CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

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

Por

Nuno Jorge Correia Claro de Sousa Cardoso

Porto - abril de 2025

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

UM PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A PATH FOR SKILL DEVELOPMENT OF A SPECIALIST NURSE

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

Por

Nuno Jorge Correia Claro de Sousa Cardoso

Sob a orientação de Prof. Rúben Encarnação

Porto - abril 2025

RESUMO

A Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à Pessoa em Situação Crítica constitui uma área de intervenção complexa e exigente, que requer competências especializadas, sustentadas por conhecimento científico avançado, raciocínio clínico apurado e capacidade de resposta rápida e eficaz.

A prática baseada na evidência científica implica a utilização rigorosa dos melhores resultados da investigação para fundamentar decisões clínicas seguras e eficazes. A reflexão crítica promove a análise contínua das intervenções, identificando oportunidades de melhoria e adaptando-as ao contexto clínico. Durante o estágio, este processo realizou-se através da análise crítica de casos complexos, discussões multidisciplinares e otimização de práticas, como na gestão de dispositivos avançados e na comunicação na transição de cuidados de enfermagem. Esta 3integração entre evidência e reflexão contribuiu para a qualidade dos cuidados e fortaleceu competências essenciais ao desempenho autónomo do enfermeiro especialista.

Este relatório documenta o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica. A experiência clínica, realizada numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica e num Serviço de Urgência, permitiu consolidar conhecimentos teóricos e práticos.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica revelou-se um desafio exigente, onde a tomada de decisão rápida e fundamentada, a colaboração multidisciplinar e a humanização dos cuidados assumiram um papel central.

O estágio permitiu cumprir os objetivos definidos, abrangendo a prestação de cuidados especializados, a resposta em situações de emergência, a prevenção e controlo de infeção e a gestão dos cuidados de enfermagem. Foram superados desafios como a adaptação a diferentes contextos clínicos, a gestão de dispositivos avançados de monitorização e suporte, bem como a relação terapêutica com a família do doente em momentos de elevada carga emocional.

A experiência adquirida foi fundamental para a consolidação de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, contribuindo para um desempenho profissional mais seguro e fundamentado. Durante o estágio foram desenvolvidas atividades focadas na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, destacando-se a realização de avaliações clínicas detalhadas, a implementação de intervenções terapêuticas diferenciadas, a identificação precoce de gravidade e deterioração clínica. Destacou-se ainda o acompanhamento próximo de situações clínicas emergentes e a colaboração ativa em equipas multidisciplinares, contribuindo para uma abordagem mais eficaz e integrada dos cuidados prestados.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem, com o objetivo de identificar estratégias que promovem a segurança do doente em contextos críticos. Os resultados desta investigação foram disseminados através da participação no VIII Fórum das Especialidades, sob a forma de um póster científico, o que permitiu não apenas a partilha de conhecimento atualizado com outros profissionais, mas também a reflexão crítica sobre a prática atual. A elaboração deste relatório permitiu uma

reflexão crítica sobre o percurso realizado, reforçando a importância da formação contínua, da investigação e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Competência Profissional, Comunicação.

ABSTRACT

Medical-Surgical Nursing in the Care of the Critically Ill Person is a complex and demanding area of intervention that requires specialised skills, supported by advanced scientific knowledge, refined clinical reasoning, and the ability to respond quickly and effectively. Evidence-based practice involves the rigorous use of the best available research findings to support safe and effective clinical decisions. Critical reflection fosters the continuous analysis of interventions, identifying opportunities for improvement and adapting them to the clinical context. During the internship, this process was carried out through the critical analysis of complex cases, multidisciplinary discussions, and the optimisation of practices, such as the management of advanced devices and communication during nursing care transitions. This integration of evidence and reflection contributed to the quality of care and strengthened key competencies essential to the autonomous role of the specialist nurse.

This report documents the process of acquiring and developing competencies during the final internship of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in Critical Care. The clinical experience, undertaken in a Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit and in an Emergency Department, allowed for the consolidation of both theoretical and practical knowledge.

Providing care to critically ill individuals proved to be a demanding challenge, where swift and well-founded decision-making, multidisciplinary collaboration, and the humanisation of care played a central role. The internship enabled the achievement of the defined objectives, including the delivery of specialised care, response in emergency situations, infection prevention and control, and nursing

care management. Challenges were overcome, such as adapting to different clinical settings, managing advanced monitoring and support devices, and establishing a therapeutic relationship with the patient's family during emotionally intense moments.

The experience gained was fundamental to consolidating the competencies of the specialist nurse in medical-surgical nursing, contributing to a safer and more evidence-based professional practice. Activities carried out during the internship focused on the delivery of specialised care to critically ill individuals, highlighting detailed clinical assessments, the implementation of differentiated therapeutic interventions, and the early identification of clinical deterioration. Close monitoring of emergent clinical situations and active collaboration in multidisciplinary teams also stood out, contributing to a more effective and integrated approach to care.

An integrative literature review was conducted on communication during the transition of nursing care, aiming to identify strategies that promote patient safety in critical contexts. The results of this research were disseminated at the 7th Forum of Specialties in the form of a scientific poster, which enabled not only the sharing of up-to-date knowledge with other professionals but also critical reflection on current practice. The drafting of this report allowed for a reflective overview of the journey undertaken, reinforcing the importance of continuous training, research, and the improvement of the quality of care provided.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Critically Ill Patient, Professional Skills, Communication.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, pelo apoio e acompanhamento fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos enfermeiros tutores e equipas de enfermagem, pela partilha de conhecimento e experiência essencial à consolidação das minhas competências.

À minha família, pelo apoio incondicional e incentivo constante. Aos amigos, pela compreensão, ajuda e motivação nos momentos mais desafiantes.

À minha companheira, pelo suporte, amor, dedicação e paciência ao longo deste percurso.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para esta jornada, o meu sincero agradecimento.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BO – Bloco Operatório

CA – Catéter Arterial

CVC – Catéter Venoso Central

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ECTS – European Credit Transfer System

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infeções Associadas a Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência a Antimicrobianos

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCI-CT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 15

1. DO PERCURSO PROFISSIONAL AO CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 19

2. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO 23

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA 23

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA 28

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS 33

3.1. A GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM 34

3.2. A MELHORIA CONTÍNUA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS 36

3.3. CONHECER OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO 40

3.4. O CUIDADO À PSC/FAMÍLIA EM PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA 42

3.5. A DINÂMICA DA INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE 53

3.6. A PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO 60

4. COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM 65

CONCLUSÃO 69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 75

APÊNDICES 81

Apêndice 1 – Póster: A comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados

Apêndice 2 – Póster: Comunicação da transição de cuidados de enfermagem

Apêndice 3– Comunicação na transição de cuidados de enfermagem: revisão integrativa.

Apêndice 4 – Póster VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem: Comunicação na transição de cuidados de enfermagem

ANEXOS

Anexo 1 – Comprovativo de participação no IV Encontro Científico – Investigação em Enfermagem e Inteligência Artificial

Anexo 2 – Comprovativo de participação no webinar – Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados

Anexo 3 – Comprovativo de participação no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem – Comunicação em Enfermagem – A Prática Especializada para a Excelência do Cuidar

Anexo 4 – Comprovativo de apresentação de póster no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem – Comunicação em Enfermagem – A Prática Especializada para a Excelência do Cuidar

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (PSC) lecionado pela Escola de Enfermagem-Porto da Universidade Católica Portuguesa, a elaboração deste documento pretende relatar o percurso de aquisição de competências de enfermeiro especialista através da descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas e dos contextos em que decorreu o estágio.

A Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório proporciona uma oportunidade privilegiada para integrar campos de estágio complexos onde a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados proporcionam a aquisição de competências especializadas na área do cuidado à PSC.

A UC teve uma duração total de 840 horas e decorreu entre dois de setembro e 18 de dezembro de 2024. A experiência clínica dividiu-se em dois períodos de contacto clínico direto, com 360 horas de duração. Estes períodos decorreram na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica (UCI-CT) e no Serviço de Urgência (SU) de um centro hospitalar universitário, no norte de Portugal.

A restante carga horária foi dedicada a orientação tutorial, seminários e trabalho autónomo, dando equivalência a 30 European Credit Transfer System (ECTS). O percurso foi orientado por um professor da Escola de Enfermagem e tutelado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirurgica (EEEMC) dos locais de estágio.

Durante este período, foi possível adquirir competências práticas e teóricas essenciais para a prática clínica de enfermagem no cuidado à PSC. A experiência proporcionou uma visão abrangente e enriquecedora do papel do enfermeiro especialista.

Entende-se que a *"pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica."* (Regulamento nº 429/2018, p. 19362). A Ordem dos Enfermeiros (OE) assume que os cuidados à PSC são cuidados altamente qualificados que pretendem responder às suas necessidades, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação plena, sendo o enfermeiro especialista aquele a quem é reconhecida competência para prestar cuidados especializados (Regulamento nº 140/2019).

O contacto com a área da PSC acontece logo no início da carreira e sempre despertou um interesse particular, tendo sido o objeto de trabalho e estudo em grande parte do meu percurso profissional. A complexidade clínica, os desafios na identificação dos focos de atenção prioritária para intervenção rápida e eficaz obrigam a uma dedicação e atenção plena. Todo este contexto justifica a vontade de adquirir e desenvolver competências certificadas nesta área, com vista a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao doente crítico.

A motivação para o ingresso neste mestrado reside na experiência profissional centrada na prestação de cuidados à PSC e na necessidade de adquirir e certificar competências como enfermeiro especialista, a par com o desenvolvimento de competencias académicas para obtenção do grau de mestre. A experiência profissional evidencia o caminho percorrido e reforça a escolha da área de especialização, fundamentada nos desafios enfrentados e na ambição de enfrentar futuros objetivos na área da enfermagem.

A reflexão sobre as práticas realizadas permite avaliar o progresso individual assim como estabelecer uma relação entre essas experiências e as diretrizes estabelecidas pelas entidades reguladoras e orientadoras da prática de enfermagem. Assim, este documento tem por base o guia de estágio da UC, os regulamentos de competências da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamentos nº 429/2018 e nº 140/2019) e o planeamento de estágio. Pretende também servir como instrumento de avaliação no cumprimento dos objetivos definidos, descrever e refletir acerca do processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEEMC na área da PSC.

Na elaboração deste trabalho, foi adotada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, sustentada por uma análise fundamentada em evidência científica atualizada. Este método permitiu documentar, analisar e refletir sobre as experiências e aprendizagens vivenciadas, proporcionando uma abordagem estruturada que integra teoria e prática.

O documento está organizado em sete partes: a primeira faz uma abordagem do percurso profissional pessoal em direção ao cuidado especializado à PSC; a segunda apresenta a caraterização dos locais de estágio; e a terceira faz uma análise crítica dos objetivos e competências adquiridas. A quarta parte apresenta uma descrição e reflexão sobre o trabalho realizado e divulgado na área da investigação através da publicação de um póster resultante de uma revisão integrativa de literatura. Seguem-se, na sequência, a conclusão, as referências bibliográficas e os apêndices.

A consulta de evidência científica foi realizada através de pesquisa nas bases de dados científicas.

Foram utilizados os critérios da 7.ª edição das normas da *American Psychological Association* para a referenciação bibliográfica.

Pretende-se com este trabalho dar a conhecer a importância do papel do EEEMC no cuidado à PSC, contribuindo também para a difusão de conhecimentos nesta área. Pretende-se ainda dar um contributo para o aumento da visibilidade sobre a

importância da comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados de enfermagem, com objetivo da melhoria da segurança das práticas de enfermagem à PSC.

1. DO PERCURSO PROFISSIONAL AO CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O percurso profissional pessoal desenvolvido até ao momento teve início em agosto de 2004, numa UCI de vertente médico-cirúrgica, de nível II e III, inserida num centro hospitalar universitário, no norte do país. Após a conclusão, em junho de 2008, de uma Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde deu-se continuidade à atividade profissional em novembro do mesmo ano, num bloco operatório de um centro hospitalar localizado na região centro.

Em junho de 2011, houve uma transferência em regime de mobilidade para um centro de saúde no interior norte do país. Posteriormente, em julho de 2013, iniciou-se a prestação de cuidados num serviço de atendimento urgente de um hospital do sector privado situado num centro metropolitano do norte.

Desde janeiro de 2017, para além da prestação de cuidados diretos, assumiu-se a coordenação da equipa de enfermagem deste serviço, missão atualmente desempenhada. Durante a colaboração com a instituição empregadora, foi possível participar na implementação de procedimentos de cirurgia robótica no bloco operatório, organizar e coordenar uma equipa de enfermagem numa unidade de hospitalização domiciliária e realizar colaborações pontuais com a unidade de cuidados intensivos. Ainda em 2017, concluiu-se uma Pós-Graduação em Enfermagem do Doente Crítico. Foram realizados os cursos de triador e auditor do protocolo de Triagem de Manchester. No desempenho de funções numa UCI destinada ao pós-operatório, com características polivalentes e um modelo inovador à época (tipo II e III), foi possível trabalhar numa unidade com quatro camas de

cuidados intensivos e seis de cuidados intermédios, que recebia doentes de várias especialidades cirúrgicas. Este ambiente proporcionou experiências desafiantes na prestação de cuidados à PSC em situações de falência orgânica, integrando monitorização avançada e delineando planos de cuidados diferenciados para responder às exigências específicas da assistência ao doente e à sua família.

Durante a colaboração no bloco operatório, desempenharam-se funções como enfermeiro instrumentista, circulante e de anestesia em áreas como otorrinolaringologia, cirurgia vascular, cirurgia geral e cirurgia torácica, em contexto programado e de urgência. Esta experiência permitiu compreender a dinâmica de funcionamento do bloco operatório, incluindo situações clínicas críticas no período perioperatório.

Atualmente, a atividade clínica centra-se na assistência à pessoa com doença aguda num serviço de atendimento urgente para adultos, que inclui uma unidade de emergência equipada para ventilação e monitorização invasivas, com o objetivo de responder eficazmente a situações de emergência.

No primeiro ano curricular deste curso existiu uma componente prática com a realização da UC "A Pessoa em Situação Crítica – Vigilância e Decisão Clínica", no período compreendido entre 6 de maio e 13 de julho de 2024. Este estágio aconteceu num serviço de medicina intensiva, Centro de Referência ECMO (oxigenação por membrana extracorporal), onde foi possível o contacto com um ambiente de diferenciação clínica exigente que permitiu a integração de conhecimentos e competências específicas. Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes críticos em falência multiorgânica com necessidade de diferentes tipos de suporte de funções vitais, como cardíaca, ventilatória ou regulatória, com recurso a equipamentos de circulação extracorporal, ventilação mecânica, monitorização invasiva, além da gestão de toda a complexidade do plano terapêutico.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018) o cuidado à PSC constitui um dos maiores desafios na prática de enfermagem, exigindo competências especializadas, decisões rápidas e uma abordagem centrada na pessoa. Este contexto caracteriza-se por uma instabilidade clínica significativa, onde o risco de agravamento é elevado e o tempo desempenha um papel determinante na recuperação ou na deterioração da condição de saúde.

As intervenções altamente especializadas, prestadas de forma contínua e dirigidas a pessoas cuja condição clínica coloca em risco iminente uma ou mais funções vitais, têm como objetivo responder às necessidades comprometidas, assegurando a manutenção das funções essenciais à vida, prevenindo complicações e minimizando incapacidades, com vista à recuperação completa do indivíduo.

Situações de emergência ou catástrofe, ou outras situações excecionais, podem colocar a pessoa em risco de vida, sendo necessária uma assistência imediata e especializada. A prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica, bem como às suas famílias e cuidadores, exige uma observação atenta, aliada a uma recolha e análise contínua de dados, de forma sistemática e organizada.

Em contextos de situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização contínua são reconhecidas como extremamente importantes. Além disso, prestar cuidados à pessoa, família ou cuidador que enfrenta processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica constitui uma competência clínica especializada do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Esta competência estende-se também à resposta em cenários de emergência, situações excecionais e catástrofes, abrangendo todas as fases, desde a conceção até à intervenção.

Assim, o processo de desenvolvimento profissional e aquisição de competências de EEEMC é constituído por diversas etapas cuidadosamente delineadas para preparar o enfermeiro para um desempenho de excelência. Entre estas etapas, destaca-se a componente prática do estágio, que desempenha um papel crucial no

desenvolvimento competências técnicas e humanas essenciais à prática especializada. Esta fase prática é estruturada de forma a proporcionar ao estudante múltiplas oportunidades de contacto direto com situações clínicas reais, permitindo uma aprendizagem imersiva e contextualizada.

Durante o estágio o estudante tem a oportunidade de desenvolver competências fundamentais tais como a tomada de decisão em cenários de elevada complexidade, a gestão eficaz de situações clínicas desafiantes e a comunicação clara e assertiva com a equipa multidisciplinar e com os doentes. Estas capacidades revelam-se indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de qualidade e uma resposta adequada às necessidades individuais de cada pessoa.

