeção Hospitalar pretende constituir um exemplo de implementação de uma metodologia de melhoria contínua que procura reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em 12 hospitais, num período de 3 anos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Esta intervenção tem como propósito primordial alcançar uma diminuição da incidência e, conseqüentemente, da morbilidade e da mortalidade associada a infeções adquiridas nos doentes internados nos 12 hospitais, de forma a contribuir para um aumento da segurança e confiança dos doentes nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e reforçar a promoção da melhoria contínua da qualidade em saúde em geral (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015)

As infeções nosocomiais alvo de estudo, pelo programa STOP Infeção Hospitalar 2.0 são: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação segundo a Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022 (DGS, 2022a),

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central segundo a Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022 (DGS, 2022b), “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical pela Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022 (DGS, 2022c).

A relevância destas temáticas prende-se especificamente com o facto de a Pneumonia Associada à Intubação (PAI) ser a infeção mais frequentemente adquirida nas UCI, sendo responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento nas unidades e no hospital e, conseqüentemente, pela maior morbimortalidade e custos associados (DGS, 2022a).

Como resultado da implementação “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”, verificou-se um efetivo aumento do número de unidades monitorizadas, e por sua vez uma diminuição da incidência de PAI para 5,0 por 1.000 dias de intubação traqueal no ano de 2020. Nas unidades hospitalares intervindas pelo Desafio STOP Infecção Hospitalar, implementado em Portugal entre 2015-2018, verificou-se uma redução na incidência da PAI por 1.000 dias de tubo endotraqueal de 51% (DGS, 2022a).

Relativamente às infeções associadas à presença e manuseamento do cateter urinário, a norma desenvolvida tem como objetivo uniformizar o procedimento uma vez que é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter vesical (DGS, 2022c).

É amplamente conhecido por todos os profissionais de saúde que as infeções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida evitáveis quando são usadas estratégias que incluam a redução do número de algaliações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção, tendo em conta que os maiores desafios no cumprimento destas orientações se prendem com a dificuldade de realizar um diagnóstico diferencial entre infeção urinária associada ao cateter vesical e bacteriúria assintomática (DGS, 2022c).

Ainda na UCIP, tive a oportunidade de “monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo implementadas” (OE, 2018, p. 19364), ao colaborar com a

interlocutora da Comissão de Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA) nas auditorias diárias que são feitas aos procedimentos implementados por cada feixe de intervenção em análise no serviço.

Esta função é desempenhada por um EE e a sua designação é da responsabilidade da direção do serviço regulamentada pelo Despacho nº 10901/2022 e as suas atividades desenvolvidas em estreita articulação com o mesmo (Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022). Anualmente a interlocutora planeia as suas atividades do serviço e da CCIRA. Uma das suas funções consiste na elaboração de normas para o serviço e respetiva monitorização do cumprimento das mesmas. Resultante das auditorias são elaborados relatórios e identificadas necessidades de formação, problemas de estrutura, processo e/ou resultados.

Para melhor alcançar esta competência, procurei receber os familiares/acompanhantes, mantendo a preocupação de observar e informar procedimentos a adotar à entrada e saída da unidade do doente e do serviço em si, providenciando informação relativa à lavagem e desinfeção adequadas das mãos e esclarecendo o motivo do isolamento e ainda aproveitar a oportunidade para a promover comportamentos a adotar, nomeadamente o não se sentarem nem colocarem objetos na unidade/cama do doente, evitar trazer objetos pessoais para junto do mesmo e não tocar nas restantes unidades.

## CONCLUSÃO

Este relatório surge como o culminar de uma etapa direcionada tanto à vertente profissional como pessoal, onde enfatizo que o *terminus* deste ciclo de estudos não significa o fim, mas sim a continuação de um processo de aquisição de novos conhecimentos que associados à evidência científica mais atualizada se transformam em aptidões e competências que se traduzem numa prestação de cuidados de excelência e de maior responsabilidade a nível profissional.

É inegável que todo o processo de reflexão e análise, resultante da articulação entre os conhecimentos teóricos e a prática vivenciada ao longo deste ciclo de estudos, contribuirá significativamente para uma transformação de atitudes e comportamentos enquanto futura EE na área da PSC e Mestre em Enfermagem. Ao revistar este percurso formativo, destaco um conjunto de experiências e emoções profundamente enriquecedoras, que se revelaram produtivas e gratificantes. A simbiose entre o estágio clínico e os módulos teóricos proporcionou um momento formativo de grande valor, onde o saber prático, alicerçado na base teórica, permitiu uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Simultaneamente, incentivou o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, elementos essenciais para o avanço da disciplina de Enfermagem e para uma prática profissional sólida e consciente.

Quanto aos objetivos traçados no início deste ciclo de estudos, é seguro afirmar que estes foram atingidos através da aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e as específicas direcionadas à área de especialização em questão, que servirão de fio condutor para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem. Toda a componente teórica foi importante nesta etapa, assim como a componente prática através da elaboração dos trabalhos de investigação, o que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente

na área da segurança do doente, à luz da mais recente evidência científica.

Relativamente ao período correspondente à Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório, a opção pelo tema desenvolvido na revisão da literatura com a temática “A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica”, refletiu e enfatizou a importância da qualidade dos cuidados, nomeadamente na segurança da comunicação na transição de cuidados durante a passagem de turno e as transferências intra-hospitalares, que visam a obtenção de cuidados de enfermagem com elevados padrões de qualidade, existindo um foco no que diz respeito à efetividade das intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem, e a forma como estas podem e trazem ganhos em saúde indiscutíveis para o doente.

Deste modo, a revisão da literatura desenvolvida constitui e irá constituir uma mais-valia para o meu percurso uma vez que os serviços se encontram em processo de mudança e de adaptações na procura pelo melhor método de transmissão de informações de forma a uniformizar a linguagem utilizada e torná-la o mais transversal possível entre a equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao processo de aquisição de competências, o percurso seguido visou a consolidação e desenvolvimento das competências comuns ao EE, às específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC e às competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem. Para esse fim, foram realizadas diversas atividades ao longo do estágio, orientadas para a concretização desses objetivos.

Uma grande mais-valia no meu percurso profissional que eu presto à realização deste percurso foi sem dúvida a oportunidade em dedicar-me a cem por cento ao cuidado direcionado à PSC, na unidade que me acolheu e tanto me ensinou no decorrer do estágio deste estágio. Acredito plenamente que esta primeira abordagem constituiu um fator facilitador neste processo de adaptação e de integração, salientando a familiaridade com o ambiente, a comunicação mais eficaz com restantes colegas e uma execução mais fluida e confiante das intervenções.

À luz do que foi exposto, este relatório representa a concretização de um percurso particularmente significativo, marcado pela superação, pela procura constante de

novos saberes e pelo crescimento pessoal. Este processo permitiu-me evoluir enquanto profissional, tornando-me uma enfermeira mais preparada e dotada das competências necessárias para cuidar da PSC e da sua família de forma mais humana, holística, segura e com qualidade



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde . (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Sala-de-Emergencia\\_2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf)
- Administração Central Do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos RT 13/2019*. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC\\_CUIDADOS\\_INTENSIVOS\\_09\\_2013\\_V2024.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. DSM-5* (Vol. 5ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, A., Torres, E., Augusto, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Andrade, M., . . . Amaral, A. (2023). *Literacia em Saúde, um Desafio Emergente - A Literacia em Saúde e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (L. Melo, & I. e. Gabinete de Comunicação, Edits.) Obtido de [https://www2.chuc.min-saude.pt/media/Literacia\\_Saude/ColetaneaIV\\_final.pdf](https://www2.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/ColetaneaIV_final.pdf)
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., & Puntill, K. A. (s.d.). *Occurrence and Practices for Pain, Agitation, and Delirium in Intensive Care Unit Patients*. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/335947563>
- Assembleia da República. (2001). *Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001*. Obtido de Diário da República n.º 2/2001, Série I-A de 2001-01-03, páginas 14 - 36: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>

Assembleia da República. (2006). *Lei de Bases da Protecção Civil*. Obtido de Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>

Assembleia da República. (2007). *Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas*. Obtido de Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=1091A0003&nid=1091&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so\\_miolo=&nversao=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1091A0003&nid=1091&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=)

Assembleia da República. (2019). *Lei de Bases da Saúde*. Obtido de Lei nº 95/2019: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Blay, N., Duffield, C. M., & Gallagher, R. (2012). Patient transfers in Australia: implications for nursing workload and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 302–310. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01279.x>

Cavaleiro, P. L. (2011). Prevenção da Infecção Nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos - Tese de Mestrado. *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto*, pp. 1-28. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53392/2/Pedro%20Cavaleiro%20%20Preveno%20da%20Infeco%20Nosocomial%20nas%20Unidades%20de%20Cuidados%20Intensivos.pdf>

Chien, Laura J.; Slade, Diana; Dahm, Maria R.; Brady, Bernadette; Roberts, Elizabeth; Goncharov, Liza; Taylor, Joanne; Eggins, Suzanne & Thornton, Anna. (2022). Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 78(5), 1413–1430. Obtido de DOI 10.1111/jan.15110

- Dabija, M., Aine, M., & Forsberg, A. (2021). Caring for critically ill patients during interhospital transfers: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 333–340. Obtido de <https://doi.org/10.1111/nicc.12598>
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem - Do problema aos Fundamentos para o Agir*. Almedina.
- Deodato, S. (2024). *Direito da Saúde - colêctanea de Legislação anotada*. Almedina.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., . . . Denehy, L. (2018). Clinical Practice Guidelines 90 for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), E825–E873. Obtido de <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Direção Geral da Saúde. (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da *Pneumonia associada à Intubação*. Obtido de Norma Clínica: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_pneum\\_assoc\\_intubacao\\_corrigida\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf)
- Direção-Geral da Saúde . (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da *Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. Obtido de Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-prev\\_inf\\_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de Normas DGS, 08 fev. 2017: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (dezembro de 2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Obtido de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (novembro de 2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Obtido de Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_019\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022\\_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (março de 2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Obtido de [https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa\\_nacional\\_de\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_infeccao\\_associada\\_oas\\_cuidados\\_de\\_saude\\_0.pdf](https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf)

Eiding, H., Kongsgaard, U. E., & Braarud, A.-C. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 27. Obtido de <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>

Figueira, A. I., Amaral, G. M., & Carmo, T. I. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2712, 1-13. Obtido de <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP Infecção Hospitalar! UM DESAFIO GULBENKIAN*. Obtido de [https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est\\_Stop\\_Infecao\\_Hospitalar.pdf](https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf)

Ghonem, N. M.-S., & El-Husany, W. A. (2023). SBAR Shift Report Training Program and its Effect on Nurses' Knowledge and Practice and Their Perception of Shift Handoff Communication. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-10. Obtido de DOI: 10.1177/23779608231159340

Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência* (Vol. 2.<sup>a</sup> Edição). Amadora.