Estas competências foram adquiridas em diferentes locais de estágio, cuja especificidade e dinâmica próprias desempenharam um papel determinante no processo de aprendizagem. Deste modo, serão descritos os contextos de estágio, bem como o percurso formativo realizado, acompanhado de uma análise crítico-reflexiva que abordará os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas e as competências consolidadas ao longo deste percurso.

2. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O enquadramento de dois contextos de estágio revela-se fundamental para compreender a contribuição específica de cada ambiente na aquisição e desenvolvimento das competências essenciais ao EEEMC na área de enfermagem à PSC.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

O primeiro estágio decorreu entre dois de setembro e 23 de outubro de 2024, totalizando 180 horas, numa UCI-CT de um centro hospitalar universitário de uma unidade local de saúde da região norte de Portugal.

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as UCI têm como finalidade a observação e tratamento de doentes em situação crítica com potencial de recuperação. Estes doentes necessitam de monitori zação contínua e suporte às funções vitais, devido à iminência ou existência de falência de um ou mais órgãos. Nessas unidades, os cuidados são prestados 24 horas por dia por equipas altamente especializadas (ACSS, 2024).

A cirurgia cardiotorácica é uma especialidade médica dedicada ao tratamento cirúrgico dos órgãos do tórax, abrangendo, principalmente, doenças cardíacas e pulmonares. Além disso, inclui intervenções para patologias que afetam a pleura, a parede torácica, o mediastino e o diafragma, assegurando uma abordagem abrangente no cuidado destas estruturas (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, 2016).

A Rede de Referenciação de Medicina Intensiva (2016) define que as camas de UCI nível II são destinadas a doentes que necessitam de suporte de uma função orgânica e as camas de UCI nível III destinadas a doentes com necessidade de suporte multiorgânico. As UCI podem funcionar de forma integrada com os cuidados intermédios (nível II), uma vez que, apesar de serem menos exigentes em termos de rácio de médico intensivista/doente, de enfermagem e de equipamentos médicos, devem manter o mesmo nível de exigência no que respeita às infraestruturas. A existência de um posto de vigilância e registos centralizado, onde a equipa de enfermagem deve estar posicionada para favorecer a monitorização contínua e garantir um acesso imediato aos doentes, bem como a organização destes em boxes individuais, são fatores de crucial importância (ACSS, 2024).

A UCI-CT centra a sua atividade no tratamento e cuidados à PSC do foro cirúrgico cardiotorácico e contempla camas de Nível II e III. As patologias mais frequentes tratadas neste serviço são as doenças valvulares e coronárias. Destacam-se os casos de doentes submetidos a cirurgias de revascularização miocárdica (CABG), substituição da válvula aórtica, correção de dissecções da aorta e doentes que realizaram transplantes cardíacos.

Compreende-se, assim, a complexidade e a sofisticação dos cuidados proporcionados nesta unidade. A sua capacidade para oferecer suporte avançado a todas as funções vitais, realizar intervenções de elevada complexidade e implementar técnicas de substituição de órgãos coloca-a na vanguarda dos cuidados de saúde em Portugal.

Relativamente à estrutura física, a UCI-CT tem um bloco operatório (BO) adjacente com três salas, tem capacidade para 20 camas e encontra-se dividida em nível II e nível III.

A zona de nível III tem dez camas e encontra-se em estrutura de *open space*, ou seja, com uma zona central aberta com capacidade de vigilância permanente. Contém

ainda um quarto de isolamento, utilizado também para doentes submetidos a transplantes cardíacos. Quanto à área de nível II, é composta por dez camas e está dividida em quatro espaços: um quarto de isolamento com uma cama, duas enfermarias (cada uma com duas camas) e uma área de *open space* com cinco camas. Todos estes espaços têm capacidade de monitorização contínua.

De acordo com o Regulamento 743/2019 (2019), na prestação de cuidados a doentes de nível III o rácio de enfermeiro/doente deve ser de um para um, no qual durante as 24 horas metade dos enfermeiros escalados devem ser EEEMC na área de enfermagem à PSC, enquanto que em cuidados de nível II, a prestação de cuidados deve ser assegurada com um rácio de enfermagem de um para dois.

A prestação de cuidados à PSC do foro cirúrgico cardiotorácico é realizada por uma equipa multidisciplinar diferenciada. A equipa de enfermagem da UCI-CT é constituída por um total de 75 elementos, dos quais 12 são EEEMC e 13 são enfermeiros especialistas de outras áreas. Para além dos enfermeiros, integram esta equipa, médicos especialistas em cirurgia cardiotorácica e anestesiologia, fisioterapeutas, técnicos auxiliares de saúde e técnicos administrativos. Esta diversidade de competências assegura uma abordagem integrada e eficiente aos cuidados prestados, permitindo atender às complexas necessidades dos doentes de forma coordenada e holística.

Os turnos são assegurados por 10 a 12 enfermeiros: 12 enfermeiros no turno da manhã (incluindo dois especialistas) e 10 enfermeiros no turno da tarde e no turno noite. A equipa de enfermagem é rotativa entre a área de cuidados de nível III e a área de cuidados de nível II.

No que me foi possível observar, a distribuição dos doentes era realizada de acordo com o nível de internamento, mas também com as necessidades particulares de cuidados de cada doente, não se conseguindo sempre cumprir as recomendações de dotação adequada. Na ala de nível III, cada enfermeiro era responsável por um

máximo de dois doentes, garantindo um rácio de um para dois. Já na ala de nível II, o rácio máximo era um para três, com cada enfermeiro a prestar cuidados a até três doentes. As necessidades de cuidados de cada doente eram consideradas na distribuição dos doentes pelos enfermeiros, de forma a garantira adequação da assistência prestada e a cumprir os rácios recomendados.

O excesso de trabalho decorrente do número reduzido de profissionais, aliado a níveis altos de risco e *stress* do ambiente complexo de uma UCI, segundo Pinho (2020) pode desencadear *burnout*, caraterizada por exaustão emocional, esgotamento físico e mental. Para minimizar o impacto na qualidade dos cuidados, e cumprindo com os deveres éticos e deontológicos da profissão, os enfermeiros ficam mais expostos a este risco. Efetivamente, os enfermeiros acabam por estar expostos a uma sobrecarga contínua, o que pode levar a situações de exaustão emocional, redução da eficácia profissional e aumento do risco de erros clínicos. Neste cenário, torna-se essencial uma reflexão sobre a necessidade de adequar a dotação de recursos humanos aos níveis de complexidade de cuidados e às necessidades reais dos doentes. Além disso, é importante implementar medidas preventivas e estratégias de suporte emocional, tais como formação contínua em gestão do *stress*, apoio psicológico regular e políticas organizacionais que promovam o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal dos profissionais. Estas intervenções podem minimizar os riscos associados ao *burnout* garantindo a manutenção de uma prática clínica segura, ética e humanizada (Holle, 2022).

Ficou evidente a complexidade associada à prestação de cuidados seguros, perante as condições exigentes em que os profissionais desempenham as suas funções. Contudo, foi possível reconhecer a capacidade de adaptação dos enfermeiros, que, apesar das dificuldades sentidas, demonstraram competência, eficiência e resiliência na resposta às necessidades específicas dos doentes, assegurando a qualidade e segurança assistencial mesmo em contextos particularmente desafiantes.

Os sistemas de informação em saúde têm vindo a suportar a prestação de cuidados, permitindo um acesso mais rápido e seguro à informação, apoiando a tomada de decisão clínica e promovendo uma maior autonomia dos doentes. Estes sistemas fornecem dados essenciais tanto aos profissionais de saúde como aos utilizadores, numa perspetiva integrada de gestão da informação, abrangendo diferentes áreas da saúde. Além disso, permitem a recolha, gestão e análise de dados, apoiando a tomada de decisão e contribuindo para a monitorização da qualidade e do desempenho das unidades de saúde. Assim, constituem uma ferramenta indispensável na gestão hospitalar (Cerqueira, 2020).

Na UCI-CT o registo do plano de cuidados é realizado no sistema informático *B-Simple*®. Contudo, os enfermeiros têm de aceder a outras aplicações informáticas durante o turno para concluir diversas tarefas. Por exemplo, a impressão da tabela terapêutica do doente é realizada através da aplicação *SClinico*®.

A distribuição de medicamentos e materiais de consumo clínico é gerida através de um sistema de reposição de *stocks* nivelados. Os medicamentos necessários são definidos pelos médicos, enfermeiros e farmacêuticos, constituindo um nível de stock que é reposto diariamente.

O sistema *Pyxis*® é materializado num conjunto de armários eletronicamente controlados, geridos por um software que permite a dispensa semiautomática de medicamentos nas enfermarias hospitalares. As estações *Pyxis*® estão localizadas nos serviços do hospital e são controladas por uma consola central nos serviços farmacêuticos hospitalares. A implementação do sistema baseia-se na identificação dos medicamentos mais utilizados em cada serviço, ajustando os stocks máximos, mínimos e a frequência de reposição. Quando um medicamento atinge o nível mínimo, o sistema envia automaticamente um pedido de reposição à consola, sendo o técnico de farmácia responsável por reabastecer diariamente as estações.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O segundo estágio teve lugar no período entre 24 de outubro e 18 de dezembro de 2024, perfazendo um total de 180h, num SU polivalente de adultos, do mesmo centro hospitalar.

O Ministério da Saúde define SU como um serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional, com o objetivo de prestar cuidados nas situações de urgência e emergência médicas, que exigem uma intervenção médica imediata (Despacho normativo nº 11/2022).

O Despacho nº 10319/2014 identifica vários níveis de resposta na Rede de Serviços de Urgência: Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Polivalente. O SU polivalente representa o nível mais avançado de resposta às situações de urgência e emergência, devendo garantir um atendimento próximo e acessível à população da sua área de abrangência (Despacho nº 10319/2014).

Relativamente à estrutura física, o SU de adultos é constituído pelas seguintes áreas: admissão, sala de triagem, sala de emergência, três áreas do foro médico, uma do foro cirúrgico, uma do foro psiquiátrico, com apoio de UCI e BO adjacentes.

Na área de admissão é efetuada a identificação e o registo inicial dos doentes que chegam ao SU, assegurando uma organização eficaz da receção dos casos. A triagem dispõe de três postos devidamente equipados e organizados, onde é realizada a avaliação inicial dos doentes segundo o protocolo de Triagem de *Manchester*, determinando o nível de prioridade para atendimento.

Após a triagem, os doentes são encaminhados para áreas específicas do serviço, consoante as suas necessidades clínicas. Uma das áreas médicas, com capacidade para gerir casos mais complexos e críticos, recebe doentes classificados como "muito urgentes". Outra área médica, destinada aos casos menos urgentes, tem uma capacidade alargada e pretende garantir um atendimento adequado e oportuno.

Existe ainda uma terceira área, com 10 camas, destinada aos doentes internados que aguardam transferência para outros serviços hospitalares.

Os casos de especialidades cirúrgicas dispõem de uma área própria, organizada e equipada para responder às necessidades específicas destes doentes. Da mesma forma, os casos relacionados com o foro psiquiátrico são encaminhados para uma área especializada, onde recebem cuidados ajustados às suas particularidades clínicas e psicossociais. Na sala de emergência são atendidos os doentes classificados como muito urgentes e emergentes, dispondo esta área de cinco unidades totalmente equipadas com os dispositivos necessários para a abordagem e estabilização do doente crítico, sendo assegurada por três enfermeiros.

Possui, entre outras, valências médicas, cirúrgicas, ortopedia, urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, imagiologia (radiologia convencional, ecografia e tomografia computorizada).

A equipa multidisciplinar é composta por diferentes profissionais de saúde, desde médicos das várias especialidades, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes administrativos e técnicos auxiliares de saúde.

A equipa de enfermagem é constituída por 127 elementos distribuídos por 5 equipas com 37 enfermeiros especialistas, dos quais 22 são EEEMC. Os turnos são sempre assegurados por 20 elementos.

Dada a especificidade da procura, a definição dos postos de trabalho é um fator determinante no cálculo da dotação de enfermeiros, sendo necessário ter em consideração o conhecimento casuístico e fluxos sazonais. As recomendações no Regulamento nº 743/2019 (2019) indicam que a triagem e a sala de emergência devem ser preferencialmente asseguradas por um EEEMC, enquanto a ala psiquiátrica deve ser assegurada por um especialista nessa área.

A OE enfatiza a importância do EEEMC na prestação de cuidados à PSC recomendando que nos SU pelo menos 50% da equipa de enfermagem seja composta por enfermeiros especialistas nesta área, assegurando a presença permanente, 24 horas por dia, de profissionais qualificados, com formação em Suporte Avançado de Vida (Regulamento nº 743/2019).

Durante o estágio realizado no SU foi possível constatar que, apesar das recomendações da OE (Regulamento nº 743/2019) indicarem que pelo menos 50% da equipa de enfermagem deveria ser composta por EEEMC, pela realidade observada este objetivo não era plenamente alcançado. Dos 20 enfermeiros em cada turno, apenas cinco eram especialistas nesta área, o que corresponde a uma percentagem inferior à recomendada.

Contudo, apesar desta limitação na composição das equipas, observei uma preocupação por parte da gestão do serviço em garantir a presença de pelo menos um EEEMC em cada área de prestação de cuidados. Por vezes era até possivel garantir a presença de dois EEEMC na sala de emergência.

Ainda assim, é importante refletir sobre o impacto potencial desta situação, nomeadamente no que respeita à sobrecarga que pode recair sobre os enfermeiros especialistas disponíveis, obrigados a assumir uma responsabilidade acrescida e contínua na orientação clínica e técnica das equipas. A não conformidade com as recomendações pode afetar não só a qualidade dos cuidados, mas também aumentar o risco de *stress e burnout* entre estes profissionais. Neste sentido, e de acordo com Witczak *et al.* (2021), torna-se evidente a necessidade de sensibilizar os profissionais para as implicações que a limitação de recursos humanos especializados tem na segurança do doente. A consciencialização sobre o impacto da escassez de enfermeiros especialistas e da consequente racionalização dos cuidados de enfermagem pode facilitar a identificação de áreas prioritárias de

intervenção, promovendo uma cultura organizacional mais segura, eficaz e centrada na melhoria contínua da qualidade.

A aplicação informática *jOne*® é utlizada para gestão da atividade clínica do SU, destacando-se pela eficiência na integração da gestão da informação clínica, tendo em consideração a estrutura física do serviço e a atividade logística.

Após o enquadramento dos locais de estágio, segue-se a análise do processo de aprendizagem, descrevendo e refletindo sobre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante o percurso formativo.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Considerando que os cuidados de enfermagem exigem cada vez mais conhecimentos técnicos e científicos aprofundados, a especialização e a diferenciação dos profissionais de saúde tornam-se indispensáveis para a prestação de cuidados de excelência. Neste contexto, a OE define o enfermeiro especialista como aquele que demonstra competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados especializados em áreas específicas da enfermagem e que obteve o título de Enfermeiro Especialista em conformidade com as especialidades previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019).

No caso do EEEMC na área da PSC, além das competências comuns dos enfermeiros especialistas, incluem-se competências específicas de intervenção na área de enfermagem à PSC. Estas competências têm como objetivo estabelecer um enquadramento legal para a certificação e assegurar aos cidadãos uma compreensão clara do nível de atuação que podem esperar destes profissionais (Regulamento n.º 429/2018).

Benner (2001) aborda a aquisição de competências na enfermagem através do modelo *Dreyfus* de aquisição de competências, que descreve como um profissional progride através de cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A aquisição de competências em enfermagem é um processo complexo, envolvendo a experiência, a reflexão e a adaptação contínua ao contexto. O Modelo *Dreyfus* oferece um quadro teórico para compreender a progressão dos profissionais, desde o nível de iniciante até ao nível de perito, enfatizando a importância do conhecimento prático e da experiência no

desenvolvimento das competencias profissionais. Este modelo destaca que, à medida que o profissional avança, a tomada de decisão e a abordagem das situações tornam-se mais intuitivas e contextualmente adaptadas, refletindo a integração da experiência com o conhecimento teórico.

Por sua vez, Guy Le Boterf (2011) refere que o desenvolvimento de competências vai além da simples acumulação de conhecimentos e habilidades, centrando-se na capacidade de agir de forma pertinente, responsável e competente em diferentes contextos. Um profissional competente mobiliza recursos internos e externos, toma decisões estratégicas, gere emoções, reflete sobre a sua prática e considera aspectos éticos no seu desempenho. Além da competência individual, Le Boterf destaca a importância das competências coletivas, onde a cooperação e a aprendizagem contínua são essenciais para enfrentar desafios complexos. O verdadeiro foco da competência está na forma como os profissionais tomam decisões e mobilizam recursos, adaptando-se a diferentes situações e garantindo um impacto positivo na sua prática.

Deste modo, o desenvolvimento de competências mostra-se como um processo contínuo que combina saberes teóricos e práticos, experiência, reflexão e adaptação aos contextos. Para além do conhecimento técnico, envolve a capacidade de agir, tomar decisões e mobilizar recursos. Para Lourenço *et al.* (2022), o processo de tomada de decisão está relacionado com a autonomia, liderança e experiência profissional, cabendo aos enfermeiros especializados a supervisão dos cuidados e elaboração de planos de intervenção.