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2021). *Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa*. Obtido de [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/10/MANUAL-SBV-DAE-Versão-1-1a-Edição-2021\\_6Out2021.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/10/MANUAL-SBV-DAE-Versão-1-1a-Edição-2021_6Out2021.pdf)

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção (Manual TAS)*. Obtido de <http://www.bvabrant.es.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaisInem/manualSE.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (30 de setembro de 2021a). 40 ANOS INEM | O início da Emergência Médica em Portugal. Obtido em 10 de julho, de <https://www.inem.pt/2021/09/30/40-anos-inem-o-inicio-da-emergencia-medica-em-portugal/>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021b). Relatório de Atividade dos Meios de Emergência Médica. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2021.pdf>
- Kiss, T., Bölke, A., & Spieth, P. M. (2017). *Interhospital transfer of critically ill patients*. Obtido de <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.17.11857-2>
- Lee, S., & Jeong, I. S. (2018). A Resource-Based Relative Value for Clinical Research Nurses' Workload. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 52(3), 313–320. Obtido de <https://doi.org/10.1177/2168479017731585>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578. Obtido de <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Madeira, A. (2011). Emergências médicas na prática clínica de medicina dentária [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Biblioteca Digital UFP
- Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 3-12). Lidel.
- Marques, M. S. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão.
- Marques, S., & Lino, P. (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p. 25). Lidel.
- Mateus, B. A. (2007). *Emergência Médica Pré-Hospitalar - Que Realidade*. Loures: Lusodidacta.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2013). *Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro - rograma de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Obtido de Diário da República n.º 38/2013, Série II de 2013-02-22, páginas

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/02/038000000/0717907180.pdf>

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (11 de agosto de 2014). *Despacho n.º 10319/2014*. Obtido de Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, páginas 20673 - 20678: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Ministério da Saúde. (29 de 12 de 2011). *Lei Orgânica do Ministério da Saúde*. Obtido de Diário da República n.º 249/2011, Série I de 2011-12-29, páginas 5491 - 5498: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/124-2011-145186>

Ministério da Saúde. (10 de fevereiro de 2017). *Decreto-Lei n.º 18/2017*. Obtido de Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10, páginas 694 - 720: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>

Moreno, J., Silva, Â. d., Santos, I. A., & Maia, P. (2020). Erro e Eventos adversos na Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 33-41). Lidel.

Neves, T., Rodrigues, V., Graveto, J., & Parreira, P. (2018). Escala de eventos adversos associados às práticas de enfermagem: estudo psicométrico em contexto hospitalar português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-12. Obtido de DOI: 10.1590/1518-8345.2595.3093

Njambi, M., Rawson, H., & Redley, B. (2021). A brief intervention to standardize postanesthetic clinical handoff. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 219–22. Obtido de DOI 10.1111/nhs.12803

Ordem dos Enfermeiros. (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Obtido de Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos*. Obtido de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Obtido de

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Médico-Cirúrgica: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). *Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido em 12 julho de 2024, de Diário da República, 2.ª série — N.º 135: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro*. Obtido de Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128-155: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019b). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 12 julho de 2024, de Diário da República, 2.ª série — N.º 26: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos - Recomendações*. Obtido de [https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI\\_OM\\_3.pdf](https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2007). Preâmbulo das soluções para a segurança dos doentes.

- Paiva, José; Fernandes, Antero; Granja, Cristina; Esteves, Francisco; Ribeiro, João; Nóbrega, José; Vaz, José; Coutinho, Paula. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 -Livro de Comunicações,,* 26-34. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/49457>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: O 7º Parâmetro Vital? *Acta Médica Portuguesa*, 31(1), 51-58. Obtido de <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Presidência do Conselho de Ministros. (27 de maio de 2019). *Decreto-Lei n.º 71/2019*. Obtido de Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27, páginas 2626 - 2642.
- Presidência do Conselho de Ministros. (7 de novembro de 2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07, páginas 4 - 20. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Reime, M. H., Tangvik, L. S., & Johnsgaard, M. A.-M. (2024). Intrahospital Handovers before and after the Implementation of ISBAR Communication: A Quality Improvement Study on ICU Nurses' Handovers to General Medical Ward Nurses. *Nursing Reports*, 14, 2072-2083. Obtido de <https://doi.org/10.3390/nursrep14030154>
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-2036. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>

- Rente, M. J., Mota, L., & Pinto, A. S. (2023). *Carga de trabalho dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar de doentes críticos: uma scoping review*. Obtido de <https://doi.org/10.29352/mill0222.30628>
- Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). *Despacho n.º 9390/2021 - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. . Obtido de Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 - 103: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Obtido de Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08, páginas 93 - 99: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Silva, M. G. (2017). *Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade? [Dissertação de Mestrado]*. Obtido de Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=52974&code=296>

## APÊNDICES



## **Apêndice I**

### **Da evidência à prática: Prevenção e Controle de Infecção na prestação de cuidados em contexto Pré-Hospitalar**



Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Da evidência à prática**  
**Prevenção e Controlo de Infeção na  
prestação de cuidados em contexto Pré-Hospitalar**



**CATOLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PORTO

Local de Estágio:  
INEM

Elaborado por:  
Maria Inês Vieira

Orientadora:  
Prof.ª Doutora Irene Oliveira

Tutores:

Porto, 5 de julho de 2024

## INTRODUÇÃO

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2018



Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, o enfermeiro deverá responder eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção



Estabelecer estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL



Compreender a importância da prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados em contexto Pré-Hospitalar

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Analisar os aspetos fundamentais na prevenção e controlo de infeção;



Identificar os fatores influenciadores da prevenção e controlo de infeção em contexto Pré-Hospitalar;



Analisar e discutir as principais estratégias para garantir a prevenção e controlo de infeção em contexto Pré-Hospitalar.

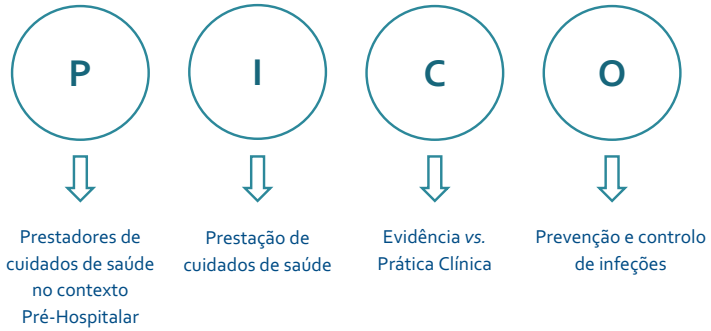
## 10 PBCI

Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), DGS, 2013



## QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual o impacto da prestação de cuidados em contexto Pré-Hospitalar na transmissão de infeções?



## PESQUISA BOLEANA



De acordo com os descritores em Ciências da Saúde DeCS/ MeSH

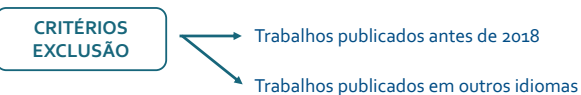
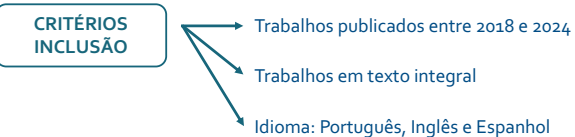




TABELA DE EVIDÊNCIAS		
INFORMAÇÃO BIBLIOGRÁFICA	<b>ARTIGO 1</b> Sharma, S., Datta, P., Gupta, V., Vasesi, D., & Chander, J. (2021). Bacteriological Surveillance of Ambulance Vehicles from a Tertiary Care Hospital of North India. <i>Journal of Laboratory Physicians</i> , 13, 202–207	
PALAVRAS-CHAVE	Ambulance; Disinfection; infectious; Microorganisms; Multidrug Resistant	
OBJETIVOS	Analyzed the extent of bacterial contamination in our ambulance vehicles and measured the degree of antimicrobial resistance among isolated pathogens.	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Descritivo	
METODOLOGIA	AMOSTRA	<b>Um total de 198 amostras foram recolhidas de cinco ambulâncias através de zaragatoas</b>
	INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	Diferentes locais foram selecionados em cada veículo com base na frequência de contato dos profissionais de emergência e dos pacientes. Essas áreas eram as seguintes: maçaneta da porta, colchão da maca do paciente, alça da maca, encosto da maca do paciente, bala de oxigênio, botão do medidor de fluxo de oxigênio, pia, insuflador manual, paredes da ambulância, exaustor, tela do ventilador portátil, seringa infusora, máquina de aspiração de secreções, ventilador (dois em número), ventilador AC, cadeira de rodas, manguto de pressão arterial, estetoscópio, assento para os profissionais de emergência, encosto da cadeira rotativa, colar cervical e volante. Essas superfícies foram limpas com cotonetes estéreis umedecidos com solução estéril de NaCl a 0,9%. Durante o processo de amostragem, as zaragatoas foram passadas por todo o ponto de amostragem e rodadas para conseguir colher o máximo de material possível.
	PROCEDIMENTO DA ANÁLISE DE DADOS	Ao chegar ao laboratório de microbiologia, as zaragatoas foram imediatamente transferidas para os caldo de infusão cérebro-coração e incubadas por 18 a 24 horas a 37°C. Posteriormente, os cotonetes foram colocados em ágar sangue de ovelha a 5%, ágar sal de manitol e ágar <i>MacConkey</i> e identificados por testes bioquímicos padrão. Os controles de cotonetes estéreis e cotonetes estéreis humedecidos com solução de NaCl a 0,9% também foram submetidos à verificação de esterilidade. Todas as culturas bacterianas positivas foram identificadas por procedimentos microbiológicos padrão. A suscetibilidade bacteriana foi feita de acordo com os critérios do CLSI ( <i>Clinical and Laboratory Standards Institute</i> ) 2019. Além disso, <i>Enterobacteriaceae</i> foram testadas para ESBL (β-lactamases de espectro estendido) de acordo com o CLSI. MRSA ( <i>Staphylococcus Aureus Resistente à Metilina</i> ) foi identificada usando um disco de Cefoxitina de acordo com os critérios do CLSI.
RESULTADOS	170 (86,8%) zaragatoas eram estéreis e 28 (14,2%) produziram bactérias isoladas potencialmente patogênicas. <b>A maior taxa de contaminação com bactérias multirresistentes foi detetada no botão do medidor de fluxo de oxigênio (60%), na tubuladura da máquina de aspiração de secreções (60%) e no estetoscópio (40%).</b> <i>Staphylococcus aureus</i> (32%) foi o microrganismo mais frequentemente detetado	
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	Este estudo fornece <b>evidências de que as ambulâncias representam uma fonte de contaminação bacteriana pré-hospitalar.</b> Embora a <b>prevalência seja muito baixa devido à boa política de controle de infecção</b> adotada pelo nosso hospital, as ambulâncias são <b>religiosamente desinfetadas após cada visita.</b> Porém algumas áreas ainda precisam de melhorias e exigem procedimentos operacionais padrão adequados de <b>políticas de desinfecção dos veículos e dos equipamentos neles instalados.</b>	

TABELA DE EVIDÊNCIAS		
INFORMAÇÃO BIBLIOGRÁFICA	<b>ARTIGO 2</b> Duque, C., Araque, C. M., Sánchez, C. V., Vanegas, M. A., Ospina, J. T., Rendón, M. A., & Becerra, J. A. (2023). Caracterización fenotípica y perfil de sensibilidad de bacterias recuperadas de ambulancias de atención prehospitalaria de Medellín. <i>Salud UIS</i> , 55: e23078.	
PALAVRAS-CHAVE	Ambulancias; Bacterias; Infecciones; MRSA; Antibacterianos; Unidades Móviles de Emergencia	
OBJETIVOS	Caracterización fenotípica y el perfil de sensibilidad de bacterias recuperadas en ambulancias APH del municipio de Medellín	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Descritivo durante os anos 2017-2019	
METODOLOGIA	AMOSTRA	<b>10 ambulâncias da APH da Secretaria de Saúde da cidade de Medellín. Uma ambulância foi selecionada como teste piloto.</b>
	INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	As amostras foram colhidas e transportadas sob condições de refrigeração e processadas num período não superior a 2 horas, no Laboratório de Controle de Qualidade (LACMA) da Instituição Universitária Colegio Mayor de Antioquia.
	PROCEDIMENTO DA ANÁLISE DE DADOS	Foi elaborado um banco de dados no programa Microsoft Excel V.19 e os dados foram analisados no programa EPI INFO 7. Foi realizada análise descritiva das variáveis estudadas como contagem de microrganismos, presença de bactérias, grupo bacteriológico isolado, gênero, espécies identificadas e perfil de sensibilidade. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. As variáveis qualitativas foram expressas em frequências e percentagens.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>100% das superfícies de maior contato com o exterior da ambulância (kit de primeiros socorros e alças) apresentavam contagens de microrganismos indicadores.</b></li> <li>• Da mesma forma, as amostras ambientais da cabine da ambulância mostraram contagens de microrganismos de origem bacteriana e fúngica;</li> <li>• <b>A maca era a única superfície que apresentava contagens de <i>Staphylococcus aureus</i>;</b></li> <li>• A distribuição das bactérias por tipo de amostra foi a seguinte: <b>nos puxadores, 100% dos isolados correspondem a cocos Gram-positivos</b>, no ambiente de cabine 72,2% a cocos Gram-positivos e 22,3% a bacilos Gram-positivos, e 5,5% para bacilos Gram negativos, na maca 52,7% para cocos Gram positivos, 28,9% para bacilos Gram positivos e 18,4% para bacilos Gram negativos, nas alças 40,7% para cocos Gram positivos, 59,3% para bacilos Gram positivos e no <b>kit de primeiros socorros 100% para bacilos Gram negativos.</b></li> </ul>	
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	Embora <b>não tenham sido recuperadas bactérias com mecanismos de resistência de importância clínica</b> , a presença de <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> , uma bactéria intrinsecamente resistente aos antibióticos, e associada a infecções hospitalares, sugere que é necessário <b>avaliar detalhadamente os processos de desinfecção e continuar com a vigilância epidemiológica dos microrganismos presentes nas ambulâncias.</b>	