A experiência conferida pela prática clínica é essencial para a consolidação de competências especializadas na área da PSC, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais através da prática supervisionada. O contacto com diferentes contextos e desafios contribuiu para a qualificação profissional e para a melhoria da capacidade de resposta em situações complexas.

De seguida procede-se à descrição, análise e reflexão sobre os objetivos de estágio, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, abordando o seu impacto na formação e prática profissional.

3.1. A gestão dos cuidados de enfermagem

A gestão dos cuidados de enfermagem é um domínio de competências comuns do EE, conforme descrito no Regulamento 140/2019, visando otimizar a resposta da sua equipa e promover a articulação na equipa de saúde. Além disso envolve a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

Foi possível observar e refletir acerca das estratégias de organização e gestão dos recursos disponíveis implementadas pelo enfermeiro responsável, como a gestão de vagas, internamentos e transferências de doentes, e a mobilização de elementos da equipa pelos diferentes setores de atividade para dar resposta aos desafios e a gestão de conflitos. O acompanhamento e a interação com este profissional permitiram adquirir uma visão aprofundada sobre a organização e a dinâmica de trabalho no serviço, a par da prestação de cuidados nos diferentes setores de atividade.

Adicionalmente, foi observada a distribuição e organização do trabalho, com vista a uma gestão eficiente e equitativa das tarefas entre os membros da equipa. Esta gestão incluiu a definição de prioridades com base na gravidade e nas necessidades dos doentes, garantindo a continuidade dos cuidados e a utilização otimizada dos recursos disponíveis.

Também foram analisadas estratégias de gestão de equipas, com destaque para a importância da comunicação eficaz, da delegação de responsabilidades de forma clara e do incentivo à colaboração entre os profissionais. A capacidade de motivar a

equipa, reforçar boas práticas e promover um ambiente de trabalho positivo revelou-se essencial para o sucesso das intervenções e para o bem-estar da equipa.

No que diz respeito à gestão de conflitos, foram observadas abordagens baseadas na mediação e no diálogo, permitindo resolver divergências de forma construtiva e minimizar o impacto no ambiente de trabalho e na prestação de cuidados. Estas práticas, conforme aponta a evidência científica, demonstraram a relevância de uma liderança assertiva e empática na promoção de um serviço eficiente e harmonioso. Santos e colaboradores (2022) destacam a importância da liderança em enfermagem na organização do trabalho de equipa e na eficiência da prestação de cuidados, definindo a comunicação eficaz, a delegação clara e a colaboração como essenciais à motivação e bem-estar da equipa. Realça ainda a relevância de uma liderança assertiva, empática, baseada no diálogo e na gestão eficaz de conflitos para a promoção de um ambiente harmonioso e produtivo.

A experiência adquirida contribuiu para um maior entendimento sobre a complexidade da gestão em contexto clínico, reforçando a importância de competências de liderança, planeamento e tomada de decisão na prática profissional.

3.2. A melhoria contínua da prestação de cuidados

Com o objetivo de promover a melhoria contínua da prestação de cuidados é exigida uma atualização constante de conhecimentos fundamentados na evidência científica mais recente, aliada ao desenvolvimento do autoconhecimento por parte dos profissionais, sendo estas competências do EE (Regulamento nº 140/2019).

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade permite ao enfermeiro especialista compreender o impacto da sua conduta nas relações terapêuticas e no trabalho em equipa. Este domínio inclui a capacidade de identificar fatores que possam interferir na interação com os doentes e colegas, gerir emoções e respostas

sob pressão, antecipar e resolver conflitos e adaptar-se ao contexto organizacional, garantindo uma atuação assertiva e eficaz. Por outro lado, a prática baseada em evidência científica assegura que as decisões clínicas e as intervenções estejam sustentadas em conhecimento atualizado e validado. O enfermeiro especialista deve atuar como facilitador da aprendizagem no local de trabalho, identificando necessidades formativas, promovendo programas de desenvolvimento profissional e integrando novas evidências na sua prática. Além disso, a sua participação ativa na investigação e na implementação de padrões e procedimentos clínicos contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019).

Dada a forma acelerada em que o conhecimento se espande, e as complexas exigências profissionais, a formação contínua pode ajudar a preparar os profissionais para os desafios diários.

No âmbito dos cuidados à PSC, o EEEMC tem a responsabilidade de promover um ambiente que favoreça a formação contínua dos enfermeiros. Esta abordagem impulsiona o desenvolvimento profissional, assim como contribui para a qualidade e evolução da prática especializada, assegurando que a equipa de enfermagem está preparada para prestar cuidados de excelência e responder às exigências do contexto clínico (Regulamento nº 140/2019).

Na UCI-CT e no SU existem planos de formação contínua realizadas no serviço por EE assim como formação contínua institucional realizada pelo departamento de formação. Através de um levantamento de necessidades formativas informal percebi que o tema da transmissão de informação na transição dos cuidados não tinha sido abordado, e dada a importância central desta temática na segurança da prestação de cuidados, surgiu o interesse em aprofundar conhecimento sobre este tema.

De acordo com a Norma nº 001/2017, a DGS define a transição de cuidados em saúde como qualquer situação em que ocorre a transferência de responsabilidade e de informação entre profissionais de saúde, com o propósito de assegurar a continuidade dos cuidados e garantir a segurança dos doentes.

Durante a prestação de cuidados, a comunicação é de extrema relevância *"com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde"* (Despacho nº 9390/2021, 2021, p.100).

Os desafios associados ao processo de transição dos cuidados de enfermagem são diversos e variam consoante as especificidades de cada serviço. Na UCI-CT a troca de turno iniciava-se com uma reunião de *briefing* onde era feito um ponto de situação geral sobre cada doente e o serviço como um todo. Em seguida, a transmissão de informação ocorria junto ao doente, permitindo uma interação direta com o ambiente de prestação de cuidados. Para Paredes-Garza (2022) esta prática apresenta diversas vantagens para os profissionais e doentes, como por exemplo a diminuição de distrações, maior precisão na informação transmitida, os doentes são incluidos no processo de recuperação, permite esclarecer dúvidas e aumenta a confiança nos enfermeiros. Também apresenta desvantagens, como por exemplo poder gerar *stress* no enfermeiro, menor liberdade na transmissão de informação e o aumento do tempo da duração do processo de transição de cuidados de enfermagem.

Na sala de emergência a dinâmica de transmissão de informação apresentava caraterísticas semelhantes. Contudo, nas áreas médicas, a elevada quantidade de doentes exigia um esforço cognitivo considerável por parte dos profissionais.

Observou-se que a organização do processo de transmissão de informação na transferência de responsabilidade pelo doente cumpria diversas recomendações descritas na literatura. No entanto, identifiquei que poderiam ser implementadas

melhorias, como a inclusão de ferramentas padronizadas de transmissão de informação. Estas ferramentas, ao sistematizarem o ponto de situação clínica do doente, não só contribuem para a uniformização e clareza na comunicação, como também podem servir de apoio à tomada de decisão, otimizando a eficiência e segurança dos cuidados prestados (Costa *et al.,* 2020; Hashish *et al.,* 2023).

Neste sentido, foi decidido, em parceria com a enfermeira tutora, o enfermeiro gestor e o orientador da Escola de Enfermagem abordar este tema através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura sobre a comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados. Como resultado, foi realizada uma comunicação em forma de póster dirigida à equipa de enfermagem, com o objetivo de responder à questão de investigação: *"Que estratégias de comunicação promovem a segurança do doente na transferência da responsabilidade pelos cuidados entre enfermeiros?"*. Foi entregue uma versão preliminar no serviço (Apêndice 1) que foi revista e reformulada através da otimização da estratégia de pesquisa de literatura (Apêndice 2). Este trabalho teve como objetivo contribuir para a promoção da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados.

No seguimento desta iniciativa, a participação no Fórum de Investigação 2024 *"Investigação em Enfermagem e Inteligência Artificial"*, realizado no dia três de dezembro de 2024 e organizado pela OE, revelou-se uma oportunidade para o desenvolvimento de competências. Este evento permitiu refletir sobre a integração da inteligência artificial na investigação em enfermagem e na formação profissional, bem como na implementação de novas práticas baseadas em evidência. A troca de ideias e a aprendizagem proporcionadas pelo fórum contribuíram para aprofundar conhecimentos e explorar como a inovação tecnológica pode ser aplicada para melhorar a segurança do doente e a eficiência das práticas comunicacionais na transição de cuidados, reforçando a relevância do tema abordado no estágio.

Participei no *webinar "Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados"* no dia 11 de dezembro de 2024, promovido pela OE,

onde se abordou a aplicação da ferramenta ISBAR que pretende aumentar a segurança do doente nos momentos de transmissão de informação e reduzir omissões e erros.

Em suma, as atividades realizadas durante o estágio revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento das competências comuns do EE, particularmente nos domínios da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme descrito no Regulamento nº 140/2019 da OE. A realização da revisão integrativa da literatura sobre a comunicação na transição dos cuidados de enfermagem, bem como a participação ativa em eventos como o IV Encontro Cirentífico – Investigação em Enfermagem e Inteligência Artificial (Anexo 1) e o *webinar* sobre a ferramenta ISBAR (Anexo 2), permitiram não só aprofundar conhecimentos científicos, mas também desenvolver capacidades críticas de investigação, reflexão e disseminação de boas práticas.

Estas atividades alinham-se diretamente com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente promotor da segurança e qualidade, através da implementação de práticas baseadas em evidência e da promoção contínua da formação profissional.

3.3. Conhecer os sistemas de informação

Segundo Nascimento *et al.,* (2021), os sistemas de informação em saúde são fundamentais para uma prestação de cuidados mais eficiente, segura e baseada em evidência. Com a crescente digitalização na área da saúde, estas ferramentas tornaram-se indispensáveis na gestão, planeamento e avaliação dos cuidados prestados. Uma das principais vantagens dos sistemas de informação é a melhoria na comunicação entre os profissionais de saúde. Através dos registos, os enfermeiros têm acesso imediato e atualizado ao processo clínico, facilitando a tomada de decisão informada e a continuidade dos cuidados. Esta interligação

permite uma abordagem integrada, reduzindo o risco e promovendo a segurança do doente.

Além disso, o mesmo autor refere que os sistemas de informação contribuem para uma maior eficiência na gestão de recursos e na documentação dos procedimentos clínicos. A automatização de processos permite aos enfermeiros otimizar a gestão do tempo, concentrando-se noutras intervenções.

Monteiro *et al.* (2022) indicam que os sistemas de informação são uma ferramenta primordial na gestão dos serviços de saúde, assim como na definição de estratégias de ação. Apresenta como uma vantagem a melhoria da comunicação entre profissionais de saude e o doente e família e permite o acesso seguro a informações de saúde em tempo útil e oportuno.

Forde-Johnston *et al.* (2023) referem que a qualidade da comunicação entre o enfermeiro e o doente é influenciada pela utilização de sistemas de informação pelos enfermeiros, existindo frequentemente um conflito entre o uso eficiente destes sistemas e a manutenção de uma comunicação empática e humanizada. Apesar das vantagens inquestionáveis dos registos eletrónicos em termos de organização, segurança dos dados e eficiência na documentação, os autores referem que o foco excessivo no dispositivo digital pode prejudicar a interação presencial e a atenção dedicada à pessoa. Contudo, apontam que alguns enfermeiros conseguem adotar estratégias que permitem equilibrar o uso destas tecnologias com a manutenção de uma comunicação humanizada, como ajustar o posicionamento dos dispositivos, promover o contacto visual frequente e garantir que a interação com o doente prevaleça sobre a tarefa de registo. Assim, é importante ter em atenção este tema e procurar aplicar práticas de comunicação que minimizem os impactos negativos, preservando a qualidade das relações interpessoais e o cuidado centrado no doente.

Durante o período de estágio, foram realizadas diversas atividades relacionadas com a utilização de sistemas de informação, como o registo dos cuidados prestados,

garantindo informação atualizada e acessível a toda a equipa multidisciplinar. Este processo incluiu a inserção de diagnósticos de enfermagem, planos de cuidados, registo de administração de terapêutica. A consulta do processo eletrónico permitiu o acesso a informação clínica atualizada de forma a orientar e otimizar a tomada de decisão.

A utilização dos sistemas de informação mostrou-se fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, garantir a segurança do doente, melhorar a comunicação entre profissionais e permitir uma abordagem mais personalizada e eficaz nos cuidados.

A experiência com os sistemas de informação em saúde foi essencial para a consolidação de competências na gestão da informação clínica, contribuindo para um desenvolvimento profissional alinhado com as exigências tecnológicas da atualidade.

3.4. O cuidado à PSC e família em processos complexos de doença

De acordo com Marques *et al.* (2021), o processo de tomada de decisão requer um elevado nível de análise e raciocínio crítico e deve basear-se na evidência científica mais atual, complementado pela recolha, interpretação e avaliação criteriosa de dados. Como referido anteriormente, o processo de tomada de decisão em cenários de elevada complexidade é uma competência fundamental do EEEMC na área da PSC.

A complexidade e diferenciação da monitorização do doente crítico confere um elevado nível de segurança clínica, cuja análise ajuda na identificação de sinais e sintomas de deterioração clínica. A monitorização diferenciada do doente crítico exige um elevado nível de segurança clínica, que depende da identificação precoce de sinais e sintomas de deterioração e de uma tomada de decisão rápida e baseada em evidência.

Nos contextos de estágio foram identificados oportunamente diferentes focos de instabilidade de diversas tipologias: sinais e sintomas sugestivos de tamponamento cardíaco, identificação de sinais de hipoperfusão (como a diminuição do débito urinário, a hipotensão, o aumento do tempo de preenchimento capilar) ou identificação de arritmias com repercussão hemodinâmica, cuja identificação precoce permitiu dar uma resposta eficiente e antecipada.

Relativamente ao tamponamento cardíaco, Lewinter *et al.* (2021) referem que os sinais e sintomas mais comuns incluem dor torácica e dispneia, além dos descritos na Tríade de Beck - distensão venosa jugular, hipotensão e hipofonese dos sons cardíacos -, bem como pulso paradoxal, taquipneia e taquicardia. A identificação precoce destes sinais e sintomas permite o diagnóstico e uma intervenção oportuna, que neste caso tem como objetivo a descompressão do espaço pericárdico para correção da função e restabelecimento do débito cardíaco.

A monitorização diferenciada desempenha um papel essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência, permitindo ao EEEMC atuar em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE. Através da identificação precoce de focos de instabilidade, torna-se possível intervir em tempo útil, garantindo a segurança e a estabilidade da pessoa em situação crítica. Desta forma, a monitorização contínua e a capacidade de resposta imediata contribuem para a otimização dos cuidados prestados, promovendo a recuperação do doente e reduzindo riscos associados à sua condição clínica(OE, 2017).

A monitorização contínua é uma ferramenta essencial que permite ao enfermeiro vigiar os diversos dispositivos de monitorização dos parâmetros vitais, com o objetivo de identificar potenciais complicações e prevenir a instabilidade.Esta monitorização inclui a avaliação da tensão arterial, a monitorização eletrocardiográfica de cinco derivações, o nível de saturação periférica de oxigénio, a capnografia, a frequência respiratória, a temperatura, o débito urinário, a dor, o

índice bispectral (BIS) e a tecnologia INVOS™, que avalia a qualidade da microcirculação e da oxigenação tecidular cerebral e periférica. No caso do membro inferior, esta tecnologia permite detetar complicações associadas à presença de um cateter femoral.

Durante o estágio, foram identificadas situações de risco de comprometimento hemodinâmico, nomeadamente no pós-operatório imediato e em episódios de urgência. Nestes contextos, a elevação da frequência cardíaca pode resultar de uma depleção de volume ou de um comprometimento da função cardíaca, levando à diminuição da pressão arterial. Estas alterações evidenciam a necessidade de intervenções oportunas para restabelecer o equilíbrio hemodinâmico do doente. Estas intervenções incluem a correção volémica através da administração de soluções parentéricas, bem como o uso de fármacos inotrópicos e vasopressores, consoante a etiologia do comprometimento hemodinâmico.

A monitorização neurológica é um componente essencial na avaliação do doente crítico, permitindo detetar precocemente alterações do estado de consciência e identificar sinais de comprometimento neurológico. A avaliação sistemática do nível de sedação e da função neurológica é fundamental para a tomada de decisão clínica e para a implementação de intervenções adequadas

A avaliação neurológica do estado de consciência e do nível de sedação é realizada através de interpretação de dados clínicos resultantes da avaliação física, como acontece com a utilização da escala de coma de *Glasgow* utilizada em pessoas não sedadas e na utilização da escala de agitação-sedação de *Richmond* (RASS). Para além destas ferramentas a avaliação do estado das pupilas assume uma papel crucial, uma vez que alterações nas pupilas podem ser indicativas de alteração da função neurológica, exigeindo uma resposta clínica imediata.