## DISCUSSÃO

### EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Como a maioria das ambulâncias transporta vítimas emergência médica ou trauma, as bactérias multirresistentes são ameaças no tratamento. Assim, a determinação dos riscos deve facilitar o avanço das melhores práticas para potencializar o controle de infecção em situações de emergência

Uma via recorrente de transmissão de infecção ocorre devido ao toque em superfícies ou equipamentos médicos contaminados, pelo uso ou não de luvas por parte do profissional e pelo contato do doente com superfícies ou objetos contaminados

As ambulâncias no contexto pré-hospitalar, podem ser uma importante fonte de contaminação bacteriana o que facilita a transmissão de doenças e Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS)

## DISCUSSÃO

### EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

No controle das IACS é fundamental determinar a fonte de infecção e os fatores de risco que facilitam a permanência de microrganismos potencialmente patogênicos em ambientes hospitalares (as ambulâncias de pré-hospitalar são consideradas como ambientes hospitalares externos)

Os profissionais de saúde que não realizam a higienização das mãos de forma adequada podem gerar focos infecciosos transmissíveis, podendo infectar posteriormente outro doente

No caso do kit de primeiros socorros, a presença de microrganismos pode estar associada ao material com que é feito, pois facilita a acumulação de matéria orgânica e, portanto, a persistência de microrganismos. Por este motivo e devido ao seu elevado nível de exposição ao mundo exterior e contacto com o doente, deve ser lavado e desinfetado com maior frequência

## CONCLUSÃO

### EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Muitos aspetos estão envolvidos como possíveis fatores de risco, entre os quais encontramos a higiene dos profissionais, frequência de contaminação do veículo com multirresistentes e a não adesão aos protocolos de desinfeção

A combinação de agentes patogénicos ambientais e os procedimentos realizados nos doentes em ambulâncias (medição de sinais vitais, colocação de cateteres intravenosos e intubação orotraqueal), tornam-se fonte de disseminação de microrganismos

Devem haver protocolos de desinfeção rigorosos, que podem reduzir as cargas microbianas das superfícies contaminadas usando diferentes desinfetantes

## DISCUSSÃO

### PROBLEMAS IDENTIFICADOS



#### EPI a utilizar em todas as ocorrências



As EPI devem de ser adequadas a cada situação e não generalizadas

PBCI/ PBVT



#### Tratamento do fardamento



Delinear estratégias institucionais para o tratamento do fardamento

## DISCUSSÃO

### PROBLEMAS IDENTIFICADOS



#### Lavagem e desinfecção de material contaminado



Existência de local próprio para a higienização e desinfecção de material



Sempre que possível optar por apenas um profissional ter contacto direto com o doente permitindo assim a existência de “um par de mãos limpas” para assim conseguir manusear os equipamentos, materiais e o conteúdo das mochilas de transporte com maior segurança

## DISCUSSÃO

### PROBLEMAS IDENTIFICADOS E SUGESTÕES



#### Limpeza e desinfecção da ambulância e material de uso clínico



Cumprimento do tempo de atuação dos produtos de limpeza e desinfecção descrito pelos fabricantes



As ambulâncias devem de ser entregues higienizadas e desinfetadas



Sensibilizar com dados objetivos os profissionais para a importância da limpeza e desinfecção da ambulância e todos os materiais nela existentes

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2018

Dada a pertinência da temática na prestação de cuidados de saúde e a sua transversalidade em contextos de trabalho, onde o Pré-Hospitalar não é exceção, o Enfermeiro Especialista assume um papel crucial nos seguintes pontos:

- Diagnosticar as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;
- Divulgar por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção;
- Salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções.

## BIBLIOGRAFIA

- DGS. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), Norma no 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Lisboa.
- Duque, C., Araque, C. M., Sánchez, C. V., Vanegas, M. A., Ospina, J. T., Rendón, M. A., & Becerra, J. A. (2023). *Caracterización fenotípica y perfil de sensibilidad de bacterias recuperadas de ambulancias de atención prehospitalaria de Medellín. Salud UIS, 55: e23078.*
- Gomes, J. A. (2021). Precauções Básicas do Controlo de Infeção: Contributos para a melhoria das práticas em contexto Pré-Hospitalar. Porto, Portugal.
- Gonçalves, S. M. (Janeiro de 2012). Prevenção e Controlo de Infeção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação. Coimbra, Portugal.

## BIBLIOGRAFIA

- Lopes, A. C., Oliveira, A. C., Silva, J. T., & Paiva, M. H. (Junho de 2008). Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *24(6)*, 1387-1396.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido em junho de 2024, de Diário da República, 2.ª série — N.º 135: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Sharma, S., Datta, P., Gupta, V., Vasesi, D., & Chander, J. (2021). Bacteriological Surveillance of Ambulance Vehicles from a Tertiary Care Hospital of North India. *Journal of Laboratory Physicians*, *13*, 202–207.

## **Apêndice II**

### **Plano de Formação – Transporte da Pessoa em Situação Crítica: uma prática segura**



## **Plano de Formação**

**Tema** – Transporte da Transporte da Pessoa em Situação Crítica: Uma Prática Segura

**Data** – 26 de março de 2025

**Local** – UCIP

**Formador** – Maria Inês Rodrigues da Silva Vieira

**Grupo** – Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos

**Tempo previsto** – 15 minutos para apresentação e 10 minutos para discussão

### **Objetivo Geral:**

- Identificar os fatores promotores e dificultadores associados ao Transporte de Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos

### **Objetivos Específicos:**

- Definir e distinguir os vários tipos de transporte;
- Ilustrar a carga de trabalho dos enfermeiros em contexto de transporte do doente crítico;
- Comparar os dados existentes no contexto de prática clínica com a evidência científica;
- Enumerar soluções exequíveis e facilitadoras para a equipa.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recurso	Avaliação
Introdução	2 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar objetivos da sessão;</li> <li>• Fazer uma revisão de conteúdos da prática clínica como prática de melhoria.</li> <li>• Sublinhar as diferenças entre a evidência científica e a prática clínica no que diz respeito às dotações seguras de Enfermagem;</li> </ul>			
Desenvolvimento	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte de Doente Crítico em ambientes de Cuidados Intensivos;</li> <li>• Carga de trabalho dos Enfermeiros e a gestão de recursos humanos disponíveis.</li> <li>• Resumo dos aspetos mais relevantes e oportunidades de melhoria</li> </ul>	Método expositivo	Computador	Aplicação oral de um questionário de resposta fechada
Conclusão	3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitar a reflexão sobre os dados apresentados e a evidência científica</li> </ul>			

## **Apêndice III**

**Apresentação em *Power Point*: Transporte da Pessoa em Situação Crítica:  
uma prática segura**





CATOLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA



Elaborado por:  
Maria Inês Vieira

Local de Estágio:  
UCIP, [REDACTED]

# TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA : UMA PRÁTICA SEGURA

Orientadora:  
Prof.ª Dr.ª Irene Oliveira

Tutores:  
[REDACTED]



- Definir e distinguir os vários tipos de transporte;
- Ilustrar a carga de trabalho dos enfermeiros em contexto de transporte do doente crítico;
- Comparar os dados existentes na UCIP com a evidência científica;
- Enumerar soluções exequíveis e facilitadoras para a equipa.

## CLASSIFICAÇÃO DA UCI

“Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas (...). Por definição, **UCI nível III são UCI polivalentes**, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável”

(Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 145)

## DOTAÇÕES SEGURAS DAS UCI NÍVEL III



Ratio segundo a OE: 1 enfermeiro/ 1 doente



Ratio da UCIP: 1 enfermeiro/ 2 doentes



(Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 145)

## ÁREAS DE INTERVENÇÃO DA UCIP



ENFERMARIA COM  
12 CAMAS



SALA DE  
EMERGÊNCIA



PROGRAMA DE  
EMERGÊNCIA  
INTERNA



CONSULTA DE  
*FOLLOW UP*



ENFERMARIA COM 12  
CAMAS



6 ENFERMEIROS



SALA DE EMERGÊNCIA



1 ENFERMEIRO



PROGRAMA DE  
EMERGÊNCIA  
INTERNA



?



TRANSPORTE DE  
DOENTE CRÍTICO



?

# TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

- TRANSPORTE PRIMÁRIO
- TRANSPORTE SECUNDÁRIO
- TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

## RECOMENDAÇÕES DA OE



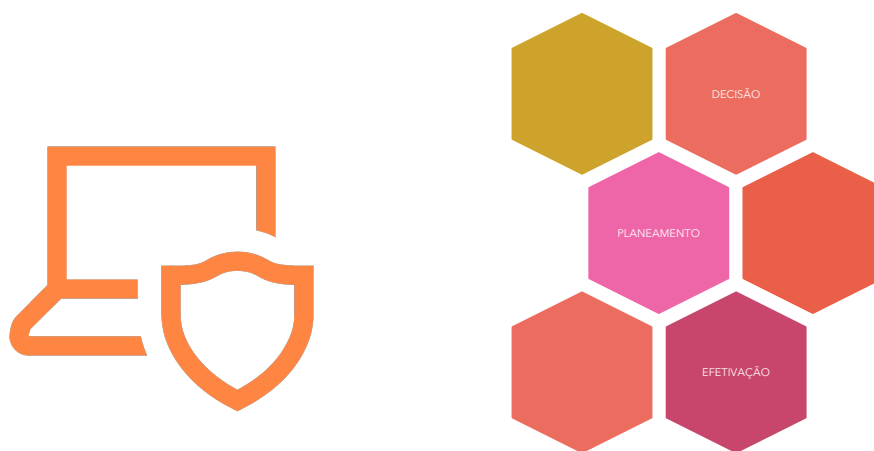
Recomenda-se que o **transporte intra-hospitalar** do doente crítico seja assegurado por enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica



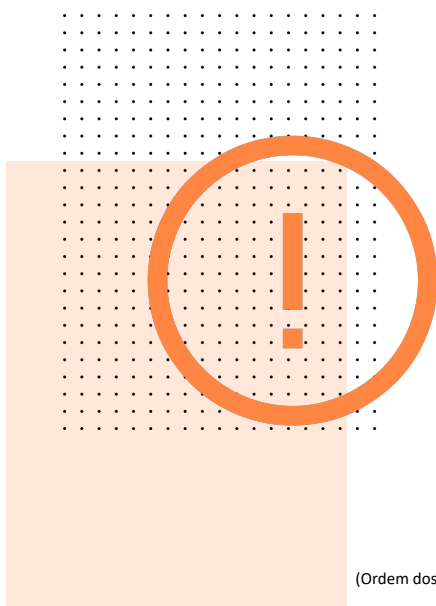
Os enfermeiros que realizam o **transporte inter-hospitalar** do doente crítico devem ter competência acrescida diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar ou ser enfermeiro especialista em EMC, preferencialmente, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

(Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 147)

## FASES DO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO



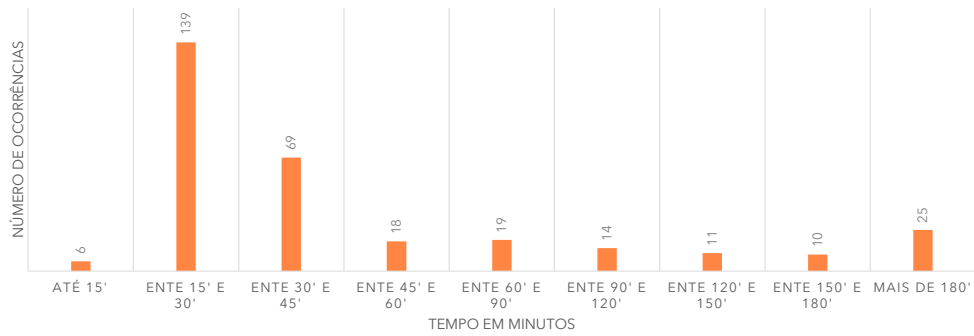
(Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p. 12)



“(...) fases de maior risco: nos **primeiros 5 minutos do transporte**, na **passagem do doente** e no **transporte prolongado** (> 30 minutos). Dever-se-á ter atenção, nomeadamente, à extubação endotraqueal, à perda de acessos venosos, à reserva inadequada de oxigénio, a avarias do ventilador de transporte, à exteriorização ou clampagem inadvertida de todas as drenagens, e/ou a falta de bateria/ carga elétrica, assim como a deterioração do estado clínico do doente, seja por alguma das ocorrências prévias ou por progressão da doença crítica.”

(Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p. 12)

## TEMPO DESPENDIDO NO TRANSPORTE NA UCIP



Total de 311 dados recolhidos desde 29/07/2023 até 21/10/2024

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE DR. LOPES DIAS

texto

**Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade**

**Ana Júlia Barreto do Nascimento**  
Orientação: Professora Doutora Alice Ruivo

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

## O QUE NOS DIZ A BIBLIOGRAFIA...

CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE  
LIFE AND HEALTH SCIENCES  
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

millenium

Millenium, 2(22)

CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW  
NURSES' WORKLOAD IN THE INTER-HOSPITAL TRANSPORT OF CRITICALLY ILL PATIENTS: A SCOPING REVIEW  
CARGA DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW

Maria João Rente<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3798-8254>  
Liliana Motz<sup>2,3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3357-7884>  
Amaro Silva Pinto<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9578-869X>

<sup>1</sup> Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal.  
<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal.  
<sup>3</sup> CINTES - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade

Ana Júlia Barreto do Nascimento

Orientação: Professora Doutora Alice Ruivo

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



"(...) Verificamos que a maioria dos transportes tem uma duração entre 4h a 5h. Durante esse período, o serviço fica com menos um elemento no serviço, aumentando a carga de trabalho para os outros elementos."



"(...) mais de 53%, ou seja, a maioria dos transportes (inter-hospitalares) se realizam durante turno da tarde."

(Nascimento, 2020)

CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW  
NURSES' WORKLOAD IN THE INTER-HOSPITAL TRANSPORT OF CRITICALLY ILL PATIENTS: A SCOPING REVIEW  
CARGA DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW

Maria João Rente<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3798-8254>

Liliana Mota<sup>2,3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>

Amaro Silva Pinto<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9579-869X>



A carga de trabalho é um dos fatores de stress entre os enfermeiros no transporte inter-hospitalar, e uma carga de trabalho crescente pode levar a reações físicas, psicológicas e comportamentais (Dabija et al., 2021; Lee & Jeong, 2018; Eiding et al., 2019; Kiss et al., 2017)



O transporte inter-hospitalar tem impacto na carga de trabalho e responsabilidade do enfermeiro, devido ao tempo limitado para a gestão da transferência, no que se refere à avaliação e familiarização com o doente crítico, planeamento da carga de trabalho e prestação de cuidados ao doente durante todo o processo de transferência (Blay et al., 2012)



Da análise dos resultados emergiram três categorias: gestão do tempo, gestão de recursos humanos e horário de transferência.

(Rente, Mota, & Pinto, 2023)

CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW  
 NURSES' WORKLOAD IN THE INTER-HOSPITAL TRANSPORT OF CRITICALLY ILL PATIENTS: A SCOPING REVIEW  
 CARGA DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW

Maria João Rente<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-3798-8254>  
 Liliana Mota<sup>2,3</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>  
 Amaro Silva Pinto<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-9579-869X>



A frequência de tais transferências não pode ser subestimada, assim como o impacto substancial que estas têm na carga de trabalho do enfermeiro não pode ser desprezado (Blay et al., 2012)



O transporte inter-hospitalar do doente crítico é uma carga de trabalho intensa e a transferência de um doente sob cuidados intensivos por parte do enfermeiro tem impacto na gestão do tempo de enfermagem (Eiding et al., 2019), podendo levar ao equivalente de sete horas de carga de trabalho. A preparação pré-transferência demora em média 22 minutos e as atividades pós-transferência demoram cerca de 31, demonstrando impacto substancial das transferências na carga de trabalho de enfermagem (Blay et al., 2012)



Com o elevado número de transferências, o tempo dedicado ao doente transferido pode ser diminuído (Mueller et al., 2019).

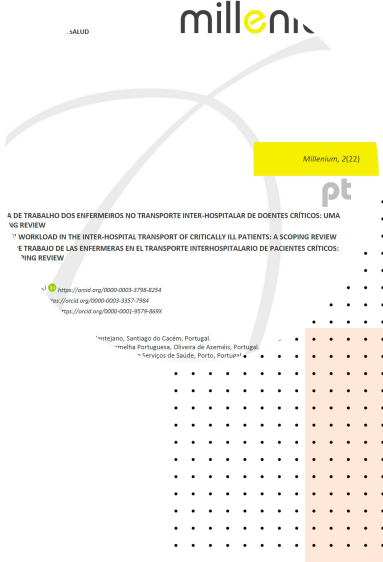
(Rente, Mota, & Pinto, 2023)






Os rácios de pessoal de enfermagem tem impacto nos cuidados a prestar aos doentes, na medida em que a necessidade de realizar o transporte inter-hospitalar de doente crítico diminui os rácios no serviço de origem, com o conseqüente impacto na gestão de recursos humanos com o aumento da carga de trabalho de enfermagem (Eiding et al., 2019; Blay et al., 2012)



O enfermeiro em contexto de transporte inter-hospitalar do doente crítico deve garantir a continuidade e qualidade do cuidado centrado no doente crítico, mantendo o nível de cuidados do serviço de origem ou até, se necessário, aumentá-los, num ambiente de constante colaboração pluriprofissional



millenium  
 .SAÚDE  
 Millennium, 2023  
 pt  
 A DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS: UMA SCOPING REVIEW  
 NURSES' WORKLOAD IN THE INTER-HOSPITAL TRANSPORT OF CRITICALLY ILL PATIENTS: A SCOPING REVIEW  
 E TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS: UNA SCOPING REVIEW  
 <https://orcid.org/0000-0003-3798-8254>  
 <https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>  
 <https://orcid.org/0000-0001-9579-869X>  
 \*Hospital, Santiago do Cacém, Portugal  
 \*Unidade Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal  
 \*Serviços de Saúde, Porto, Portugal

(Rente, Mota, & Pinto, 2023)

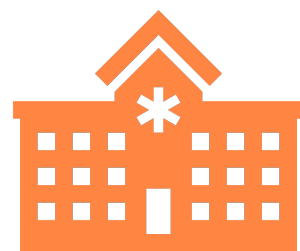


## CONCLUSÕES FINAIS

(Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p. 22)

- “O transporte deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia o doente, cabendo ao serviço de origem as responsabilidades técnica e legal, durante as duas primeiras fases (**decisão** e **planeamento**). Na etapa da **efetivação**, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.”

“A nomeação, em cada instituição hospitalar, de um **médico e de um enfermeiro, responsáveis pelo transporte intra-hospitalar e secundário** do doente crítico, é fundamental, de modo que sejam organizados e auditados os processos dos doentes transportados e rececionados pela instituição.”



(Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p. 34)

## SUGESTÕES DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Sendo a carga de trabalho dos enfermeiros em contexto de transporte do doente crítico pouco reconhecida nos dias de hoje deverá existir uma equipa de profissionais com conhecimentos direcionados, sujeita a formação específica e treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes

A intensa carga de trabalho e o tempo de enfermagem necessário para o transporte de doentes críticos, bem como a redução dos níveis de pessoal de enfermagem em diferentes turnos, tem impacto significativo na carga de trabalho do enfermeiro

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blay, N., Duffield, C. M., & Gallagher, R. (2012). Patient transfers in Australia: implications for nursing workload and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 302–310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01279.x>
- Mueller, S. K., Fiskio, J., & Schnipper, J. (2019). Interhospital Transfer: Transfer Processes and Patient Outcomes. *Journal of Hospital Medicine*, 14(8), 486–491. <https://doi.org/10.12788/jhm.3192>
- Nascimento, A. J. (2020). Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade. Portalegre.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de Setembro). Diário da República. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/18400000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Lda., Lisboa. [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI\\_OM-III-2023.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf)
- Rente, M. J., Mota, L., & Pinto, A. S. (2023). Carga de trabalho dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar de doentes críticos: uma scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(22), 1–7, e30628. <https://doi.org/10.29352/mill0222.30628>

## **Apêndice IV**

### **Revisão da Literatura: A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica**





**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

**(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)**

### **UC – Estágio Final e Relatório**

#### ***Revisão da Literatura:***

**A importância da comunicação na transição de cuidados à  
Pessoa em Situação Crítica**

**Estudante:** Maria Inês Rodrigues da Silva Vieira

**Sob orientação de:** Prof. Doutor Vasco Neves

Porto, março de 2024



## RESUMO

**Introdução:** A transição de cuidados de saúde é definida como qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos, e para isso é necessário que todos os profissionais falem a mesma língua, ou seja, a informação partilhada entre a equipa multidisciplinar caracteriza-se como sendo oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida por quem a ouve.

**Objetivo:** Conhecer a evidência científica existente sobre a importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

**Metodologia:** Foi realizada uma revisão da literatura, a partir de publicações científicas, da plataforma científica *EBSCOhost*, que agrega diversas bases de dados, nomeadamente: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *MedicLatina*, com a utilização dos descritores em inglês “*communication*”, “*nurse*” e “*patient handoff*”. Os estudos foram meticulosamente selecionados de acordo com a metodologia PRISMA, considerando publicações dos últimos cinco anos, onde foram aplicados critérios de inclusão e exclusão para refinar a pesquisa e viabilizar os estudos relevantes para a revisão em questão.

**Resultados:** Da literatura analisada, foi possível identificar relatos de falhas quanto à estrutura comunicacional, para além do conteúdo variável e incompleto na transmissão de informação que sugerem ser contornável com a implementação de uma comunicação estruturada, padronizada e uniformizada através do método ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação). A evidência científica mostra que a utilização de uma ferramenta padronizada capacita os enfermeiros a atingir comportamentos desejáveis de segurança do doente durante a transferência de informações dentro da equipa multidisciplinar.