A escala RASS é uma ferramenta de 10 pontos utilizada para avaliar o nível de consciência e agitação em doentes adultos internados em UCI. Reconhecida pela sua

fiabilidade, esta escala fornece uma abordagem estruturada para monitorizar o estado do doente e orientar a gestão da sedação, permitindo ajustar a terapêutica de forma precisa e segura. A aplicação desta escala em contexto clínico implica uma observação sistemática e rigorosa do doente, permitindo a recolha e registo estruturado da informação clínica relevante. Este procedimento facilita o ajuste adequado da dose de sedação para alcançar os objetivos terapêuticos definidos. Conforme referido por Pinho (2020), estratégias que asseguram o conforto da PSC e proporcionam um nível de sedação ligeira estão associadas a um melhor prognóstico clínico.

Qi *et al*. (2020) destacam que os protocolos de sedação, através de avaliações frequentes com ferramentas específicas, são essenciais para monitorizar continuamente a resposta do doente às alterações nas doses de sedativos. O objetivo principal destes protocolos é manter níveis adequados de sedação, melhorando o conforto e a segurança dos doentes ventilados mecanicamente, através do ajuste constante das taxas de infusão de sedativos. Neste contexto, quando as condições clínicas permitem iniciar o processo de desmame da sedação, é necessário vigiar cuidadosamente a resposta do doente à redução progressiva da dose do sedativo, assegurando um equilíbrio entre segurança, estabilidade clínica e conforto. Paralelamente, é fundamental contextualizar a situação clínica, explicando claramente ao doente as etapas do procedimento, promovendo assim a sua compreensão e colaboração ativa no processo de recuperação.

A ventilação mecânica é um recurso terapêutico de importância central no contexto de prestação de cuidados ao doente crítico. Segundo Rak *et al.* (2020), os cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica prolongada podem ser agrupados em quatro grandes domínios: cuidados relacionados com a ventilação mecânica, mobilização, nutrição e gestão de dor, agitação e delírio.

Foi realizada a gestão da via aérea artificial, prestando os cuidados necessários na otimização da higiene brônquica nos procedimentos de aspiração de secreções,

vigiando e avaliando o estado de adaptação à ventilação. Com o objetivo de otimizar a função respiratória foram garantidos os cuidados para o correto posicionamento no leito. Os protocolos de nutrição foram cumpridos de forma a garantir o adequado aporte nutricional ao doente.

Os enfermeiros desempenham um papel essencial no sucesso do desmame ventilatório, conforme referido por Paquette *et al.* (2024), sendo estes os profissionais que permanecem mais próximos do doente durante este processo. Para além disso, destaca como uma vantagem o conhecimento aprofundado que o enfermeiro tem da condição e evolução clínica do doente.

No processo de desmame ventilatório foram assegurados os cuidados ajustados às necessidades do doente. Este desmame compreendia a transição de modos ventilatórios controlados para assistidos a par com a titulação da sedação com objetivo de acordar o doente para que consiga ser autónomo na ventilação. Após este processo estar assegurado o doente é extubado, cumprindo com os procedimentos instituídos, de forma a assegurar a permeabilidade da via aérea e uma ventilação eficaz.

O controlo hemodinâmico e metabólico, bem como a titulação da sedação, curarização e analgesia, são realizados com recurso a bombas infusoras, permitindo a administração rigorosa de diferentes formulações farmacológicas, tanto por via entérica como parentérica. Esta abordagem assegura uma gestão precisa de protocolos terapêuticos complexos. A implementação e monitorização adequadas destes protocolos, assim como a gestão diferenciada da dor, são indicadores de qualidade dos cuidados especializados prestados pelo EEEMC à PSC (OE, 2017). Para além da execução das prescrições terapêuticas, foram implementadas intervenções específicas e monitorizados os resultados, garantindo o cumprimento dos objetivos terapêuticos.

A avaliação e controlo da dor e do bem-estar da PSC constitui um importante domínio de intervenção. A gestão da dor é realizada através de estratégias farmacológicas incluídas nos protocolos de sedação e analgesia, com base em avaliações contínuas da dor e da sedação. Estas avaliações são efetuadas utilizando a Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale)* e a Escala de Sedação RASS, permitindo monitorizar a evolução e adequação da estratégia implementada. Em complemento foram também aplicadas estratégias não farmacológicas de controlo de dor e promoção de conforto, como posicionamento, crioterapia e massagem corporal.

Estes momentos de estágio revelaram-se ricos em experiências que permitiram a aquisição de competências especializadas na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC. As intervenções não farmacológicas reduzem significativamente a dor, conforme referido por Sandvik *et al.* (2020), atribuíndo resultados clinicamente relevantes às intervenções de hipnose, acupuntura e sons da natureza. Os autores referem ainda a utilização de massagem corporal, musicoterapia, a presença de familiares e distrações como intervenções para o controlo da dor nas UCI.

De acordo com Gillham *et al*. (2023) a patologia do sistema de condução cardíaca representa um risco significativo para os doentes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para minimizar este risco, é comum a colocação de fios de *pacing* epicárdico temporários antes do encerramento do tórax. Este sistema permite a estimulação dos ventrículos, das aurículas ou de ambos, prevenindo arritmias. Além disso, o *pacing* temporário desempenha um papel crucial no controlo da frequência cardíaca, o que contribui significativamente para a melhoria do débito cardíaco, e consequentemente, para a perfusão adequada dos orgãos vitais e estabilidade hemodinâmica.

Durante o estágio, foi possível contactar com dispositivos externos de pacemaker cardíaco, proceder às vigilâncias e executar os cuidados necessários, avaliando a

eficácia do dispositivo através de uma monitorização contínua e rigorosa, garantindo uma gestão eficaz e centrada em cuidados específicos essenciais.

Os cuidados de enfermagem assumem um papel crucial na gestão destes dispositivos, englobando a verificação regular da bateria e das conexões, de forma a assegurar o funcionamento contínuo e seguro do sistema e prevenir desconexões acidentais. Estes cuidados incluem também a vigilância do local de inserção dos fios condutores, garantindo a sua limpeza e integridade, e a realização de cuidados à ferida. Sempre que se manipulam os fios, a utilização de luvas é indispensável para prevenir choques. Quando não estão em uso, os fios devem permanecer cobertos com material isolante, evitando-se o uso de pensos oclusivos, de forma a que se mantenham acessíveis em caso de necessidade urgente.

Paralelamente, deve ser realizada uma vigilância contínua de sinais de infeção, como rubor, edema, dor, exsudado e febre. Complicações como a estimulação dolorosa do diafragma ou da parede torácica podem surgir se os parâmetros forem inadequados ou se os fios estiverem mal posicionados. A monitorização e vigilância contínuas permite a identificação precoce de complicações graves, como arritmias ou tamponamento cardíaco.

Por fim, a observação e o registo dos parâmetros definidos, bem como o acompanhamento da transição do ritmo dependente de pacemaker para ritmo próprio, são fundamentais para garantir uma atuação segura e eficaz

A implementação destes cuidados não só maximiza a eficácia do tratamento, mas também contribui para a obtenção de melhores resultados clínicos, promovendo a segurança e o bem-estar do doente.

Durante o estágio, tive a oportunidade de assistir a uma cirurgia de substituição de válvula aórtica e de porção da artéria aorta ascendente no bloco operatório, com a presença de um perfusionista responsável pela técnica de circulação extracorporal (ECMO). A experiência incluiu a observação detalhada do procedimento cirúrgico,

como a colocação de fios para pacemaker externo bem como a localização e posicionamento específicos dos drenos cirúrgicos.

Esta experiência foi fundamental para o desenvolvimento do raciocínio clínico nos cuidados à PSC, favorecendo a integração de conhecimentos essenciais para o planeamento e a tomada de decisões informadas. A compreensão mais profunda sobre o significado dos dados recolhidos durante a vigilância, como as drenagens ou os cuidados a feridas cirúrgicas, traduziu-se numa maior segurança e qualidade na prestação de cuidados. Permitiu sedimentar conhecimentos sobre o procedimento cirúrgico e melhorar a compreensão da função de cada dispositivo encontrado nos doentes já operados, permitindo uma melhor vigilância e planeamento de cuidados.

Além disso, a experiência foi enriquecedora por possibilitar a observação da dinâmica de trabalho da equipa cirúrgica, desde a preparação até à execução do procedimento, evidenciando a importância da colaboração e da comunicação eficaz em intervenções de alta complexidade.

Nos casos de isquemia miocárdica, em que a perfusão coronária está comprometida, a utilização de um balão intra-aórtico pode ser considerada como uma opção terapêutica para melhorar a perfusão coronária. Como referem Lu e colaboradores (2023), o balão intra-aórtico envolve a inserção de um cateter com balão na aorta descendente, controlado por um dispositivo externo. Durante a diástole, a insuflação do balão eleva a pressão diastólica, promovendo uma melhor circulação coronária. Por outro lado, a desinsuflação do balão antes da sístole reduz a resistência contra o débito sistólico, aumentando assim a oxigenação do miocárdio e diminuindo o consumo de oxigénio ao aliviar a carga de trabalho cardíaco (Lu *et al.,* 2023).

No doente com dispositivo de balão intra-aortico a vigilância contínua é essencial, incluindo a avaliação do eletrocardiograma, dos sinais vitais, dos parâmetros

hemodinâmicos e o do funcionamento do dispositivo, como o *trigger* (sensibilidade do ventilador para reconhecer o início da inspiração, e assim, o esforço respiratório do doente), a frequência e o aumento diastólico. A vigilância da perfusão tecidular periférica deve ser rigorosa e realizada com frequência, permitindo a deteção precoce de sinais de isquemia, como a alteração dos pulsos, da temperatura e da coloração dos membros inferiores. Potenciais complicações, como hemorragias, lesões vasculares, sinais de isquemia, infeções, migração do cateter, rutura do balão, trombocitopenia e síndrome compartimental, devem ser identificadas precocemente para uma intervenção oportuna. Durante o desmame é importante observar a estabilidade hemodinâmica do doente, avaliando sinais de instabilidade cardíaca, como dor torácica, pressão arterial média abaixo de 65 mm/Hg, diminuição do débito urinário e taquicardia. Além disso, a remoção do balão embora sendo um ato médico, deve por parte do enfermeiro suscitar atenção nomeadamente a confirmação da interrupção da terapêutica anticoagulante para garantir a minimização do risco de hemorragias (Queiroz da Silva *et al.*, 2023). Neste contexto, a compressão do local de inserção do introdutor e a vigilância da presença de hemorragia e o estado de perfusão do membro é crucial para evitar complicações, a par com a monitorização e vigilância do estado hemodinâmico do doente.

A complexidade do quadro clínico do doente crítico obriga a uma gestão da relação terapêutica com a PSC e família com necessidade de adaptação das estratégias de comunicação. Os períodos de visita proporcionaram oportunidades de estabelecimento de relação terapêutica com a família, onde foi possível perceber a intervenção do EEEMC na gestão da relação terapêutica, em cumprimento do regulamento de competências específicas do EEEMC na área da PSC.

Dado o *stress* e a preocupação dos doentes e/ou familiares durante um episódio de urgência, os enfermeiros devem possuir competências na área da comunicação interpessoal e gestão da relação terapêutica especificamente na gestão da ansiedade, do medo vivido e dos processos de luto (Regulamento nº 429/2018).

Em comparação com a UCI-CT, na urgência os doentes costumam estar acompanhados de familiares no momento de admissão e acompanham todo o episódio de avaliação e tratamento do processo de doença. Este fator adiciona outros desafios na interação do enfermeiro com a família, exigindo conhecimentos de técnicas de comunicação e habilidades de relação de ajuda.

Esta interação contínua obriga à gestão da informação partilhada, adequando a mesma a cada pessoa/familiar e contexto, por forma a minimizar a ansiedade e o medo vividos no processo agudo da doença.

Perante um caso clínico de um doente com uma dissecção da aorta desde a vertente torácica até às artérias ilíacas, submetido a cirurgia emergente, em que o prognóstico se revelou bastante desfavorável, foi proporcionado à família um período alargado de contacto com o doente, fora do horário habitual de visitas, com o objetivo de facilitar o processo de luto e promover a sua envolvência num momento de grande fragilidade emocional.

Considerando que o serviço opera numa estrutura física em *open space*, sugeri a utilização de biombos para assegurar maior privacidade durante este momento. Paralelamente, foram mobilizadas habilidades de relação de ajuda, fundamentais para apoiar a família no processo de luto e assegurar uma morte digna. Esta atuação encontra-se em consonância com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal das competências comuns do EE, particularmente no que diz respeito à promoção de cuidados que respeitem os direitos humanos, os valores, as crenças espirituais e os costumes dos indivíduos e grupos (Regulamento 140/2019). O respeito por estas dimensões revela-se essencial em contextos de final de vida, contribuindo para uma prática ética e humanizada.

Paralelamente, esta abordagem reflete o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, competências previstas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que permitem ao enfermeiro reconhecer as suas

próprias reações e emoções e geri-las adequadamente na relação com a pessoa e com a família (Regulamento 140/2019). Assim, o cuidado prestado nestes momentos adquire uma dimensão profundamente relacional, promovendo a dignidade do doente e o apoio emocional aos seus familiares.

Le Boterf (2011) destaca a necessidade de existirem profissionais competentes, responsáveis e capazes de gerar confiança, especialmente na área da saúde. Para isso, é essencial criar condições que permitam aos profissionais agir e interagir de forma pertinente, responsável e competente, tendo em consideração as necessidades, prioridades e limitações. Neste contexto, a partilha eficaz de informações clínicas relevantes, resultantes da monitorização e avaliação clínica, assume particular importância, permitindo uma atuação preventiva para evitar o agravamento de complicações. Assim, sublinha a comunicação clara e o trabalho em equipa como fundamentais para assegurar o bem-estar dos doentes, sobretudo em situações complexas de cuidados de saúde.

Em todas as situações descritas, os dados colhidos na monitorização e as impressões clínicas foram analisados e discutidos oportunamente, com o objetivo de prevenir complicações e evitar o agravamento da condição clínica do doente. Neste contexto, o trabalho em equipa revelou-se essencial, assumindo uma relevância decisiva na prestação de cuidados seguros e eficazes.

A comunicação multidisciplinar entre as equipas desempenhou um papel central neste processo, visando otimizar continuamente a segurança na prestação de cuidados à PSC. O EEEMC tem um papel crucial neste domínio, proporcionando cuidados e atenção especializada que contribuem significativamente para alcançar este objetivo. Durante toda a experiência pedagógica do estágio, esta abordagem foi constantemente valorizada e priorizada na prática clínica.

Foi possível compreender e intervir nestes momentos críticos de transição de cuidados e transferência de responsabilidade, reconhecendo-se que uma

abordagem multidisciplinar é imprescindível para garantir suporte adequado das funções vitais, vigilância rigorosa e monitorização contínua da PSC.

Para assegurar a estratégia terapêutica previamente definida em equipa, foram recolhidos, analisados e relacionados diversos dados clínicos, permitindo implementar medidas ajustadas e gerir adequadamente o plano terapêutico, com vista a alcançar os objetivos estabelecidos. Paralelamente, foram adotadas ações específicas para garantir o funcionamento otimizado dos equipamentos de monitorização e tratamento, bem como para a gestão criteriosa dos dispositivos invasivos necessários.

Durante o processo de avaliação de enfermagem houve a preocupação de otimizar os cuidados prestados e os processos terapêuticos implementados, com o objetivo de preservar a estabilidade clínica da PSC, promovendo simultaneamente o seu conforto e bem-estar. Esta abordagem traduziu-se numa prática atenta e proativa, assegurando intervenções oportunas e personalizadas para responder às necessidades da PSC.

Todas estas experiências enriqueceram este momento de estágio e proporcionaram a aquisição de competências especializadas no cuidado à PSC, nomeadamente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, em cumprimento do Regulamento nº 429/2018 (2018).

3.5. A dinâmica da intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe

O EEEMC na área da PSC detém a competência de dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação, conforme o Regulamento n.º 429/2018.

A triagem no SU é realizada com base no protocolo de Triagem de *Manchester*, que estratifica os casos clínicos em cinco categorias de gravidade. Este protocolo garante

uma gestão eficiente das prioridades de atendimento, promovendo a segurança dos doentes no SU (Brutschin *et al.,* 2021).

A triagem de manchester é realizada por enfermeiros, reconhecidos pelos conhecimentos avançados, habilidades técnicas e experiência que o capacitam para gerir os cuidados de forma eficaz, otimizar as respostas da equipa de saúde e assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo Brutschin *et al.* (2021) este método baseia-se na utilização de 52 fluxogramas de apresentação, organizados em função das queixas manifestadas pelo doente. Cada fluxograma conduz à atribuição de um dos cinco níveis de prioridade (emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente, não urgente), definindo assim o tempo máximo aceitável desde a chegada do doente até ao seu primeiro contacto médico. A escolha do fluxograma adequado é determinada essencialmente pela forma como o doente se apresenta aquando da sua chegada ao serviço de urgência, tendo por base as características avaliadas na triagem, como os sinais e sintomas, o histórico clínico, os parâmetros fisiológicos e o mecanismo de lesão, se indicado.