**Conclusão:** A mudança efetiva nas práticas de transferência é conseguida através da formação em comunicação combinada com a reformulação das práticas locais que inibem as transferências centradas no doente. Uma liderança forte para promover a mudança, a orientação e o reforço contínuos das novas práticas e a contínua colaboração dos enfermeiros ao longo do processo de mudança são fatores preditivos para o sucesso. Os estudos analisados evidenciam que a uniformidade na transferência de cuidados na prática clínica mostra-se como ponto de partida para a prevenção de incidentes relacionados com a comunicação.

**Palavras-chave:** Comunicação, Enfermeiros, Transição de Cuidados

## **ABSTRACT**

**Introduction:** the transition of health care is defined as any moment during the care giving in which there is a transfer of healthcare responsibility and information between healthcare providers, whose mission is to ensure the continuity and safety of care. For that, it is necessary to have a common language among professionals, specifically, the information shared within the multidisciplinary team is relevant, precise, complete, unambiguous, timely, and easily understood by all recipients.

**Objective:** To examine the existing scientific evidence regarding the importance of communication in patient handoff for Individuals in Critical Situations.

**Methodology:** A literature revision was made from scientific publications, retrieved from the scientific platform *EBSCOhost*, which aggregates multiple databases, namely: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* and *MedicLatina*, using the english descriptors: “communication”, “nurse” and “patient handoff”. The studies were meticulously selected according to the methodology PRISMA, considering publications from the last five years, where inclusion and exclusion criteria were applied to refine the research and make the relevant studies viable for this revision.

**Results:** The analyzed literature revealed reports of communication structure failures, as well as variable and incomplete data in the transmission of information, which suggests that these issues can be overcome with the implementation of structured, standardized and uniformized communication using the ISBAR method (Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation). Scientific evidence indicates that the use of a standardized tool empowers nurses to achieve desirable patient safety behaviors during information transfer within the multidisciplinary team.

**Conclusion:** An effective change in the handover practices is achieved through communication training combined with a redesign of the local practices that inhibit

patient-centered handovers. Strong leadership to promote change, continuous guidance and reinforcement of new practices, and continuous collaboration of nurses throughout the change process are key predictors of success. The analyzed studies show that the standardization at the time of the transfer of care in clinical practice is a starting point for preventing communication-related incidents.

**Keywords:** Communication, Nurses, Patient Handoff

## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

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

PCC – População, Conceito e Contexto

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos



## ÍNDICE

1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	119
2.	METODOLOGIA.....	121
3.	RESULTADOS .....	123
4.	DISCUSSÃO .....	127
5.	CONCLUSÃO.....	129
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	131
	APÊNDICES.....	135
	Apêndice 1 .....	137
	Tabelas de Evidência de Resultados da Revisão da Literatura.....	137



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Diagrama de Prisma .....	122
---	-----



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A comunicação durante a transferência de doentes é uma das nove áreas definidas pela Organização Mundial de Saúde que podem promover a segurança dos doentes. As outras oito são os nomes de medicamentos semelhantes, os nomes de medicamentos semelhantes ao som, a identificação do doente, a realização do procedimento correto no local correto do corpo, o controlo de soluções eletrolíticas concentradas, a garantia da exatidão da medicação nas transições de cuidados, a prevenção de ligações erradas de cateteres e tubagens, a utilização única de dispositivos de injeção e a melhoria da higiene das mãos para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2007).

A transição de cuidados de saúde é definida como o “momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre os profissionais, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017, p.4). A mesma fonte refere ainda que é necessário que todos os profissionais falem a mesma língua, ou seja, a informação partilhada entre a equipa multidisciplinar tem de se caracterizar como sendo oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida por quem a ouve.

Como tal, uma comunicação eficaz durante a transição de cuidados é um elemento crucial para garantir a continuidade e a segurança dos doentes em ambientes hospitalares. No entanto, diversos estudos indicam que a falta de estrutura, a comunicação incompleta e as dificuldades culturais e organizacionais podem prejudicar a qualidade das passagens de turno. Diante disso, muitos hospitais têm procurado melhorar estas práticas por meio da implementação de ferramentas de comunicação padronizadas e programas de formação para os profissionais de saúde (Chien, et al., 2022).

O processo de comunicação durante as transições de cuidados, especialmente nas

passagens de turno, está sujeito a falhas que podem comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente. De acordo com a *The Joint Commission* (2015), citada por Stewart (2016), deficiências na comunicação entre os profissionais de saúde podem ter consequências significativas, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos relacionados com a segurança do doente. Entre estes, destacam-se atrasos no tratamento, erros na preparação ou administração de medicação, quedas, incidentes durante transfusões e infeções hospitalares.

Uma vez reconhecida a importância da comunicação nos períodos de transição de cuidados na segurança do doente, é seguro afirmar que esta tem de ser uma “(...) informação atualizada considerando a situação do paciente, os cuidados necessários, o tratamento, a sua medicação, os serviços necessários, assim como qualquer alteração recente do seu estado ou alterações que possam ser antecipadas” (Sousa, 2013, p.40).

Uma das formas de promover a efetividade da comunicação é através da padronização da mesma, ou seja, através de uma “(...) forma focada para definir as expectativas para o que vai ser comunicado e como vai ser comunicado, que é essencial para o desenvolvimento do trabalho em equipa, promovendo uma cultura de segurança do cliente” (Pires, 2014, p.52).

Uma das técnicas de comunicação que permitem que a informação seja transmitida de uma forma estruturada, clara e concisa é a técnica ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação) (Randmaa, 2016). Esta ferramenta é “(...) considerado como um instrumento que facilita o entendimento entre pessoas que interagem frequentemente, mas possam não comunicar da mesma forma, criando um protocolo comum entre profissionais” (Sousa, 2013, p.26).

Deste modo, várias instituições de saúde têm vindo a recrutar o uso desta técnica dado estar associada a uma redução significativa de erros na comunicação, permitindo uma maior facilidade na tomada de decisões clínicas por parte dos profissionais de saúde, aumentando a satisfação da equipa multidisciplinar e a sensação de segurança aliada à comunicação (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2010).

## 2. METODOLOGIA

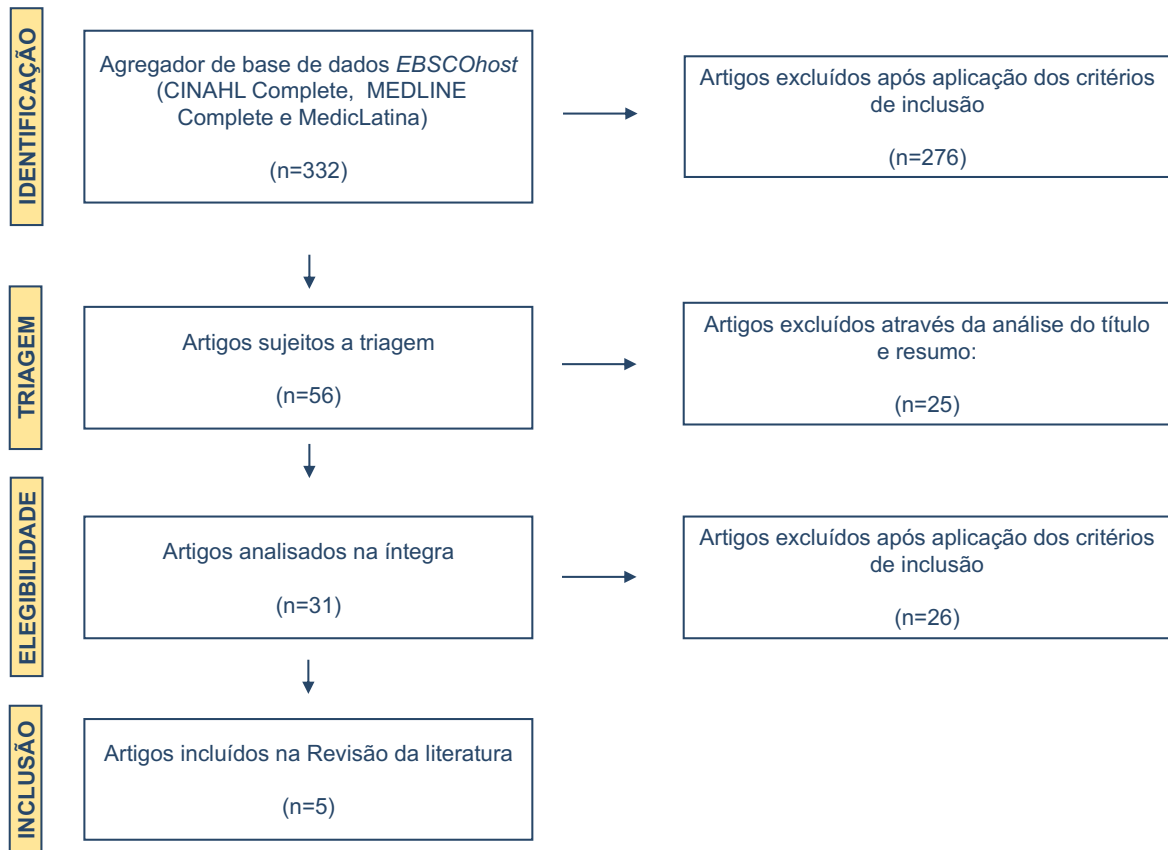
Esta Revisão da Literatura surgiu a partir de uma questão de investigação de Enfermagem, de acordo com a metodologia PCC (população, conceito e contexto), que orientou a pesquisa e a direcionou para a seleção das fontes que cumprissem com o foco da pesquisa. A questão de investigação que surgiu desta estratégia, “Qual o impacto da comunicação na transição dos cuidados à pessoa em situação crítica?”, pretende responder a uma necessidade presente nos dias de hoje transversal a qualquer contexto de prática clínica.

Para a conceção desta revisão da literatura foi utilizada a plataforma científica *EBSCOhost*, que agrega diversas bases de dados, nomeadamente a *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e a *MedicLatina*, com a construção da seguinte frase booleana “*comunicacion*” AND “*nurse*” AND “*Patient Handoff*” NOT “*pediatric*”.

Foram definidos como critérios de inclusão os artigos analisados pelos pares, disponíveis em texto integral, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, e uma filtragem cronológica dos últimos cinco anos, ou seja, entre 2020-2025. Como critérios de exclusão defini, os artigos duplicados, os artigos que refletissem prática simulada bem como estudos que não contemplassem enfermeiros na sua amostra.

Na fase de identificação foram encontrados 332 artigos dos quais foram excluídos 276 registos após a implementação dos critérios de inclusão previamente descritos. Numa fase seguinte, a fase de análise, foram revistos os restantes 56 artigos quanto ao título e resumo, sendo logo à partida excluídos 25 artigos. Os restantes foram lidos na íntegra, tendo sido por consequência excluídos 8 por espelharem uma prática simulada, 17 por não responderem à questão inicial e 1 por não contemplarem na sua amostra enfermeiros, resultando 5 artigos que serviram de base para a resolução da questão de investigação previamente mencionada.

Em seguida, é apresentado o Diagrama de Prisma (Figura 1) que simplifica a pesquisa realizada.



**Figura 1:** Diagrama de Prisma

### 3. RESULTADOS

A melhoria da qualidade é um processo contínuo de identificação de áreas de melhoria, testando interações e ajustando-as até que o resultado seja o desejado e a melhoria persista (Reime, et al., 2024).

Para melhor compreensão deste conceito de qualidade, Reime, et al., (2024) criou um modelo de cinco fases (Figura 2) para orientar o estudo. Este modelo pode ser utilizado tanto em pequenos como em grandes processos de melhoria e pode funcionar como uma lista de tarefas para os fatores que a investigação e a experiência demonstraram serem necessários para garantir uma implementação bem-sucedida.

A percepção dos enfermeiros é de que a implementação de um protocolo de comunicação padronizado poderia efetivamente melhorar a qualidade da informação transmitida e aumentar a segurança dos doentes (de Castro, et al., 2022).

A utilização de uma ferramenta padronizada para a comunicação pode resultar numa maior completude das informações, especialmente no que diz respeito à segurança do doente (Njambi, et al., 2021).

No estudo realizado, Njambi, et al. (2021), afirma que a mudança na implementação desta nova técnica de comunicação apesar de bem recebida pelos profissionais e de destacarem a clareza e a facilidade de utilização da ferramenta, enfatizam a limitação sentida na mudança nas práticas de comunicação interprofissional. Neste modo, o estudo apontou que alguns aspetos da comunicação, como a escalada de cuidados e a capacidade de questionar informações, não foram tão impactados pela intervenção, sugerindo que outros elementos, além da padronização, também influenciam a comunicação efetiva.

Ou seja, a implementação de um programa de formação baseado modelo ISBAR, resulta em mudanças positivas no conhecimento e na prática dos enfermeiros no contexto da comunicação durante as passagens de turno: a formação aumentou a confiança dos enfermeiros na utilização do modelo e melhorou significativamente a clareza das informações transmitidas (Ghonem & El-Husany, 2023).

Relativamente à implementação da técnica nas unidades de cuidados intensivos e as enfermarias no geral, esta foi vista com bons olhos principalmente no momento da transmissão de informações nos momentos das transferências intra-hospitalares (Reime, et al., 2024).

Comparativamente, Castro et al. (2022) sublinha que em contextos de alta pressão como os serviços de urgência, a implementação de práticas padronizadas e a formação contínua são essenciais para melhorar a comunicação e garantir a qualidade e segurança do cuidado.

Relativamente à diminuição das falhas de comunicação e dos erros médicos associados à falta de clareza nas passagens de turno, a evidência salienta que a implementação desta técnica foi uma mais-valia na sua diminuição. No entanto, os autores também apontaram a necessidade de formação contínua para garantir que o protocolo seja usado de forma consistente e eficaz. Além disso, ressaltaram que, apesar dos benefícios observados, o ISBAR por si só não resolve todos os problemas relacionados com a comunicação, como as dificuldades no uso adequado do protocolo em situações de pressão (Reime, et al., 2024).

Sublinhando a questão, Ghonem & El-Husany (2023), evidenciam também uma redução nos erros de comunicação e um aumento na percepção de segurança dos doentes durante as transições de cuidados, em que os enfermeiros ressaltam a preparação sentida após as formações, que os preparou de uma forma mais capaz para lidar com situações críticas, sentindo-se aptos para transmitir informações completas e organizadas.

Em jeito de sensibilização para o erro, o "modelo do queijo suíço", de James Reason, mostra como as falhas de um sistema podem ter consequências fatais se o "incidente" passar por todas as barreiras de proteção, o que pode efetivamente constituir uma ameaça à segurança dos doentes. A utilização de uma ferramenta

padronizada pode impedir que tal aconteça uma vez que melhora a comunicação tanto a nível do conteúdo como da estrutura da transmissão de informações (Reime, et al., 2024).

Relativamente ao local mais apropriado para a transmissão de informações, Chien et al. (2022) relatam que, as passagens de turno à beira do leito, envolvendo os doentes diretamente, devem de ser aprimoradas por meio de formação em comunicação dada a logística envolvente. O estudo revelou ainda uma melhoria significativa na comunicação da equipa e uma diminuição das complicações hospitalares adquiridas, demonstrando que a mudança nas práticas de comunicação, quando apoiada por liderança forte e sustentada com formação adequada, pode ter um impacto substancial na qualidade dos cuidados.

Torna-se por isso, urgente a implementação de um método conciso e de linguagem comum e perceptível por todos prende-se também com a necessidade de acabar com as interrupções frequentes, faltas de padronizações e transmissões de informações subjetivas. Apesar dos esforços feitos para a conscientização sobre a importância da comunicação eficaz, os enfermeiros ainda enfrentaram dificuldades em garantir a clareza e a completude das informações. A pesquisa realizada por Castro et al. (2022) indicou que a ausência de um modelo estruturado, nas passagens de turno, contribuiu para um aumento da confusão e para a prestação insuficiente de cuidados ao doente (Castro, et al., 2022).



#### **4. DISCUSSÃO**

Compilando toda a informação recolhida, é seguro afirmar que metodologia ISBAR é fácil de aplicar e lembrar, podendo ser usada em diversos contextos da prestação de cuidados. Trata-se de uma técnica padronizada, simples, adaptável, objetiva e clara para transmitir informações relacionadas com a prestação de cuidados.

Além de padronizar a comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR também favorece a tomada de decisões de forma ágil, incentiva o pensamento crítico, reduz o tempo gasto na transmissão de informações e facilita a adaptação e integração de novos profissionais na equipa (DGS, 2017).

Em consonância com o que foi referido, outros estudos publicados destacam que a padronização da comunicação por meio de metodologias simplificadas, como a técnica ISBAR, facilita a transmissão de informações e contribui para um ambiente mais seguro, reduzindo os incidentes decorrentes de erros ou falhas comunicacionais. Essa ferramenta possibilita uma comunicação eficaz, permitindo a transmissão verbal de informações concisas, relevantes e até complexas durante as transições de cuidados, além de ter demonstrado uma redução de até 20% na ocorrência de eventos adversos relacionados a falhas de comunicação (Randmaa, et al, 2014).

Caselhas (2020), assume a importância da transmissão de informações de forma estruturada e padronizada, por meio da comunicação ISBAR como ferramenta de apoio na transição de cuidados, exatamente no ponto em que a mesma favorece tanto a segurança do doente quanto a do profissional, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda de acordo com Caselhas (2020), estudos realizados em 2018 revelaram que posteriormente à implementação da metodologia ISBAR, foi possível observar uma

melhoria significativa na comunicação entre os enfermeiros, pelo que, a aplicação deste modelo trouxe diversos benefícios, destacando-se a prevenção da perda de informações e a sua facilidade de uso, comprovando-se como uma ferramenta eficaz na prática clínica. O mesmo autor defende ainda que a comunicação melhorou em 38% após a aplicação da metodologia e diminuiu a comunicação deficitária em 11%. Segundo Dahlquist (2018) citado por Caselhas (2020), o ISBAR teve ainda implicação na redução do tempo gasto na transição de informação dado que se trata de uma metodologia estruturada e que limita a perda de informação transmitida.

Outro ponto importante focado no estudo anterior, ressalva que ambientes com ruído e agitação podem impedir a troca de informação clara (Spooner, et al, 2014, citado por Caselhas, 2020).

Transitando para a minha prática clínica atual, é importante destacar que a comunicação desempenha um papel essencial na garantia da segurança do doente. A utilização da metodologia ISBAR oferece uma estrutura objetiva e clara para a troca de informações, contribuindo para a redução de erros comunicacionais e promovendo ambientes de cuidados mais seguros e eficazes.

Para além das vantagens descritas que se prendem com a utilização da ferramenta ISBAR, o compromisso com a prestação de cuidados de forma adequada, aliado ao uso de competências que assegurem uma prática profissional responsável, constitui um fator essencial para garantir a segurança do doente (Haddeland et al., 2022).

## 5. CONCLUSÃO

A realização desta revisão da literatura mostrou-se uma mais-valia na melhoria dos cuidados prestados no decorrer da minha prática clínica. Este estudo contribuiu para o estabelecimento de um diagnóstico da situação relativamente a uma prática inserida na área da qualidade dos cuidados, com particular enfoque na segurança do doente no processo de comunicação durante a transição de cuidados, nomeadamente na passagem de turno. Compete ao Enfermeiro Especialista desenvolver investigação, estratégias e ações sustentadas na mais recente evidência científica, com o objetivo de promover a melhoria contínua e o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem.

Com base na análise da literatura consultada, foram reconhecidas várias estratégias e abordagens de comunicação que promovem a segurança durante as transições de cuidados. Ao longo deste estudo, destacaram-se diferentes pontos críticos, nomeadamente: interrupções frequentes durante a passagem de turno; necessidade de contactar o enfermeiro anteriormente responsável para complementar informações; partilha de dados com carácter subjetivo; perceção de omissão de informações relevantes; dificuldades na organização da informação, especialmente em casos de doentes com quadros clínicos mais complexos ou prolongados; e, por último, a constatação da necessidade de reformular o modelo atual de passagem de turno.

Face aos focos de atenção previamente identificados, foi notória a necessidade de adotar estratégias que promovam a melhoria da comunicação durante a transição de cuidados.

A adoção de técnicas específicas de comunicação durante a transição de cuidados, nomeadamente na passagem de turno, tem sido amplamente reconhecida na literatura como uma estratégia eficaz para aumentar a segurança dos cuidados de

saúde. Entre as várias metodologias existentes, destaca-se a ferramenta de comunicação ISBAR, que tem vindo a ganhar relevância por reunir consenso em diferentes contextos. O principal ponto forte do ISBAR reside na sua capacidade de padronizar e tornar mais eficiente a comunicação clínica, sobretudo em momentos críticos como a transição de cuidados, sendo a passagem de turno um exemplo paradigmático.

Contudo, os diversos autores consultados reconhecem que a implementação bem-sucedida deste tipo de técnicas depende da adesão contínua e do apoio organizacional para sustentar as mudanças na prática.

Em suma, a melhoria da transmissão de informações durante as passagens de turno exige uma combinação de ferramentas de comunicação padronizadas, formação contínua, apoio organizacional e uma forte liderança. Estes estudos evidenciam por isso, a importância de se adaptar as intervenções às necessidades locais e culturais dos ambientes hospitalares, com o objetivo de garantir uma comunicação mais eficiente, centrada no doente, e, acima de tudo, que promovam a segurança dos doentes e a continuidade dos cuidados.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. (2010). OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. (Clinical Handover Expert Advisory Committee, Ed.), *Quality In HealthCare. 1o Edition. Sydney: RHH/UTAS team.* <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>
- Caselhas, S. M. (2020). ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande. Escola superior de saúde – Instituto Politécnico de Portalegre.
- Chien, Laura J.; Slade, Diana; Dahm, Maria R.; Brady, Bernadette; Roberts, Elizabeth; Goncharov, Liza; Taylor, Joanne; Eggins, Suzanne & Thornton, Anna. (2022). Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 78(5), 1413–1430. DOI 10.1111/jan.15110
- Castro, C. M., Marques, M. d., & Vaz, C. R. (2022). Communication in the transition of nursing care in an emergency department in Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27, 503–512. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Normas DGS, 08 fev. 2017: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Ghonem, N. M.-S., & El-Husany, W. A. (2023). SBAR Shift Report Training Program and its Effect on Nurses' Knowledge and Practice and Their Perception of Shift Handoff Communication. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-10. DOI: 10.1177/23779608231159340

- Haddeland, K., Marthinsen, G. N., Söderhamn, U., Flateland, S. M. T., & Moi, E. M. B. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive & Critical Care Nursing*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Langley, G.J.; Moen, R.D.; Nolan, K.M.; Nolan, T.W.; Norman, C.L.; Provost, L.P. (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. John Wiley & Sons: Hoboken.
- Njambi, M., Rawson, H., & Redley, B. (2021). A brief intervention to standardize postanesthetic clinical handoff. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 219–22. DOI 10.1111/nhs.12803
- Organização Mundial de Saúde. (2007). Preâmbulo das soluções para a segurança dos doentes.
- Pires, M. (2014). Handover - Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório. Relatório de estágio de Mestrado em *Enfermagem Perioperatória*. Instituto Politécnico de Setúbal. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7180/1/Relatorio Final para discussão.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7180/1/Relatorio_Final_para_discussao.pdf)
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), e004268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
- Reime, M. H., Tangvik, L. S., & Johnsgaard, M. A.-M. (2024). Intrahospital Handovers before and after the Implementation of ISBAR Communication: A Quality Improvement Study on ICU Nurses' Handovers to General Medical Ward Nurses. *Nursing Reports*, 14, 2072-2083. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030154>