Durante o estágio, foi possível observar a intervenção do enfermeiro triador no início do processo de urgência. Apesar de estar certificado para realizar consultas de triagem segundo este protocolo, e de esta ser uma prática habitual no meu exercício profissional, a experiência revelou-se enriquecedora, permitindo compreender melhor o encaminhamento de vítimas politraumatizadas e os referenciais específicos para as diferentes especialidades médico-cirúrgicas.

A triagem de prioridades é uma estratégia fundamental na gestão do risco clínico, permitindo organizar o atendimento no SU de acordo com a gravidade das situações e assegurar que o tempo disponível é dedicado a quem dele mais necessita (Grupo Português de Triagem, 2011). Suamchaiyaphum *et al.* (2023) reforçam esta

ideia ao afirmar que a triagem é essencial para priorizar o atendimento e fornecer um tratamento adequado, destacando a influência do enfermeiro triador na gestão do fluxo de doentes no SU e a necessidade de os enfermeiros possuirem as competências necessárias para garantir decisões precisas e eficazes.

Segundo o Grupo Português de Triagem (2011) os SU têm por obrigação instituir protocolos designados por vias verdes, de modo a assegurar que o doente é encaminhado para a especialidade/área adequada, de forma a receber o diagnóstico precoce e tratamentos adequados à sua condição clínica. As vias verdes instituídas no SU são a coronária, acidente vascular cerebral (AVC), trauma e sépsis.

Relativamente ao síndrome coronário agudo, Bemposta *et al.* (2024) identificam como objetivo da via verde coronária a diminuição do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento para otimizar a perfusão coronária. O reconhecimento precoce da gravidade clínica é essencial para uma resposta eficaz, e o enfermeiro de triagem desempenha um papel determinante na identificação de sinais críticos e ativação da Via Verde Coronária, onde o tempo de resposta é crucial para preservar a função cardíaca e reduzir a mortalidade. O eletrocardiograma deve ser realizado e interpretado nos primeiros 10 minutos após o contacto com o doente, permitindo uma intervenção rápida e direcionada (Byrne *et al.*, 2023).

Perante um caso de dor torácica em aperto, irradiação para o membro superior, com sudorese e dispneia significativa, foi ativado o protocolo de via verde coronária. Com a realização imediata de ECG de 12 derivações, foram identificadas alterações eletrocardiograficas (elevação do segmento ST), evidenciando a presença de enfarte agudo do miocárdio. O doente foi prontamente referenciado para a unidade de hemodinâmica, para a realização de cateterismo e angioplastia coronária.

A norma n.º 15/2017 da DGS estabelece diretrizes para a identificação e tratamento rápido do AVC, reduzindo o tempo entre o início dos sintomas e a intervenção médica. A via verde AVC reforça a necessidade de intervenção rápida, assegurando

que o lema "tempo é cérebro" seja cumprido na prática clínica. O reconhecimento precoce dos sinais, como afasia ou disartria, assimetria facial e parésia de um membro serve de mote para a ativação da via verde AVC. Deve ser assegurada uma avaliação clínica neurológica imediata e realizados exames complementares de diagnóstico, como uma tomografia cerebral. Se houver confirmação de diagnóstico e existir indicação o doente é submetido a terapêutica fibrinólitica ou procedimento de trombectomia. Foi possível perceber o encaminhamento de situações de instalação de défices neurológicos com alteração da função motora e/ou cognitiva, referenciados para a sala de emergência para avaliação, diagnóstico e tratamento.

Na via verde de trauma (DGS, 2022), a equipa de trauma do SU é responsável pela avaliação inicial e secundária da vítima, assegurando a estabilização do quadro clínico e decidindo a necessidade de transferência assegurando o transporte em articulação com o CODU. A avaliação inicial segue o protocolo ABCDE e deve ser concluída em 20 minutos. Segundo Bruinink *et al.* (2024) o método ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) constitui uma abordagem sistemática essencial para a avaliação imediata e o tratamento de doentes em estado crítico ou vítimas de trauma, sendo aplicável em todas as situações de emergência clínica. Após estabilização, a recolha da história clínica e a realização de um exame físico detalhado deve ser finalizada em 60 minutos, onde é avaliada a necessidade de exames complementares, cirurgia e internamento em unidades de cuidados diferenciados.

A norma via verde sépsis define diretrizes para a identificação e tratamento estruturado da sépsis, assegurando um atendimento rápido e eficaz. O processo de via verde sépsis inclui quatro etapas sequenciais: identificação precoce de caso suspeito, identificação de caso confirmado, implementação dos algoritmos de avaliação e terapeutica básico e avançado. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos de presunção de infeção (alteração de temperatura corporal auricular conjugada com cefaleia, alteração da qualidade da cognição, dispneia e/ou tosse,

dor abdominal ou diarreia, icterícia, sintomas urinários, lombalgia ou sinais inflamatórios cutâneos extensos) e laboratoriais, avaliando sinais de infeção, inflamação sistémica (alteração cognitiva, taquicardia ou polipneia) e gravidade (hiperlactacidemia, hipotensão arterial e hipoxemia). O tratamento deve ser iniciado de imediato, incluindo oxigenação, fluidoterapia, antibioterapia e suporte hemodinâmico, sendo altamente recomendada a administração de antibioterapia na primeira hora após o reconhecimento do quadro clínico da sépsis (DGS, 2017).

Dewitte *et al.*(2022) estabelecem a importância da deteção precoce como um meio de priorizar o tratamento, descrevendo evidência que sugere que a implementação de protocolos e sistemas de alerta precoce (que facilitem a identificação e abordagem estruturada) estão associadas a uma melhoria dos resultados no tratamento do doente com sépsis, incluindo a redução da mortalidade e da falência de orgãos.

Tive oportunidade de conhecer e colaborar na implementação dos diferentes protocolos de via verde, verificar a sua importância na deteção precoce, assim como perceber a intervenção do EEEMC nestas situações, nomeadamente na adequação dos cuidados de enfermagem tendo por base as orientações vigentes. O enfermeiro é normalmente o primeiro elo de contacto com o doente e desta forma o responsável pela identificação de clínica elegível à ativação dos protocolos de via verde, assumindo um papel preponderante no processo de tratamento.

A triagem de Manchester é realizada por enfermeiros, cuja prática se fundamenta em conhecimentos avançados, competências técnicas especializadas e experiência clínica, permitindo-lhes gerir eficazmente os cuidados, otimizar a resposta da equipa de saúde e garantir a segurança e qualidade da assistência prestada (Regulamento n.º 140/2019).

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, particularmente na área da pessoa em situação crítica, assume um papel central na

prestação de cuidados diferenciados a doentes com falência ou risco iminente de falência de funções vitais. A sua atuação é determinante para a identificação precoce de sinais de gravidade, o que tem impacto direto na estabilização do doente, na prevenção de complicações e na promoção de uma recuperação mais eficaz (Suamchaiyaphum *et al.*, 2023).

O papel do enfermeiro de triagem é, assim, essencial para a deteção precoce de condições críticas e para garantir uma resposta célere no serviço de urgência. A competência deste profissional na interpretação de dados clínicos e na antecipação da deterioração do estado de saúde é fundamental para uma tomada de decisão assertiva e segura. A qualidade da triagem depende da sua capacidade de integrar dados objetivos e subjetivos numa avaliação clínica rigorosa, utilizando o julgamento clínico para identificar padrões de gravidade, estabelecer prioridades e alocar recursos de forma eficaz (Suamchaiyaphum *et al.*, 2023).

O enfermeiro de triagem é uma peça-chave nos protocolos de deteção rápida e encaminhamento adequado de doentes críticos (Oh *et al.*, 2024). A especialização em enfermagem médico-cirúrgica confere competências diferenciadas, reforçando a capacidade de atuação em contextos de elevada exigência clínica.

Aliar a experiência profissional na área da triagem à experiência decorrente do estágio num SU com elevado nível de diferenciação foi uma mais-valia na medida que permitiu acompanhar a organização do processo de referenciação para os diferentes setores do serviço e aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica operacional da triagem, a sua relevância e o impacto que imprime na garantia de um atendimento eficiente, oportuno e centrado nas necessidades dos doentes.

A sala de emergência do SU distingue-se pelas suas caraterísticas únicas, centrando a atenção no doente crítico. A diversidade de casos clínicos presentes neste contexto proporciona contacto com situações em que a definição de prioridades de atuação é essencial. Nestes cenários, a utilização da mnemónica ABCDE revela-se uma

ferramenta fundamental para estruturar o raciocínio e que sustenta a tomada de decisão clínica. A realização da avaliação clínica através desta abordagem permitiu perceber o impacto que a utilização desta ferramenta tem na gestão clínica dos casos emergentes.

O método pode ser implementado tanto em contextos pré-hospitalares, sem necessidade de equipamento, como em serviços de emergência ou unidades de cuidados intensivos. Os seus principais objetivos incluem a prestação de cuidados emergentes, a gestão pragmática de situações de emergência, o funcionamento como um algoritmo de avaliação e intervenção, a realização de pontos de situação entre profissionais de saúde, a definição de diagnóstico e implementação de tratamento em tempo oportuno.

O método ABCDE destaca-se como uma ferramenta indispensável na gestão inicial de emergências médicas e cirúrgicas, permitindo avaliar a gravidade da condição do doente e priorizar as intervenções clínicas. A disseminação do conhecimento e das competências associadas a esta abordagem tem o potencial de otimizar a eficácia do trabalho em equipa e, consequentemente, de melhorar significativamente os resultados (Bruinink *et al*, 2024).

Foi possível estabelecer contacto com diversos casos de trauma referenciados pelos meios de emergência pré-hospitalar, incluindo acidentes rodoviários envolvendo vítimas em coma devido a trauma grave, amputações parciais de membros com potencial para reconstrução, aneurismas da aorta abdominal em rutura e situações enquadradas nos diferentes protocolos de via verde instituídos. Esta experiência permitiu compreender os desafios associados à definição de prioridades de atuação, colaborar na gestão da comunicação de informações entre os membros da equipa multidisciplinar e perceber o papel e as responsabilidades específicas de cada elemento da equipa.

A oportunidade de lidar com casos de paragem cardiorrespiratória, arritmias, síndromes coronários agudos, alterações do estado de consciência e acidentes vasculares cerebrais proporcionou uma experiência abrangente de situações críticas.

3.6. A prevenção e controlo de infeção

O controlo e a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e da Resistência aos Antimicrobianos (RAM) são áreas prioritárias no âmbito da segurança do doente e da qualidade dos cuidados de saúde (Despacho n.º 10901/2022, 2022). As IACS, que incluem infeções adquiridas pelos doentes durante a prestação de cuidados e procedimentos de saúde, podem também afetar os profissionais de saúde no exercício das suas funções. Assim, a comunicação e articulação eficazes entre as diferentes unidades de saúde são fundamentais para identificar, prevenir e minimizar o risco de infeção cruzada.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), conforme definido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e atualizado pelo Despacho nº 10901/2022, tem como principais objetivos reduzir a incidência de IACS, promover o uso responsável e criterioso de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência adquirida. Para alcançar estas metas, é essencial a formação contínua dos profissionais de saúde, bem como a implementação e monitorização de práticas eficazes de controlo de infeções.

Adicionalmente, a Norma nº 29/2012 da DGS, atualizada em 2013, define 10 precauções básicas do controlo da infeção, que constituem orientações essenciais para prevenir a transmissão cruzada de infeções, independentemente de serem provenientes de fontes conhecidas ou desconhecidas. Estas medidas integram a base de uma abordagem sistemática e consistente para melhorar a segurança nos cuidados e garantir a eficácia dos esforços de prevenção e controlo.

O Regulamento nº 429/2018 que define as competências do EEEMC na área da PSC, menciona que este deve, de forma adequada e oportuna, otimizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. É também essencial que todos os demais profissionais envolvidos possuam um conhecimento sólido das normas de prevenção e controlo da infeção.

Estas práticas foram complementadas pela monitorização, registo e avaliação das medidas implementadas, permitindo identificar áreas de melhoria e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados. O EEEMC na área da PSC tem por competência a participação na definição e implementação das estratégias de prevenção e controlo de infeção, no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos requeridos face às vias de transmissão na PSC e na capacitação das equipas na prevenção e no controlo de infeção associado aos cuidados à PSC (OE, 2017). Neste sentido, face ao risco acrescido associado à complexidade das intervenções invasivas de vigilância, diagnóstico e tratamento, participei ativamente na definição e implementação de estratégias de controlo de infeção. Estas estratégias incluíram a identificação precoce de focos de colonização e infeção, através do rastreio sistemático de doentes internados e com indicação para internamento, bem como a gestão rigorosa de doentes com risco imunológico, como é o caso dos transplantados, com o objetivo de minimizar o risco de infeção e otimizar a eficácia terapêutica.

As equipas de profissionais foram supervisionadas no cumprimento rigoroso dos protocolos institucionais e alvo de intervenções individualizadas, promovendo a melhoria contínua do desempenho. Neste contexto, o EEEMC na área da PSC era reconhecido como elemento de referência para consulta no suporte à decisão em situações complexas relacionadas com a prevenção e controlo de infeção.

Durante o estágio, foi possível adquirir e demonstrar competências essenciais na área da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. O conhecimento do PPCIRA, bem como das diretrizes emanadas pelas Comissões de

Controlo de Infeção (CCI), orientou a minha prática clínica, garantindo uma abordagem baseada em evidência e alinhada com as normas instituídas.

A promoção de boas práticas, como a aplicação rigorosa de protocolos de assépsia e o uso racional de antimicrobianos são aspetos que o EEEMC deve ter em particular atenção para a prevenção da infecção na PSC (OE, 2017).

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) desempenha um papel fundamental na prevenção da transmissão de infeções, constituindo uma preocupação constante dos enfermeiros. Na UCI-CT, além do uso criterioso de EPI, estão disponíveis unidades equipadas para assegurar o isolamento de doentes infetados ou com risco imunológico, reforçando a proteção tanto para os profissionais como para os próprios doentes. Tive a oportunidade de observar a implementação das medidas de prevenção de infeções, nomeadamente a instituição de medidas de isolamento e uso de EPI nas dinâmicas de prestação de cuidados ao doente crítico na sala de emergência. Esta experiência permitiu refletir sobre potenciais comportamentos de risco de transmissão de infeção e da importância da aplicação rigorosa destas práticas na salvaguarda da segurança dos doentes e dos profissionais de saúde.

A prática clínica especializada em EMC na área da PSC requer do enfermeiro especialista uma responsabilidade acrescida no que respeita à promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Neste âmbito, as auditorias clínicas desempenham um papel determinante, permitindo uma avaliação sistemática e rigorosa das práticas implementadas, identificando situações críticas e promovendo a adoção de medidas corretivas Esta abordagem encontra suporte no Regulamento das competências comuns do EE da OE, onde se reforça a necessidade de uma constante avaliação e monitorização da qualidade dos cuidados prestados, como mecanismo de garantia da segurança do doente e melhoria contínua dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Adicionalmente, de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados da OE, compete ao EEEMC na área da PSC assegurar a vigilância e monitorização da prestação de cuidados, particularmente as relacionadas com a prevenção e controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde. Esta responsabilidade envolve também a supervisão permanente do cumprimento das recomendações institucionais, promovendo uma cultura de segurança e capacitando os profissionais da equipa através de intervenções formativas específicas (OE, 2017).

Neste contexto, o EE deve actuar como promotor ativo da prevenção e controlo da infeção, assegurando a adoção rigorosa de medidas eficazes de prevenção e gestão do risco. É sua função sensibilizar e capacitar as equipas multidisciplinares através de práticas clínicas fundamentadas, desempenhando um papel central na promoção e reforço contínuo de comportamentos adequados.

As auditorias clínicas apresentam-se, assim, como um instrumento indispensável para a monitorização efetiva das práticas clínicas e identificação de riscos. Através desta metodologia é possível reconhecer precocemente áreas críticas, promovendo a correção e a melhoria contínua que, por sua vez, favorece a segurança e a qualidade dos cuidados, em linha com a recomendação da OE da utilização de metodologias de organização dos cuidados promotoras da qualidade.

Neste sentido, o EEEMC na área da PSC assume uma posição-chave enquanto líder, supervisor e agente promotor da mudança nas equipas, garantindo uma prática segura, ética e responsável, que promove ativamente a prevenção de infeções e assegura elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados.

4. COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A segurança na prestação de cuidados de saúde é uma prioridade dos profissionais e uma comunicação eficaz é fundamental para a sua garantia. Barker (2011) refere-se à comunicação como o ato de transmitir e receber informação.

A comunicação eficaz é indispensável em todas as fases do ciclo de cuidados, sendo crucial nos momentos de transição de cuidados, como na transferência de responsabilidade ou na partilha de informações entre os diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 9390/2021).