Sousa, A. (2013). A Segurança do Paciente - Contributo da Comunicação na Passagem de Turno para a Qualidade dos Cuidados. Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15757/1/Dissertação Científica Alexandra Sousa.pdf>

Stewart, K. (2016). SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. *University of Tennessee at Chattanooga*. <http://scholar.utc.edu/honors-theses>



## APÊNDICES



**Apêndice 1**  
**Tabelas de Evidência de Resultados da Revisão da Literatura**



1. Njambi, Rawson, & Redley, 2021

<b>TABELA DE EVIDÊNCIAS</b>	
<b>Informação Bibliográfica:</b>  (Njambi, Rawson, & Redley, 2021)	<b>Título:</b> <i>A brief intervention to standardize postanesthetic clinical handoff</i>
	<b>Palavras-chave:</b> <i>Anesthesia recovery period, interdisciplinary communication, patient handoff, patient handover, patient safety, postanesthesia nursing</i>
	<b>Objetivos:</b> Explorar a viabilidade e a aceitabilidade da utilização de uma breve intervenção para introduzir uma ferramenta para normalizar os processos interprofissionais de transferência na UCPA entre anestesistas e enfermeiros, apoiando assim os comportamentos de segurança desejados dos enfermeiros
	<b>Tipo de Estudo:</b> Estudo naturalista
	<b>Amostra:</b> Amostra de conveniência de 27 enfermeiros e 23 anestesistas
	<b>Instrumentos de recolha de dados:</b> Dados de observações e entrevistas antes e depois da intervenção
	<p><b>Conclusões:</b> Estudos recentes indicam que as percepções dos enfermeiros sobre a falta de clareza nos processos de transferência de cuidados, em particular sobre suas responsabilidades e estratégias para a continuidade das informações, dificultam a eficácia da comunicação.</p> <p>Dada a crescente complexidade e as exigências de recursos da prática clínica, é necessário criar ferramentas de melhoria que possam ser implementadas de forma eficaz sem criar encargos adicionais para os médicos ou sistemas de saúde. Semelhante a pesquisas anteriores, este estudo descobriu que a introdução da ferramenta de transferência padronizada melhorou significativamente os comportamentos para aumentar a segurança do doente.</p> <p>Estes resultados são consistentes com estudos anteriores que mostraram uma melhoria na transferência de informações ao usar uma ferramenta estruturada.</p> <p>Neste estudo, tanto uma ferramenta verbal (ISBAR) quanto uma lista de verificação de transferência de informações promoveram uma melhoria na transferência de cuidados, consistente com estudos anteriores que descobriram que havia falhas na transmissão de informações importantes em contextos pós-operatórios.</p> <p>É possível que a ferramenta de transferência tenha facilitado a identificação de lacunas pelos enfermeiros e os tenha capacitado a perguntar sobre esses itens; no entanto, esse deve ser o foco de uma investigação mais aprofundada.</p> <p>A sugestão de que vários dos comportamentos de transferência desejados mudaram, apesar da abordagem breve que exigiu tempo e recursos mínimos para a implementação, sugere que esta ferramenta pode ser viável e útil para futuras intervenções em ambientes clínicos.</p>

	<p>Uma das principais vantagens foi o facto de a ferramenta ter sido introduzida durante os processos de trabalho habituais em menos de 5 minutos.</p> <p>Uma vez que este estudo se centrou no comportamento dos enfermeiros, não foram recolhidos dados de observação sobre outros profissionais que possam ter impacto no desempenho dos enfermeiros na transmissão de informações, mas que devem ser tidos em conta em estudos futuros. Apesar destas limitações, os resultados sugerem que vale a pena realizar um estudo mais alargado.</p> <p>A necessidade de introduzir uma ferramenta para normalizar os processos de transferência melhorou a experiência dos enfermeiros e os comportamentos de transferência relacionados com a identificação do doente e a identificação de alergias, consistentes com a defesa da segurança do doente. Tendências não significativas na escalada dos cuidados com o doente e pedidos de informações adicionais fornecem a base para uma investigação mais aprofundada, para explorar o uso de ferramentas padronizadas para capacitar os enfermeiros a defender a segurança de seus doentes.</p>
--	---

2. Castro, Marques, & Vaz, 2022

<b>TABELA DE EVIDÊNCIAS</b>	
<b>Informação Bibliográfica:</b>  (Castro, Marques, & Vaz, 2022)	<b>Título:</b> <i>Communication in the transition of nursing care in an emergency department in Portugal</i>
	<b>Palavras-chave:</b> <i>Patient Safety; Patient Handoff; Hospital; Communication; Medical-Surgical Nursing</i>
	<b>Objetivos:</b> Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno no serviço de emergência e perceber os seus conhecimentos acerca da temática da segurança do paciente
	<b>Tipo de Estudo:</b> Estudo observacional, descritivo, transversal e quantitativo
	<b>Amostra:</b> Não probabilística de conveniência, foi constituída por 50 enfermeiros de um total de 74 elementos. Foi critério de inclusão no estudo os enfermeiros estarem na prestação direta de cuidados e disponíveis para participar. Como critérios de exclusão, os enfermeiros que se encontravam apenas na área da gestão do serviço e os que estavam ausentes do serviço
	<b>Instrumentos de recolha de dados:</b> Questionário de auto-preenchimento
<b>Conclusões:</b> Como momentos positivos da transição de cuidados, durante a passagem de turno, verificou-se que a informação transmitida é fácil de acompanhar, atualizada, proporcionando informação suficiente para assumir a prestação de cuidados aos pacientes, sendo a duração do momento de transição adequada e transmitida de forma estruturada. A maioria refere que durante a passagem de turno se sente pressionada a terminar rapidamente, que é transmitida informação irrelevante para os cuidados ao paciente, assim como a existência de informação importante que não é transmitida. Metade da amostra concorda que é importante reformular a estrutura da passagem de turno, e a maioria que a metodologia ISBAR, como ferramenta padronizada, contribui para a tomada de decisão e pensamento crítico, garantindo a eficácia da comunicação eficaz, uma vez que relatam que durante a passagem de turno é transmitida informação irrelevante para os cuidados dos pacientes, e concordam que há informação importante que não é transmitida. Em termos de benefícios da utilização da metodologia ISBAR a maioria concorda que contribui para a rápida tomada de decisão e promove o pensamento crítico. Um dos aspetos negativos que reúne maior consenso da amostra é a existência de barulho durante o momento de transição de cuidados, encontrando-se em primeiro lugar a referência de que a passagem de	

	turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades de serviço e que durante a passagem de turno os profissionais são interrompidos por outros profissionais e o ruído existente interfere com a transmissão de cuidado.
--	--

3. Chien, Laura J.; Slade, Diana; Dahm, Maria R.; Brady, Bernadette; Roberts, Elizabeth; Goncharov, Liza; Taylor, Joanne; Eggins, Suzanne & Thornton, Anna, 2022

<b>TABELA DE EVIDÊNCIAS</b>	
<b>Informação Bibliográfica:</b>  (Chien, Laura J.; Slade, Diana; Dahm, Maria R.; Brady, Bernadette; Roberts, Elizabeth; Goncharov, Liza; Taylor, Joanne; Eggins, Suzanne & Thornton, Anna, 2022)	<b>Título:</b> <i>Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context</i>
	<b>Palavras-chave:</b> <i>Clinical handover, communication, discourse analysis, ethnography, nursing, organizational development, patient safety, patient-centred care</i>
	<b>Objetivos:</b> Melhorar a transferência de cuidados de enfermagem centrada no doente, abordando os desafios de comunicação da transferência à cabeceira do doente e as práticas organizacionais e culturais que moldam a transferência
	<b>Tipo de Estudo:</b> Metodologia qualitativa que combina abordagens etnográficas e de análise do discurso
	<b>Amostra:</b> Para as entrevistas e grupos focais na fase 1 participaram um total de 20 profissionais (enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde) e 7 estudantes de enfermagem e 6 enfermeiros para entrevistas na fase 3
	<b>Instrumentos de recolha de dados:</b> O estudo foi desenvolvido em três fases: fase 1, recolha de dados pré-intervenção na enfermaria selecionada; fase 2, implementação da intervenção (formação em comunicação e recomendações para mudança organizacional e cultural), baseada nos resultados da análise dos dados da fase 1; e fase 3, recolha e análise dos dados pós-intervenção. A recolha de dados decorreu entre fevereiro e agosto de 2020. Todas as entrevistas, grupos focais e passagens de turno foram gravados em áudio ou vídeo e transcritos profissionalmente. As transcrições não foram devolvidas aos participantes para comentário ou correção.
<b>Conclusões:</b> A formação deu aos enfermeiros estratégias práticas para lidar com os riscos de interrupções na transferência de cuidados e resultou em interações mais significativas e úteis com os doentes e colegas. A utilização destas estratégias ajudou os enfermeiros a passarem de falar sobre os doentes como se estes não estivessem presentes para, na sua maioria, falarem com eles durante a passagem de testemunho. A formação no protocolo ISBAR dotou os enfermeiros de uma ferramenta estruturada para abordar os riscos informativos e ajudou-os a transmitir informações mais completas numa sequência mais lógica, apoiada pela folha de transferência estruturada ISBAR. Esses achados são consistentes com estudos anteriores que investigaram o uso dos protocolos para melhorar a comunicação durante a transferência. Além de melhorar a comunicação durante a transferência, os resultados sugerem que o treino na condução da informação à	

	<p>cabeceira do doente pode efetivamente abordar as atitudes dos enfermeiros em relação a essa prática que funciona como uma barreira.</p> <p>Consistente com pesquisas recentes, os enfermeiros mantiveram preocupações particulares sobre a manutenção da confidencialidade do doente durante a transferência de cuidados à cabeceira, apesar destes não terem uma forte preferência pela forma como as informações confidenciais são tratadas). Estas preocupações contribuíram para uma preferência pela realização da passagem de turno no corredor, excluindo os doentes da participação nos seus próprios cuidados. A mudança observada do local da passagem de turno, do corredor para a beira da cama, sugere que as estratégias ensinadas durante a formação — para lidar com informação sensível e garantir a confidencialidade do doente — foram suficientes para responder às preocupações dos enfermeiros relativamente a estas questões.</p> <p>A mudança significativa que se verificou tanto nas práticas como nas perceções em relação à passagem de turno à beira da cama não pode ser atribuída apenas à formação em comunicação, tendo em conta os desafios conhecidos associados à alteração de práticas comunicativas enraizadas.</p> <p>No entanto, o impacto positivo tanto na prática da passagem de turno como na cultura da enfermagem sugere um potencial significativo para alcançar mudanças mais sustentáveis. Esta é uma consideração importante para hospitais a nível internacional, à medida que procuram implementar iniciativas para melhorar a comunicação na passagem de turno, com vista a uma prestação de cuidados mais centrada no doente e a uma maior segurança clínica.</p>
--	--