Segundo Cho e colaboradores (2021) a transição de cuidados de enfermagem é um processo de transferência de informações específicas do doente de um enfermeiro para outro, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados. Dados da DGS (2017) indicam que as transições de cuidados entre enfermeiros são consideradas momentos de alto risco para o doente. A maior causa de eventos adversos na saúde são as falhas na comunicação, com cerca de 70% a ocorrer entre profissionais de saúde, sendo as mais comuns as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades.

Uma transição segura de cuidados baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz assegurando que a informação seja precisa e oportuna, que promova a redução de erros, evitando lacunas que possam ter impacto negativo no tratamento. Deste modo, a implementação de estratégias para a melhoria da comunicação contribui para a melhoria do processo de tomada de decisão e para a diminuição do tempo na transferência de informação (DGS, 2017).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como finalidade reforçar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, garantindo o cumprimento dos princípios fundamentais da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação eficaz e a aplicação contínua de práticas seguras em contextos de crescente complexidade. Contempla cinco pilares com objetivos estratégicos, sendo o pilar três referente à comunicação, tendo como objetivos estratégicos "*otimizar a comunicação intra e interinstitucional*" e "*melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados*" (Despacho n.º 9390/2021).

Neste sentido, como foi referido anteriormente, identificou-se a necessidade formativa da equipa de enfermagem na área da comunicação relacionada com a transição de cuidados no doente crítico. Assim, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (Apêndice 3) para responder à questão de investigação: *"Que estratégias de comunicação promovem a segurança do doente na transição de cuidados de enfermagem?"*, com os objetivos de identificar os principais modelos e ferramentas de comunicação utilizados na transferência da responsabilidade pelos cuidados, as medidas que contribuem para a melhoria de qualidade e os desafios do processo de transmissão de informação.

Esta revisão de literatura foi apresentada sob a forma de póster no VIII Fórum das Especialidades (Apêndice 4), com o comprovativo de participação no anexo 3 e comprovativo de apresentação do poster no anexo 4, tendo o objetivo de promover a disseminação do conhecimento e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem no doente crítico. A apresentação permitiu partilhar os principais resultados da investigação, destacar estratégias baseadas na evidência para melhorar a segurança do doente e fomentar a discussão interdisciplinar sobre boas práticas na transmissão de informação clínica. Além disso, esta iniciativa contribuíu para a reflexão crítica sobre desafios existentes e reforçou a necessidade de implementação de estratégias de melhoria que garantam a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Com a realização desta pesquisa confirmou-se que a comunicação inadequada na transição de cuidados compromete a segurança do doente, aumentando o risco de eventos adversos, destacando a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados para a segurança do doente Barreiras como falta de padronização, omissão de informação e comunicação unilateral destacam a necessidade de estratégias eficazes. Neste contexto, a implementação de ferramentas padronizadas, o uso de *checklists*, a formação em comunicação e a colaboração multidisciplinar são essenciais para garantir a continuidade dos cuidados.

A relevância desta investigação estende-se ainda à necessidade de monitorização contínua e adaptação das estratégias de comunicação ao contexto clínico, reforçando a importância da pesquisa contínua para otimizar práticas. Estudos futuros devem aprofundar a relação entre comunicação estruturada e segurança do doente, contribuindo para a disseminação de conhecimento e a melhoria contínua da prática clínica.

A disseminação do conhecimento desempenha um papel fundamental na melhoria contínua da prática clínica, tendo esta investigação contribuído para identificar estratégias eficazes para a comunicação entre enfermeiros. A apresentação dos resultados em eventos científicos, como o VIII Fórum das Especialidades, promoveu a partilha de boas práticas e incentivou a adoção de abordagens baseadas em evidência.

A realização desta pesquisa permitiu consolidar competências em investigação, pesquisa de evidência científica e apropriação do conhecimento, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional e científico. O processo de revisão da literatura, análise crítica da informação e disseminação dos resultados permitiu aprofundar a compreensão sobre estratégias eficazes de comunicação entre enfermeiros e sua relevância direta na segurança do doente. Desta forma, tornou-se evidente a importância da investigação contínua como um elemento essencial na melhoria da prática clínica, reforçando a necessidade de promover a

aplicação sistemática de conhecimentos atualizados e sustentados na melhor evidência disponível, com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

CONCLUSÃO

O presente relatório reflete o percurso de desenvolvimento de competências adquiridas no contexto de estágio, evidenciando a evolução profissional e académica no âmbito do Curso de Mestrado em EEEMC na área da PSC.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica representa um desafio que exige competências especializadas e decisões rápidas, em contextos de elevada complexidade. O EEEMC na área da PSC deve mobilizar conhecimentos avançados, experiência clínica e um raciocínio crítico apurado para assegurar uma intervenção eficaz e segura. A aprendizagem adquirida ao longo do estágio permitiu o fortalecimento dessas competências, contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados e para um desempenho profissional mais seguro e fundamentado.

O percurso desenvolvido ao longo deste estágio foi fundamental para a consolidação das competências especializadas em EEEMC na área da PSC. A experiência clínica permitiu a integração de conhecimentos teóricos e práticos em ambientes exigentes, promovendo uma aprendizagem baseada na evidência científica, na reflexão sobre a prática e no contacto direto com situações complexas.

A experiência adquirida durante o estágio revelou-se essencial para o desenvolvimento de uma abordagem mais estruturada e eficaz na prestação de cuidados à PSC. A capacidade de antecipação de complicações, a tomada de decisão rápida e fundamentada e a colaboração multidisciplinar foram aspetos que se destacaram ao longo deste percurso. A complexidade das situações vivenciadas reforçou a importância da gestão do risco clínico e da implementação de boas

práticas de segurança, nomeadamente na monitorização contínua e na comunicação estruturada entre equipas.

Os contextos diferenciados proporcionados pelo estágio na UCI e no SU permitiram adquirir uma visão abrangente sobre as diferentes fases da prestação de cuidados à pessoa em estado crítico, desde a admissão em contexto emergente até à estabilização e vigilância em unidades altamente diferenciadas.

Pelo envolvimento ativo na gestão e organização dos cuidados, ficou clara a importância do papel do EE na garantia da qualidade e da eficiência dos cuidados de enfermagem. A prática profissional futura será, assim, sustentada por uma abordagem mais analítica, reflexiva, baseada na evidência e focada na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Como contributos realizados para a melhoria dos cuidados, foi realizada uma revisão da literatura com a apresentação de comunicação à equipa e subsequente apresentação no VIII Fórum das Especialidades, identificando áreas para melhoria na transmissão de informação na transição de cuidados. A participação em formações e eventos científicos também demonstram precoupação com a formação contínua e a atualização de conhecimentos baseados na evidência.

A aprendizagem decorrente deste estágio foi enriquecedora e permitiu uma evolução significativa a nível clínico, técnico, científico e humano. O contacto com diferentes realidades assistenciais proporcionou uma compreensão mais profunda das necessidades da pessoa em situação crítica e dos desafios inerentes à sua recuperação.

A metodologia de ensino adotada, baseada numa abordagem crítico-reflexiva, foi essencial para o desenvolvimento de competências avançadas e para a aquisição de um maior nível de autonomia na prática profissional. A supervisão e o acompanhamento por enfermeiros especialistas contribuíram para um crescimento

sustentado, permitindo um olhar crítico sobre a prática e incentivando a procura de soluções baseadas na evidência.

Por sua vez, o acompanhamento e suporte obtidos através das orientações tutoriais e os temas desenvolvidos nos seminários guiaram o processo pedagógico e permitiram ultrapassar os desafios adjacentes à aquisição de novas competências e conhecimentos especializados.

Ao longo do percurso, foram superadas diversas dificuldades, nomeadamente a adaptação a ambientes clínicos distintos, a gestão da pressão associada a decisões de elevada complexidade e a necessidade de comunicação eficaz em cenários críticos. Estas experiências foram fundamentais para fortalecer a resiliência profissional e para consolidar a confiança nas competências adquiridas.

De um ponto de vista global, este estágio foi um processo transformador, onde cada desafio se traduziu numa oportunidade de aprendizagem. A reflexão contínua sobre as experiências vivenciadas permitiu não só consolidar conhecimentos, mas também estimular o desenvolvimento de um pensamento crítico e proativo, essencial para a prática avançada em enfermagem.

O planeamento do estágio contemplava um conjunto de objetivos específicos que foram amplamente cumpridos ao longo do estágio. Os objetivos propostos incidiram nos domínios das competências comuns do EE e nas competências específicas do EEEMC na área da PSC. A definição de objetivos claros, aliada a uma planeamento estruturado, foi essencial para orientar o percurso formativo e garantir um estágio alinhado com os padrões de qualidade dos cuidados especializados definidos pela OE.

Foi possível desenvolver competências especializadas na monitorização, gestão terapêutica e apoio à pessoa em estado crítico. O envolvimento da família no processo de cuidados foi também uma prioridade, promovendo uma abordagem holística e humanizada.

A participação ativa em contextos de emergência e urgência permitiu adquirir competências diferenciadas na gestão de situações críticas. A experiência na sala de emergência do SU foi particularmente relevante para o desenvolvimento de capacidades de resposta rápida e eficaz a eventos súbitos e imprevisíveis.

A aquisição de competências na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e na resistência a antimicrobianos foi reforçada através da implementação de boas práticas no contexto hospitalar. O cumprimento rigoroso das normas e protocolos institucionais permitiu consolidar conhecimentos essenciais para a segurança do doente.

A observação e participação nos processos de organização do trabalho e de gestão de recursos no contexto clínico permitiram compreender melhor o papel do enfermeiro especialista na otimização da resposta da equipa de saúde. Foi possível identificar estratégias de liderança e gestão que poderão ser aplicadas na futura prática profissional.

Foi importante perceber a eficiência do sistema informático de gestão do processo clínico, logística e dos fluxos de trabalho na atividade do SU, na capacidade de integração da informação e na otimização de todo o processo de urgência do doente, facilitando a organização e a tomada de decisão no SU. O uso desta ferramenta de gestão do processo clínico reforçou a importância dos sistemas de informação na prestação de cuidados, permitindo uma prática baseada em dados estruturados e contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional enquanto EEEMC.

Também foram adquiridas competências na área da investigação com contributos para a produção e disseminação de conhecimento científico.

Em síntese, considero que os objetivos delineados no planeamento do estágio foram atingidos, contribuindo para o fortalecimento da minha identidade profissional

enquanto enfermeiro. A experiência adquirida será determinante para o desempenho futuro, na constante busca pela excelência na prestação de cuidados.

O contacto com situações de instabilidade clínica, assim como a experiência na gestão de tecnologias e dispositivos avançados, com a compreensão dos protocolos terapêuticos complexos, são aspetos que consolidaram conhecimentos essenciais. Estas situações permitiram desenvolver processos de tomada de decisão mais rápidos e fundamentados no cuidado à PSC. A diferenciação dos locais de estágio permitiu experiências enriquecedores para a humanização dos cuidados, na relação terapêutica com o doente e a família em situações complexas de doença com uma elevada carga emocional, estruturantes para a minha futura prática profissional garantindo uma intervenção mais eficaz, empática e personalizada.

Consciente da necessidade contínua de atualização de conhecimentos para garantir a qualidade e segurança dos cuidados, este percurso formativo foi determinante para a construção de competências para a prestação de cuidados especializados, a par com a melhoria da capacidade de raciocínio clínico que define o processo de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos*. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf

Barker, A. (2011). *Improve your communication skills*. Disponível em https://ia804507.us.archive.org/2/items/EffectiveCommunicationSkillsForEngineers/Improve%20Your%20Communication%20Skills%20Revised%202nd%20Edition.pdf

Bemposta, M,. *et al.,* (2024). *Activation of via verde coronária in an emergency room in northern Portugal: A descriptive study*. Journal of Nursing, 6, 3. https://doi.org/10.12707/RVI23.66.31282

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

Byrne, Robert *et al.* (2023). *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes.* European Heart Journal, Vol. 44, Issue 38, 3720-3826. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191

Bruinink, L.J., *et al.,* (2024). *The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. Resusc Plus*. https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763

Brutschin, V., *et al.,* (2021). *The presentational flow chart "unwell adult" of the Manchester Triage System—Curse or blessing?* https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252730

Cho, Insook & Kim, Eun. (2021). *A topic modeling analysis of nursing handoff studies.* https://doi.org/10.3233/SHTI210658

Costa, Jéssika W.S., *et al.,* (2020). *Barriers ans strategies in the nursing handover of critically ill patients: integrative review.* Online Braziian Journal of Nursing 24. Disponível em: https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206204

Despacho nº 9390/2021. (2021, 24 de setembro). *Diário da República: II Série, nº 187/2021, pp. 96-103.* Lisboa.

Despacho nº 10901/2022. (2022, 8 de setembro). *Diário da República: II Série, nº 174/2022, pp. 93-99.* Lisboa.

Despacho nº 10319/2014. (2014, 11 de agosto). *Diário da República: II Série, nº 153/2014, pp. 20673-20678.* Lisboa.

Despacho Normativo nº 11/2022. (2022, 6 de março). *Diário da República: I-B Série, nº 167/2022, pp. 1865-1866.* Lisboa.

Dewitte, K., *et al.,* (2022). *Audit of a computerized version of the Manchester triage system and a SIRS-based system for the detection of sepsis at triage in the emergency department*. Int J Emerg Med 15, 67. https://doi.org/10.1186/s12245-022-00472-y

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma nº 29/2012 (29 de dezembro). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Norma nº 10/2016 (30 de setembro). Via Verde Sépsis no Adulto*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 (8 de fevereiro). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma nº 12/2022 (18 de novembro). Via Verde do Trauma no Adulto*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma nº 15/2017 (13 de julho). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Lisboa.

Forde-Johnston, *et al.*, (2023). *An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (EHR) on the quality of nurse patient interactions and communication. Journal of Advanced Nursing*, *79*, 48‑67. https://doi.org/10.1111/jan.15484

Gillham, M.J., & Barr, T.M. (2023). *Temporary epicardial pacing after cardiac surgery. BJA Education. Vol. 23. Pp 337-349.* Disponível em https://www.bjaed.org/article/S2058-5349(23)00076-8/fulltext

Grupo Português da Triagem. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes*. Disponível em https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf

Hashish, E., Asiri, A.A. & Alnajjar, Y.K. (2023). *Shift handover quality in Saudi critical care units: determinants from nurses' perspectives*. *BMC Nurs* 22, 186. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01348-z

Holle, MN; Karakashian, AL (2022). *Burnout in Critical Care Nursing Staff.* Armenian American Medical Society of California. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=cf02106e-4170-3554-bcf7-5df5bf0380c0

Le Boterf, Guy. (2011). *Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable*. Disponível em https://www.usherbrooke.ca/ssf/fileadmin/sites/ssf/Perspectives_SSF/article_entretien_Guy_Le_Boterf_sur_professionnalisation.pdf

Lei nº 27/2006. (2006, 3 de julho). *Diário da República: I Série, nº 126/2006, pp. 4696-4706.*

Lewinter, M. M., Cremer, P. C., & Klein, A. L. (2021). *Pericardial Diseases*. In *Braunwald's Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine: 2 Vol Set, 12th Edition*. Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-72219-3.00086-4

Lourenço, I. L., *et al.*, (2022). *A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura*. Gestão E Desenvolvimento, 30. https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696

Lu, L., Zhang, S., & Zhao, X. (2023). *Discrepancy between two invasive blood pressure measurements in patients receiving intra-aortic balloon pump therapy. BMC Cardiovascular Disorders.* https://doi.org/10.1186/s12872-023-03479-2

Marques, F., Pinheiro, M., & Alves, P. (2021). *O julgamento clínico e a tomada de decisão nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(7). https://www.scielo.br/j/csc/a/8mbGvV8QXzj8rD6G9pLTGxw/?format=pdf&lang=pt

Monteiro, A., *et al.*, (2022). *Vantagens de um sistema de informação partilhado em enfermagem – revisão da literatura.* http://doi.org/10.29352/mill0210e.25290

Nascimento, T., *et al.*, (2021). *Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2).

Oh, WO, & Jung, M. (2024) *Triage—clinical reasoning on emergency nursing competency: multiple linear mediation effect*. *BMC Nurs* 23, 274. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01919-8

Ordem dos Enfermeiros – Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria.

Paiva, José, *et al.,* (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*.

Paquette, L., & Kilpatrick, K. (2024). *Optimizing the role of nurses in critical care in weaning patients from the ventilator: A multiple-case study*. The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 35(3), 8–18. https://doi.org/10.5737/23688653-3538

Pinho, Jose Antonio (coord.). 2020. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel-Edicoes Tecnicas Lda.

Qi, Zhidong *et al.* (2020). *Effects of nurse-led sedation protocols on mechanically ventilated intensive care adults: A systematic review and meta-analysis.* Australian Critical Care, Volume 34, Issue 3, 278 – 286. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.07.013

Queiroz da Silva, S. F., *et al.,* (2023). *Nursing care of critically ill patients with intra-aortic balloon pumps: a scoping review*. *British Journal of Cardiac Nursing*. https://doi.org/10.12968/bjca.2022.0101

Rak, Kimberly, *et al.,* (2020) *Effective care practices in patients receiving prolonged mechanical ventilation: an ethnographic study*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 201(7), 823-831. https://doi.org/10.1164/rccm.201910-2006OC

Rede de Referenciação de Medicina Intensiva. (2016). Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação. (2016). *Cirurgia cardiotorácica*. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RNEHR_Cirurgia-Cardiotoracica.pdf

Regulamento nº 140/2019. (2019, 6 de fevereiro). *Diário da República: II Série, nº 26/2019, pp. 4744-4750.*

Regulamento nº 429/2018. (2018, 16 de julho). *Diário da República: II Série, nº 135/2018, pp. 19359-19370.*

Regulamento nº 705/2021. (2021, 27 de julho). *Diário da República: II Série, nº 144/2021, pp. 122-129.*

Regulamento nº 743/2019. (2019, 25 de setembro). *Diário da República: II Série, nº 184/2019, pp. 128-155.*

Sandvik, K., *et al.,* (2020). *Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: a scoping review*. J Clin Nus. 29:1488-1498. https://doi.org/10.1111/jocn.15194

Santos, A., *et al.*, (2022) *A Influência dos estilos de liderança em Enfermagem na dinâmica da equipa: uma revisão sistemática.* https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213

Suamchaiyaphum, K., *et al.,* (2023). *Triage accuracy of emergency nurses: na evidence-based review*. Triage Decisions, 50, 4. https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.10.001

Witczak, I., *et al.*, (2021). *Rationing of nursing care and patient safety.* https://doi.or/10.3389/fpsyg.2021.676970

Zhidong Qi, *et al.,* (2020*) Effects of nurse-led sedation protocols on mechanically ventilated intensive care adults: A systematic review and meta-analysis*. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.07.013

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Póster: A comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados

A Comunicação entre Enfermeiros na Transição de Cuidados

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

Nuno Cardoso, MSc student,RN[1];
Rúben Encarnação, PhD Student, MSc,RN[1]

[1]Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem – Porto

Introdução

Uma das preocupações mais prementes das organizações e instituições de saúde é a manutenção da segurança na prestação de cuidados, traduzida no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que assume a comunicação efetiva como essencial na transmissão de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados [(1)].

As transições de cuidados entre enfermeiros são considerados momentos vulneráveis de alto risco para o doente, com uma marcada exigência de competência de comunicação. As falhas de comunicação são a maior causa de eventos adversos na saúde. Uma transição segura de cuidados baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz assegurando que a informação seja precisa e oportuna de forma a que promova a redução de erros e evitando lacunas que possam ter impacto negativo no tratamento. Deste modo a implementação de estratégias de melhoria da comunicação, como as ferramentas padronizadas de comunicação, contribuem para a melhoria do processo de tomada de decisão, para o pensamento crítico e para a diminuição do tempo na transferência de informação [(2)].

Considerando as premissas acima e assumindo que a comunicação entre enfermeiros desempenha um papel fundamental na segurança da prestação de cuidados foi efetuada uma pesquisa que teve como intenção dar resposta à questão: "Que estratégias de comunicação promovem a segurança do doente na transição da responsabilidade dos cuidados entre enfermeiros?"

Fonte: https://www.myamericannurse.com/standardizing-handoff-communication/

Objetivos

- Identificar os principais modelos e ferramentas de comunicação utilizados na transição da responsabilidade pelos cuidados;
- Perceber que medidas podem contribuir para a melhoria da qualidade deste processo;
- Identificar as barreiras e os desafios do processo de transmissão de informação na transição de responsabilidade de cuidados e que estratégias facilitadoras podem ser implementadas para a sua mitigação;
- Contribuir com recomendações para a melhoria do processo de transmissão de informação entre enfermeiros na transição de responsabilidade pelos cuidados.

Método

Foi realizada uma pesquisa de literatura cinzenta e de artigos na base de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Academic Search Complete, Academic Search Index, Emerald Insight e Diretory of Open Access Journals. Desta pesquisa, utilizando a frase boleana - ((nurs* AND communication AND patient handoff AND continuity of patient care AND patient safety) NOT child* NOT animals NOT pregnan* NOT medical staff NOT surgery) - resultou um total de 78 artigos, dos quais foram escolhidos 16 após leitura de titulo e resumo. Foram analisados mais dois documentos resultantes de pesquisa de literatura cinzenta.

Resultados

Ferramentas padronizadas (SBAR/ISBAR):

• Um estudo observacional descreve que a maioria dos enfermeiros concorda que a ferramenta ISBAR é fundamental para a promoção da segurança da prestação de cuidados [(3)];

• Uma das revisões de literatura sobre a ferramenta SBAR conclui que a sua correta utilização tem impacto no controlo de risco por permitir uma sistematização mais completa e estruturada da informação. Defende também que este tipo de ferramentas padronizadas agilizam a troca de informação fornecendo aos profissionais a possibilidade de uso de um modelo estruturado de comunicação que transmite maior confiança aos enfermeiros para lidar com a constante variabilidade dos contextos clínicos [(6)];

• Uma das revisões de literatura consultada assume que o uso de ferramentas padronizadas com informação estruturada diminuem o risco de ocorrência de eventos adversos e melhoram a qualidade dos cuidados [(12)] e, segundo outra, tem efeito positivo na mitigação de erros de comunicação [(16)];

• Um estudo quase-experimental refere que para além da melhoria da segurança da prestação de cuidados, esta ferramenta contribui para a redução do número de interrupções e para a melhoria das competências de comunicação clínica [(18)];

• É destacada a importância da implementação de ferramentas padronizadas na transmissão de informação na transmissão de responsabilidade pelos cuidados [(13)];

• Está descrito que a implementação da metodologia ISBAR, a par com outras intervenções, teve um efeito positivo na adesão dos enfermeiros a processos de boas práticas de comunicação na transferência de informação, com resultados na redução de eventos adversos como quedas, ulceras por pressão e erros de medicação [(4)].

Transmissão de informação junto do doente:

• Um estudo misto aponta que a transmissão de informação junto do doente é uma medida positiva na melhoria da eficácia da comunicação contribuindo para a redução de risco [(14)];

• Malfait, S. (2020) descreve que não encontrou evidência que esta medida tem efeitos na melhoria de resultados clínicos incluídos no estudo [(15)]. Contudo o mesmo autor afirma que se trata de uma medida segura e que promove a participação e o envolvimento do doente na prestação de cuidados;

Investigação e treino de comunicação:

• Vários dos estudos analisados indicam que existe necessidade de formação das equipas sobre as recomendações e protocolos de comunicação eficaz na transição de cuidados [(3; 5; 7; 11; 12)];

• Existem evidências que a formação tem efeito positivo na adesão dos enfermeiros às recomendações de boas praticas de comunicação [(4)];

• Um autor desenvolveu uma escala para avaliar as competências de comunicação na transmissão de informação entre enfermeiros durante a troca de turno. A escala é considerada válida e consistente, existindo consenso sobre a recomendação do uso de escalas com este propósito. Estas escalas podem também ser úteis para identificar necessidades de formação nesta área [(5)].

Barreiras e fatores influenciadores:

• Um estudo quase experimental reporta que as barreiras à comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados incluem a variabilidade do conteúdo da informação e do procedimento, incertezas sobre a partilha de informação sensível, inconsistências na clarificação de dúvidas durante o processo, envolvimento parcial do doente, desafios estruturais e ambientais, além de constrangimentos temporais [(4)];

• A estrutura e organização do processo interferem na eficácia da comunicação. Recomenda-se a promoção da minimização de interrupções, a eliminação de elementos distratores e a melhoria das condições ambientais [(8: 13)];

• Um estudo conceptual desenvolveu uma aplicação para a transmissão de informação entre enfermeiros, acessível em smartphones, com resultados positivos na melhoria da qualidade da informação durante a fase de testes [(9)].

Discussão e Conclusão

Com base nos resultados obtidos podemos perceber que o propósito central do tema em análise é a segurança do doente. A melhoria do processo de comunicação entre enfermeiros deve ser uma preocupação contínua das organizações e dos próprios profissionais de saúde pelo impacto que tem na segurança do doente. Para promover a melhoria da comunicação na transmissão de informação entre enfermeiros durante a transição de cuidados foram descritas diferentes estratégias. Dentre elas, destacam-se o uso de ferramentas padronizadas de comunicação baseadas em mnemónicas como o ISBAR, a passagem de informação junto ao doente e a formação dos enfermeiros. Os desafios e barreiras são também abordados, ajudando a identificar os focos de intervenção necessários para promover a melhoria.

As ideias emanadas dos estudos destacam a importância da sistematização da informação clínica, estruturada e normalizada de forma a uniformizar o processo de transição de cuidados. Paralelamente são referidas diferentes outras estratégias de melhoria da qualidade do processo que podem ser adotadas pelas instituições e profissionais de saúde de forma a melhorar a segurança da prestação de cuidados e a redução da ocorrência de eventos adversos.

Nota: Esta pesquisa de literatura alavancou a necessidade de realizar uma revisão de literatura mais estruturada e com uma estratégia melhor definida de forma dar melhor resposta aos objetivos da investigação. Está programada a realização de um documento preparado de forma a preencher os critérios para poder ser submetido para apreciação para publicação em canais de divulgação de informação académica.

Referências

(1) Direção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015). *Relatório nacional sobre a cultura de segurança do doente nos hospitais.* https://www.dgs.pt

(2) Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* https://www.dgs.pt

(3) Castro, C. M. da C. S. P. de, Marques, M. do C. M. P., & Vaz, C. R. de O. T. (2022). Communication in the transition of nursing care in an emergency department in Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27, e81767. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767

(4) Hada, A., Jones, L. V., Jack, L. C., & Coyer, F. (2021). Translating evidence-based nursing clinical handover practice in an acute care setting: A quasi-experimental study. *Nursing & Health Sciences, 23*(2), 466–476. https://doi.org/10.1111/nhs.12836

(5) Do, J., & Shin, S. (2024). Development of nursing handoff competency scale: A methodological study. *BMC Nursing, 23*(272). https://doi.org/10.1186/s12912-024-01925-w

(6) Park, L. J. (2020). Using the SBAR handover tool. *British Journal of Nursing, 29*(14), 812-813. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.04.010

(7) Luo, Z., Liu, S., Li, Y., & Zhong, S. (2023). Under the chest pain center mechanism, whether the nursing handover affects the nursing efficiency and the outcomes of patients with STEMI in the emergency department? *BMC Emergency Medicine, 23*, Article 3. https://doi.org/10.1186/s12873-023-00773-2

(8) Amorim, E. J., Assis, Y. I. S., Santos, M. C., Silva, T. F. L., Santos, R. N. S. S., Cruz, J. S., & Fonseca, M. L. (2022). Procedure for the handover: Nurses' perspective in Intensive Care Units. *Revista Baiana de Enfermagem, 36*, e44492. https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44492

(9) Soilemezi, C., Liaskos, J., & Mantas, J. (2021). A smartphone app for bedside recording of nursing handovers in haemodialysis units. *Studies in Health Technology and Informatics, 273*, 669-673. https://doi.org/10.3233/SHTI210256

(10) Cho, I., & Kim, E. M. (2021). A topic modeling analysis of nursing handoff studies. *Studies in Health Technology and Informatics, 273*, 39-40. https://doi.org/10.3233/SHTI210658

(11) Sharp, L., Dahlén, C., & Bergenmar, M. (2019). Observations of nursing staff compliance to a checklist for person-centred handovers – a quality improvement project. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33*(4), 892-901. https://doi.org/10.1111/scs.12686

(12) Lopes, J., Marques, R., & Pontifice Sousa, P. (2021). O handover/handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: Uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Saúde, 13*(2), 4-12. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9565

(13) Ahn, J.-W., Jang, H.-Y., & Son, Y.-J. (2021). Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management, 29*(4), 623-634. https://doi.org/10.1111/jonm.13207

(14) Forde, M. F., Coffey, A., & Hegarty, J. (2020). Bedside handover at the change of nursing shift: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing, 29*(19-20), 3731–3742. https://doi.org/10.1111/jocn.15403

(15) Malfait, S., Eeckloo, K., Van Opdorp, L., Van Biesen, W., & Van Hecke, A. (2020). The impact of bedside handovers on relevant clinical indicators: A matched-controlled multicentre longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing, 76*(8), 2104–2112. https://doi.org/10.1111/jan.14406

(16) Hada, A., & Coyer, F. (2021). Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes: Falls, pressure injuries, and medication administration errors: An integrative review. *Nursing & Health Sciences, 23*(2), 337–351. https://doi.org/10.1111/nhs.12825:contentReference[oaicite:0]{index=0}

(17) Choi, J. Y., Byun, M., & Kim, E. J. (2024). Educational interventions for improving nursing shift handovers: A systematic review. *Nurse Education in Practice, 74*, 103846. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103846

(18) Monti, M. C., Maiandi, S., Rossi, L., Villani, M., & Garofalo, C. (2022). Nurse handover with SBAR method: A quasi-experimental study. *Dissertation Nursing, 1*(1), 1-9. https://doi.org/10.54103/dn/17691

© POSTER TEMPLATE BY GENIGRAPHICS® 1.800.790.4001 WWW.GENIGRAPHICS.COM

APÊNDICE 2 – Póster: Comunicação na transição de cuidados de enfermagem

Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem

Cardoso, N. [1]
Encarnação, R. [2]

1 Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem - Porto, 4169-005 Porto, Portugal.

2 Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Escola de Enfermagem – Porto, 4169-005 Porto, Portugal.

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

Introdução

A segurança na prestação de cuidados de saúde depende de uma comunicação eficaz, essencial para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados. Jensen (2021) descreve comunicação como um processo de partilha de informação através de diversos meios, como linguagem verbal, gestos e tecnologias digitais[1]. A comunicação assume um papel crítico nas transições de cuidados, especialmente na transferência de responsabilidade entre profissionais de saúde[2]. Segundo Cho (2021), estas transições consistem na passagem de informações específicas do doente entre enfermeiros, assegurando a continuidade e segurança dos cuidados [3]. Dados da DGS (2017) indicam que cerca de 70% dos eventos adversos na saúde resultam de falhas na comunicação, incluindo omissões, erros e falha na priorização de tarefas[5].

A transferência de responsabilidade deve garantir a transmissão de informação precisa e relevante sobre o estado clínico do doente, tratamento e planeamento dos cuidados[4]. A implementação de estratégias de comunicação eficazes reduz erros e lacunas no tratamento, melhorando a tomada de decisão, o pensamento crítico e a eficiência na troca de informações[5]. Em cuidados em contextos críticos a comunicação torna-se ainda mais essencial, dada a instabilidade clínica e a necessidade de respostas rápidas e precisas[6].

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 destaca a comunicação como um dos pilares estratégicos para otimizar a troca de informação intra e interinstitucional e reforçar a segurança na transição de cuidados[2]. Considerando a importância da comunicação na transição de cuidados de enfermagem, foi realizada uma revisão de literatura para responder à questão de investigação: "*Que estratégias de comunicação promovem a segurança do doente na transição de cuidados de enfermagem?*"

Métodos

A pesquisa foi realizada a 5 de dezembro de 2024 nas bases de dados CINAHL *Complete* e MEDLINE *Complete*, via EBSCO, seguindo os critérios do PRISMA para garantir rigor e transparência. A seleção dos estudos foi feita por dois revisores independentes, recorrendo à plataforma Rayyan, e, em caso de discordância, um terceiro revisor interveio na decisão final. A questão de investigação foi formulada com base na estrutura PEO recomendada pelo Joanna Briggs Institute (JBI), focando-se em enfermeiros (População), comunicação na transferência de responsabilidade pelo doente (Exposição) e segurança do doente (Outcome).

Os descritores MeSH utilizados foram *"nursing"*, *"communication"*, *"handover/handoff"*, *"patient"* e *"safety"*, permitindo a construção de uma frase boleana com os operadores AND, OR e NOT. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, disponíveis em texto integral, publicados nos últimos cinco anos e relevantes para a questão de investigação, abrangendo metodologias quantitativas, qualitativas, mistas e revisões de literatura. Excluíram-se estudos sem evidências pertinentes e aqueles que não abordavam o contexto do doente crítico adulto em unidades de cuidados intensivos ou serviços de urgência.

Foram inicialmente identificados 532 estudos, dos quais 327 foram excluídos por ultrapassarem o período de cinco anos e 61 por serem duplicados, resultando em 144 estudos elegíveis. Após a seleção, procedeu-se à análise e avaliação crítica dos artigos incluídos, com o intuito de descrever os resultados e discutir as evidências mais relevantes para a temática em estudo.

Objetivos

Este trabalho de investigação tem como objetivo identificar os principais modelos e ferramentas de comunicação utilizados na transição de cuidados de enfermagem, as medidas que contribuem para a melhoria da qualidade bem como os desafios do processo de transmissão de informação na transição de cuidados de enfermagem.