4. Ghonem & El-Husany, 2023

<b>TABELA DE EVIDÊNCIAS</b>	
<b>Informação Bibliográfica:</b>  (Ghonem & El-Husany, 2023)	<b>Título:</b> <i>SBAR Shift Report Training Program and its Effect on Nurses' Knowledge and Practice and Their Perception of Shift Handoff Communication</i>
	<b>Palavras-chave:</b> <i>SBAR, shift report, nurses, knowledge, Practice, perception</i>
	<b>Objetivos:</b> Avaliar o efeito de um programa de formação em comunicação, utilizando a ferramenta ISBAR nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros e na sua percepção da comunicação na passagem de turno em serviços não críticos
	<b>Tipo de Estudo:</b> Desenho de investigação quasi-experimental
	<b>Amostra:</b> 83 enfermeiros
	<b>Instrumentos de recolha de dados:</b> Questionário de conhecimentos, uma lista de verificação de observação e duas escalas de percepção
	<p><b>Conclusões:</b> Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a hipótese de investigação de que, após a adoção de um programa de formação sobre o método ISBAR, a compreensão, prática e impressões dos enfermeiros sobre a comunicação na passagem de turno melhorariam significativamente.</p> <p>Os resultados do estudo demonstraram uma percentagem de enfermeiros com conhecimento satisfatório, prática adequada e percepção elevada foram significativamente mais elevadas nas fases posterior da implementação. Antes da intervenção, os resultados do presente estudo demonstraram que os enfermeiros não estavam sensibilizados para a importância da comunicação na passagem de turno. Estes resultados podem dever-se à falta de formação, tal como demonstrado pela reduzida percentagem de enfermeiros que referem atividades anteriores relacionadas com esta temática.</p> <p>A implementação da intervenção levou a melhorias significativas nos conhecimentos dos enfermeiros imediatamente após o estudo, e isso continuou durante a fase de acompanhamento por três meses.</p> <p>Estes resultados são apoiados por um estudo sobre enfermeiros que relataram melhorias significativas nos seus conhecimentos após uma intervenção de formação ISBAR num hospital da Jordânia. Do mesmo modo, um estudo sobre o impacto de um protocolo estruturado de transferência clínica na comunicação na Índia, demonstraram uma melhoria significativa dos conhecimentos dos enfermeiros sobre a comunicação ISBAR na passagem de turno após a implementação da sua intervenção.</p> <p>Além disso, a melhoria dos seus conhecimentos foi um fator de previsão positivo na melhoria da sua prática na análise multivariada. Em consonância com isto, um estudo realizado no Irão concluiu que a prática dos enfermeiros na utilização do ISBAR era muito variável e tendia a ser mais inadequada no que diz respeito à sua componente "antecedentes".</p> <p>Em concordância com isto, uma ação de formação levou a uma melhoria significativa na prática dos enfermeiros canadianos, com</p>

	<p>impacto significativo no dia-a-dia. De acordo com a percepção dos enfermeiros, os resultados revelaram uma percepção geralmente baixa do processo de passagem de turno e da comunicação relacionada antes da implementação da intervenção do estudo.</p> <p>Outros estudos mostraram que o uso da ferramenta de comunicação ISBAR tem sido muito eficaz na melhoria do nível de segurança do doente, reduzindo o tempo gasto pelos enfermeiros na passagem de turno e uma melhoria das relações profissionais.</p> <p>Em suma, a utilização de um método trabalho padronizado teve um efeito significativo entre os participantes do estudo que utilizaram a ferramenta ISBAR e melhorou o conhecimento, prática e percepção da comunicação na passagem de turno. Além disso, este estudo recomenda cursos abrangentes de formação sobre o uso do ISBAR para enfermeiros, e a sua replicação em todos os departamentos e unidades hospitalares.</p>
--	--

5. Reime, Tangvik, & Johnsgaard, 2024

<b>TABELA DE EVIDÊNCIAS</b>	
<b>Informação Bibliográfica:</b>  (Reime, Tangvik, Johnsgaard, 2024)	<b>Título:</b> <i>Intrahospital Handovers before and after the Implementation of ISBAR Communication: A Quality Improvement Study on ICU Nurses' Handovers to General MedicalWard Nurses</i>
	<b>Palavras-chave:</b> <i>Adherence; audit; general medical wards; intrahospital handover; intensive care unit; ISBAR; observational study; scoring tool</i>
	<b>Objetivos:</b> Melhorar a comunicação estruturada nas transferências intra-hospitalares, utilizando a ferramenta de pontuação da comunicação ISBAR como ferramenta de auditoria
	<b>Tipo de Estudo:</b> Estudo de observação
	<b>Amostra:</b> 25 enfermeiros
	<b>Instrumentos de recolha de dados:</b> Ferramenta de pontuação de comunicação ISBAR para utilização em transferências intra-hospitalares entre unidades de cuidados intensivos e enfermarias de medicina geral
<b>Conclusões:</b> As maiores melhorias foram observadas na indicação do nome do doente e na indicação do nível de consciência, seguidas da indicação do ano de nascimento, da condição atual, da indicação do estado psicológico e cognitivo significativo, do acesso intravenoso e do tratamento e de quaisquer restrições ao tratamento. O maior declínio da linha de base para a pós-intervenção foi observado na declaração de qualquer infeção e tipo de isolamento, na declaração de qualquer dor a indicação de parâmetros do foro respiratório. Relativamente aos registos observadas, revelaram que as transferências de doentes em contexto intra-hospitalar não estavam estruturadas em 15 das 25 observações, não se registando qualquer diferença significativa entre o tempo despendido nas passagens de turno entre o momento inicial e o momento pós-intervenção. No entanto, a mediana do tempo gasto pós-intervenção diminuiu 61 segundos. O objetivo deste estudo foi melhorar o conteúdo e a estrutura da comunicação ISBAR nas transferências intra-hospitalares de doentes da unidade de cuidados intensivos para as enfermarias de medicina geral. Os resultados revelaram que não houve melhorias significativas da linha de base para a pós-intervenção, o que pode ser explicado pelo facto de a intervenção não ser eficaz, por um efeito de teto de pontuações iniciais elevadas na linha de base, por diferentes barreiras, pelo período de tempo entre a linha de base e a pós-intervenção ou por um estudo com poder insuficiente, o que poderá ser o caso. As barreiras à implementação das orientações podem ser diferenciadas em fatores pessoais, fatores relacionados com as orientações e fatores externos	

	<p>As mudanças organizacionais no hospital na altura da implementação da comunicação ISBAR constituíram a barreira mais difícil, uma vez que o hospital enfrentou um grande processo de realocização em que todos os níveis da organização foram envolvidos na introdução de novas tecnologias. Em retrospectiva, verificamos que teria sido mais adequado se a base de implementação tivesse ocorrido numa altura mais calma. Além disso, os hábitos e as rotinas num processo de comunicação podem ser difíceis de alterar, bem como a potencial relutância dos enfermeiros em aprender a utilizar novas ferramentas, o que pode constituir barreiras pessoais.</p> <p>Por outro lado, os registos revelaram que a estrutura das comunicações intra-hospitalares melhorou significativamente da linha de base para a pós-intervenção, o que pode estar relacionado com a intervenção. No entanto, em várias das cartas de apresentação faltavam informações importantes sobre o estado do doente, nomeadamente no que respeita aos parâmetros clínicos e fisiológicos. Esta foi uma descoberta surpreendente, uma vez que os enfermeiros de cuidados intensivos utilizam um algoritmo específico.</p> <p>Se o enfermeiro que recebe o doente não tiver uma boa visão geral à chegada, pode ser mais difícil detetar uma deterioração precoce do estado. Isto pode afetar o tempo que demora a o tratamento necessário, o que, por sua vez, pode ter um impacto nos resultados dos doentes.</p> <p>Estudos observacionais sobre o ISBAR revelaram que os domínios identificação e situação são frequentemente notificados, mas os antecedentes, a avaliação e a recomendação são notificados em graus variáveis.</p> <p>A investigação salienta que essas ferramentas normalizadas específicas do contexto são úteis para garantir que todas as informações relevantes são comunicadas durante as transferências clínicas.</p> <p>Além disso, um inquérito norueguês concluiu que os enfermeiros se sentiam mais confiantes em assumir a responsabilidade pelos doentes após a implementação da comunicação ISBAR, e 95% dos enfermeiros afirmaram que a ISBAR tinha melhorado o tratamento e a segurança dos doentes. No entanto, são necessários ensaios clínicos bem executados para concluir que as ferramentas de transferência melhoram de facto a segurança dos doentes durante o processo de transferência de doentes.</p>
--	---

## **Apêndice V**

### **Comunicação Oral em Formato de Póster - A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica**



## A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica

Maria Inês Vieira<sup>1,2</sup>, Vasco Silva-Neves<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Portugal, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem;

<sup>2</sup>Unidade Local de Saúde de Santo António, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Enfermeira

<sup>3</sup>Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Portugal

<sup>4</sup>Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

### INTRODUÇÃO

A transição de cuidados de saúde é definida como qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos, e para isso é necessário que todos os profissionais falem a mesma língua, ou seja, a informação partilhada entre a equipa multidisciplinar caracteriza-se como sendo oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida por quem a ouve [1].

### OBJETIVO

Identificar a evidência científica existente sobre a importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

### METODOLOGIA

Revisão da literatura

PCC

Qual o impacto da comunicação na transição dos cuidados à pessoa em situação crítica?

EBSCOhost

Descritores MeSH: "comunicacion" AND "nurse" AND "Patient Handoff" NOT "pediatric"

**Crítérios de inclusão:** artigos analisados pelos pares, disponíveis em texto integral, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados entre 2020-2025

**Crítérios de exclusão:** artigos duplicados, que refletissem uma prática simulada e não contemplassem enfermeiros na sua amostra



Imagem criada por Inteligência Artificial a 24 de março de 2025



### RESULTADOS

Da literatura analisada, é possível identificar relatos de falhas quanto à estrutura comunicacional, para além do conteúdo variável e incompleto na transmissão de informação que sugerem ser contornável com a implementação de uma comunicação estruturada, padronizada e uniformizada através do método:



A evidência científica mostra que a utilização de uma ferramenta padronizada capacita os enfermeiros a atingir comportamentos desejáveis de segurança do doente durante a transferência de informações dentro da equipa multidisciplinar [2-6].

### CONCLUSÃO

A mudança efetiva nas práticas de transferência é conseguida através da formação em comunicação combinada com a reformulação das práticas locais que inibem as transferências centradas no doente [4-5].

Os estudos analisados evidenciam que a uniformidade na transferência de cuidados na prática clínica mostra-se como ponto de partida para a prevenção de incidentes relacionados com a comunicação [4-5].

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS





## **ANEXOS**



## **Anexo I**

**Certificado de Participação no VIII Fórum das Especialidades de  
Enfermagem – Comunicação em Enfermagem – A Prática especializada para  
a excelência do Cuidado**





CATÓLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Declara-se que,

**Maria Inês Rodrigues da Silva Vieira; Vasco Silva-Neves**

apresentaram no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar um Poster subordinado ao tema «A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica», que decorreu no campus da Foz da Universidade Católica Portuguesa – Porto, no dia 27 de março de 2025.



Prof.ª Doutora Constança Festas  
(Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem  
da Escola de Enfermagem - Porto)



Prof. Doutor Paulo Alves  
(Diretor da Escola de Enfermagem - Porto)

Porto, 27 de março de 2025

DecCL VIII FEE /2025



## **Anexo II**

**Prémio Menção Honrosa Poster com o tema A importância da comunicação  
na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica**





CATOLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Declara-se que o Poster

## “A importância da comunicação na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica”

apresentado por Maria Inês Rodrigues da Silva Vieira; Vasco Silva-Veves no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar, na Escola de Enfermagem – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, no dia 27 de março de 2025, foi distinguida com o prémio *Menção Honrosa Poster*.



Porto, 27 de março de 2025

DecPres 8/2025



### **Anexo III**

## **Certificado de Participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**



# CERTIFICADO

Certifica-se que

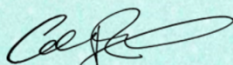
**MARIA INÊS RODRIGUES DA SILVA VIEIRA**

com o cartão de cidadão n.º 143531948ZW6, participou como **Congressista**, na modalidade **Presencial**, no **1.º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica



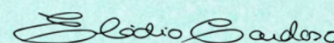
Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC



Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora



Eládio Cardoso