Pretende-se, assim contribuir para a segurança na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica através da identificação das estratégias de comunicação mais eficazes para garantir a segurança do doente durante a transição de cuidados de enfermagem

Resultados

Foram selecionados 44 artigos para leitura integral, dos quais cinco foram excluídos por não estarem disponíveis em texto completo. Após análise resultou a inclusão de nove artigos na revisão. Estes, publicados entre 2020 e 2024, incluem revisões de literatura e estudos qualitativos, quantitativos e mistos.

A comunicação padronizada surge como essencial na transferência de cuidados, destacando-se o modelo SBAR como um dos mais eficazes para garantir a transmissão clara e concisa de informação[7,8,9].

A comunicação presencial entre enfermeiros, bem como o envolvimento do doente e da família, é recomendada para aumentar a segurança dos cuidados e garantir a troca eficaz de informações[9,11,13].

O registo clínico adequado, incluindo a implementação de sistemas eletrónicos, complementa a comunicação verbal, assegurando a rastreabilidade e continuidade dos cuidados[12, 14, 15].

Fatores como erros de comunicação, interrupções, distrações e barreiras ambientais afetam a eficácia da transição de cuidados de enfermagem[9,10,11,16]. Estratégias como a formação dos profissionais em comunicação e trabalho em equipa, bem como a utilização de espaços organizados para favorecer a comunicação, contribuem para minimizar riscos [9,16]. Além disso, a transição de cuidados na presença do doente e da família favorece a humanização dos cuidados e a adesão ao tratamento[11,16].

A linguagem clara e acessível é essencial para reduzir erros na comunicação, especialmente na transferência de doentes entre unidades como emergência e cuidados intensivos, onde protocolos rigorosos são fundamentais para evitar falhas[13,14]. O uso inadequado de canais não oficiais compromete a segurança da informação e a continuidade dos cuidados, sendo essencial garantir a utilização eficaz dos meios formais de comunicação[17]. Os estudos analisados evidenciam a complexidade da comunicação na transição de cuidados e reforçam a necessidade de estratégias estruturadas para melhorar a segurança do doente.

Discussão

Os resultados analisados evidenciam a complexidade da comunicação na transição de cuidados, sendo a sua eficácia essencial para a continuidade dos cuidados e a redução de eventos adversos. A ausência de estrutura e de ferramentas padronizadas contribui para perdas de informação, enquanto a comunicação verbal não registada aumenta o risco de erros[10,17]. Pothier (2013) demonstrou que a perda de dados diminui quando a informação verbalizada é registada no processo clínico[18], reforçando a recomendação da *National Patient Safety Agency* de evitar a dependência exclusiva da memória[19]. Além disso, a comunicação tende a ser unilateral, dificultando a validação da informação e a participação ativa do recetor[11]. Barreiras adicionais incluem interrupções frequentes, o uso de canais não oficiais que comprometem a segurança e a variabilidade nas práticas de transferência de informação[9,11,17].

A comunicação inadequada impacta diretamente a segurança do doente, podendo resultar em erros na administração de medicamentos, atrasos em procedimentos e eventos adversos[10]. A falta de padronização e a omissão de informações comprometem a continuidade dos cuidados e aumentam custos para o sistema de saúde[9,10]. Para mitigar estes riscos, recomenda-se a adoção de modelos estruturados como o SBAR e ISBAR, que garantem a transmissão organizada da informação[9,10,15,20]. A transferência de responsabilidade junto do doente e família permite maior precisão na comunicação, aumentando a segurança e a satisfação dos envolvidos[9]. A implementação de checklists auxilia na prevenção de omissões e incentiva a participação ativa do recetor processo de comunicação[11,16].

A formação dos profissionais de enfermagem em comunicação e uso de ferramentas padronizadas é essencial para a segurança do doente[10,17]. Lopes (2021) destaca que a capacitação nesta área melhora os cuidados prestados, beneficiando doentes, profissionais e sistemas de saúde[21]. A integração de ferramentas digitais pode otimizar a clareza e precisão da comunicação, sendo necessária mais investigação sobre o impacto da tecnologia na transferência de informação[14,15]. A partilha estruturada de informações entre equipas de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, fortalece a colaboração interprofissional e melhora a eficácia da comunicação[17].

Conclusão

A revisão de literatura evidencia a complexidade da comunicação na transferência de responsabilidade pelos cuidados de enfermagem, especialmente no contexto do doente crítico. Kapadia (2011) destaca que este processo é demasiado heterogéneo para uma solução única, variando consoante o serviço clínico, embora a necessidade de uma abordagem padronizada e sistemática seja um tema recorrente[22]. A comunicação inadequada na transição de cuidados representa um risco significativo para a segurança do doente, podendo comprometer a continuidade dos cuidados, originar eventos adversos e prolongar o internamento[9,10,12]. Barreiras como a falta de padronização, a omissão de informações, a comunicação unilateral, as interrupções e a escassa participação interprofissional reforçam a necessidade de estratégias de melhoria[10,12].

A implementação de métodos padronizados, como o SBAR, é essencial para organizar e garantir a transmissão clara e concisa da informação[9,10]. A transferência de responsabilidade junto do doente permite a verificação em tempo real da informação, o envolvimento da família e o aumento da satisfação dos intervenientes[9]. Outras estratégias recomendadas incluem a utilização de checklists para prevenir omissões[9,11,12], a participação ativa do recetor com perguntas e feedback[9,11,12], a formação contínua em comunicação e ferramentas padronizadas[9,10,11,12,14,15,17], o registo clínico da informação verbalizada[11,12,15,17] e a integração de tecnologia para melhorar a clareza e segurança da comunicação[14,15,17]. A comunicação multidisciplinar deve ser incentivada para garantir uma abordagem colaborativa e eficaz[9,11,12,13,17].

A eficácia destas estratégias depende da sua implementação, monitorização contínua e adaptação às necessidades de cada serviço[9,10,11,15,17]. É essencial que a padronização seja flexível e ajustável aos diferentes contextos. Além disso, é necessária mais investigação sobre o impacto da transferência de cuidados na segurança do doente, a eficácia das estratégias adotadas e a inclusão da perspetiva dos doentes e famílias na avaliação da qualidade dos cuidados[9,10,11,13,15,17]. Em suma, a comunicação eficaz é fundamental para a segurança do doente crítico, e a adoção de práticas baseadas na evidência, aliadas à formação e colaboração multidisciplinar, são essenciais para garantir a continuidade dos cuidados e reduzir eventos adversos[9,10,11,15]. O desafio reside em traduzir estas recomendações para a prática clínica, assegurando que a transferência de cuidados seja segura e eficaz.

Bibliografia

1-Jensen, Klaus. 2021. *A handbook of media and communication research – qualitative and quantitative methodologies*. **2**-Despacho nº 9390/2021 (2021.Set.24). *DIÁRIO DA REPÚBLICA: II SÉRIE. nº 187/2021, pp. 96-103*. **3**-Cho, Insook & Kim, Eun. 2021. *A topic modeling analysis of nursing handoff studies*. **4**-Manias, Elizabeth *et al.* 2015. *Persepectives of clinical handover process: a multi-site survey across diferente health professionals*. **5**-Direção-Geral da Saúde. 2017. Norma nº 001/2017 (2017.Fev.08). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. **6**-Regulamento nº 429/2018. (2018, 16 de julho). *Diário da República: II Série, nº 135/2018, pp. 19359-19370*. **7**- Joint Commission International. 2018. *Communicating Clearly and Effectively to Patients - How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*. **8**- Snyder, Hannah. 2019. *Literature review as a research methodology: na overview and guidelines*. Journal of Business Research 104. 333-339. **9**-Paredes-Garza, F., *et al.* 2022. *Effect of on patient safety of bedside handoff performed in intensive care units. Systematic review*. Anales del Sistema Sanitário de Navarra. **10**- Costa, Jéssika W.S., *et al.* 2020. *Barriers ans strategies in the nursing handover of critically ill patients: integrative review*. Online Brazilian Journal of Nursing 24.**11**-Ahn J-W, Jang H-Y & Son Y-J. 2021. *Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis*. Journal of Nursing Management 29, 623–634. **12**-Tortosa-Alted, Ruth, *et al.* 2021. *Emergency handover of critical patients. A systematic review*. **13**-O'Connor, Darcy T., Rawson, Helen & Redley, Bernice. 2020. *Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: na observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards*. Australian Emergency Care 23, 37-46. **14**- Galatzan, B. J., Johnson, E., Judson, T., & Shan, L. 2024. *Linguistic dissection of nursing handoffs: Implications for patient safety in varied-acuity hospital settings*. Journal of Clinical Nursing, 33, 3077–3088. **15**- Abou Hashish, E., Asiri, A.A. & Alnajjar, Y.K. 2023. *Shift handover quality in Saudi critical care units: determinants from nurses' perspectives*. *BMC Nurs* 22, 186. **16**-Paredes-Garza, F., Lázaro, E., & Vázquez, N. (2022). *Nursing bedside handover in an intensive care unit with a mixed structure: Nursing professionals' perception*. Journal of Nursing Management, 30(8), 4314–432. **17**-Morán-Pozo, C. & Luna-Castaño, P. 2023. *Shift change handovers between nurses in critical care units*. SEEIUC, Enfermeria Intensiva 34, 60-69. **18**-Pothier, David; Monteiro, Pedro; Mooktiar, Mutuzua & Shaw, Alison. 2013. *Pilot study to show the loss of important data in nursing handover*. BJN 14. **19**- National Patient Safety Agency. *Safe handover: safe patients*. **20**- Chaica, V., Marques, R., & Pontifice-Sousa, P. 2024. *ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. Healthcare*, *12*(3), 399. **21**- Lopes, J., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. 2021. *O handover/handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. Cadernos De Saúde*, *13*(2), 4-12. **22**- Kapadia, S.A., Addison, C.E. 2011. *Developing clinical handover: what does the literature suggest?* The International Journal of Clinical Leadership 17, 119-122.

Apêndice 3– Comunicação na transição de cuidados de enfermagem: revisão integrativa.

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Por

Nuno Jorge Correia Claro de Sousa Cardoso

Porto – janeiro de 2025

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

COMMUNICATION IN NURSING HANDOFF

Por

Nuno Jorge Correia Claro de Sousa Cardoso

Sob a orientação de Prof. Rúben Encarnação

Porto – janeiro de 2025

Resumo

A comunicação eficaz entre enfermeiros na transferência de responsabilidade pelos cuidados é um fator determinante para a segurança do doente. A literatura demonstra que falhas na comunicação durante estas transições podem comprometer a continuidade dos cuidados e aumentar o risco de eventos adversos. Este estudo teve como objetivo identificar as estratégias de comunicação que promovem a segurança do doente durante a transferência de responsabilidade, com ênfase nos modelos e ferramentas padronizadas, bem como nas barreiras e desafios enfrentados pelos profissionais. Foi realizada uma revisão de literatura seguindo a metodologia JBI, nas bases de dados *CINAHL complete* e *MEDLINE complete*, via EBSCO. Foram incluídos nove estudos nesta revisão da literatura. Foram excluídos 135 estudos nesta revisão integrativa da literatura. Os resultados evidenciam que a utilização de protocolos estruturados, como o SBAR, a comunicação presencial e a documentação adequada da informação são estratégias eficazes para minimizar erros e garantir a qualidade dos cuidados prestados. A implementação de formações direcionadas e o envolvimento do doente e da família no processo são igualmente fundamentais para otimizar a transmissão de informação. A padronização e a promoção de boas práticas comunicacionais são essenciais para garantir uma transferência de responsabilidade segura e eficaz, contribuindo para a melhoria da segurança e qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Comunicação, Enfermagem, Transferência da Responsabilidade pelo Paciente, Segurança do Paciente, Continuidade da Assistência ao Paciente.

Abstract

Effective communication among nurses during the handover is a key factor in ensuring patient safety. Literature shows that communication failures during these transitions can compromise care continuity and increase the risk of adverse events. This study aimed to identify communication strategies that enhance patient safety during handovers, focusing on standardized models and tools, as well as the barriers and challenges faced by healthcare professionals. A literature review was conducted following the JBI methodology, including articles from *CINHAL complete* and *MEDLINE complete* databases. Nine studies were included in this literature review, 135 studies were excluded. The results highlight that the use of structured protocols, such as SBAR, face-to-face communication, and proper documentation of information are effective strategies to minimize errors and ensure quality care. Additionally, targeted training programs and the involvement of patients and their families in the process are crucial to optimizing information transfer. The standardization and the promotion of good communication practices are essential to ensure a safe and effective handover process, contributing to improved patient safety and quality of nursing care.

Keywords: Nursing, Communication, Patient Handoff, Patient Safety, Continuity of Patient Care.

1. INTRODUÇÃO

A segurança na prestação de cuidados de saúde é uma prioridade dos profissionais e uma comunicação eficaz é fundamental para a sua garantia. Barker (2011) refere-se à comunicação como o ato de transmitir e receber informação. Paralelamente, Jensen (2021) refere-se à comunicação como o processo de partilha de informações, ideias ou sentimentos entre indivíduos ou grupos, utilizando códigos e símbolos

comuns. Este processo pode ocorrer através de diversos meios, como a linguagem verbal, gestos, imagens ou tecnologias digitais.

A comunicação eficaz é indispensável em todas as fases do ciclo de cuidados, sendo crucial nos momentos de transição de cuidados, como na transferência de responsabilidade ou na partilha de informações entre os diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Cho *et al.* (2021), com base na *Joint Comission*, referem que a transição de cuidados de enfermagem é um processo de transferência de informações específicas do doente de um enfermeiro para outro, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados. Dados da DGS indicam que as transições de cuidados entre enfermeiros são consideradas momentos de alto risco para o doente. A maior causa de eventos adversos na saúde são as falhas na comunicação, com cerca de 70% a ocorrer entre profissionais de saúde, sendo as mais comuns as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades (Norma n.º 001/2017, 2017).

Manias *et al.* (2015) destacam que o principal objetivo da transferência de responsabilidade entre profissionais de saúde é garantir a transmissão de informações precisas, relevantes e detalhadas sobre o cuidado e bem-estar do doente, incluindo aspetos relacionados com o tratamento, avaliação, necessidades e planeamento dos cuidados.

As transições de cuidados entre enfermeiros são consideradas momentos vulneráveis de alto risco para o doente. A maior causa de eventos adversos na saúde são as falhas na comunicação, com cerca de 70% a ocorrer entre profissionais de saúde, sendo as mais comuns as "*omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades*" (Norma n.º 001/2017, 2017).

Dados indicam que 80% de todos os eventos adversos têm origem em falhas na transferência de responsabilidade pelo doente, o que evidencia a relevância e o

impacto deste tema na segurança da prestação de cuidados de saúde (*Joint Commission International*, 2018).

Uma transição segura de cuidados baseia-se na implementação de uma comunicação eficaz assegurando que a informação seja precisa e oportuna de forma que promova a redução de erros e evite lacunas que possam ter impacto negativo no tratamento. Deste modo, a implementação de estratégias para a melhoria da comunicação contribui para a melhoria do processo de tomada de decisão, para o pensamento crítico e para a diminuição do tempo na transferência de informação (Norma n.º 001/2017, 2017).

O cuidado à pessoa em situação crítica constitui um dos maiores desafios na prática de enfermagem, exigindo competências especializadas, decisões rápidas e uma abordagem centrada na pessoa. Este contexto caracteriza-se por uma instabilidade clínica significativa, onde o risco de agravamento é elevado e o tempo desempenha um papel determinante na recuperação ou na deterioração da condição de saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como finalidade, entre outros, garantir o cumprimento dos princípios fundamentais da segurança do doente, através de uma comunicação eficaz, cultura de segurança e a aplicação contínua de práticas seguras em contextos de crescente complexidade. Contempla cinco pilares com objetivos estratégicos, sendo o pilar três referente à comunicação, tendo como objetivos estratégicos "*otimizar a comunicação intra e interinstitucional*" e "*melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados*" (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Considerando a importância da comunicação na transição de cuidados de enfermagem, foi realizada uma revisão de literatura para responder à questão de investigação: "*Que estratégias de comunicação promovem a segurança do doente na transição de cuidados de enfermagem?*", com os objetivos de identificar os principais

modelos e ferramentas de comunicação utilizados na transferência da responsabilidade pelos cuidados, as medidas que contribuem para a melhoria de qualidade e os desafios do processo de transmissão de informação.

Com este trabalho de investigação pretende-se contribuir para a melhoria da segurança na prestação de cuidados de enfermagem à PSC para identificar as principais estratégias de comunicação que promovem a segurança do doente durante a transição de cuidados de enfermagem.

2. MÉTODOS

Uma revisão de literatura pode ser descrita como uma forma de colheita e análise de pesquisas anteriores, criando uma base sólida para o desenvolvimento do conhecimento, mostrar evidencia e identificar áreas que necessitem de mais investigação[9]. Esta revisão tem por objetivo identificar as principais estratégias de comunicação que promovem a segurança do doente durante a transição de cuidados de enfermagem no contexto do doente crítico adulto.

A pesquisa foi realizada a cinco de dezembro de 2024, de artigos científicos nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, via *EBSCO.*

Estes estudos foram submetidos a análise por dois revisores independentes, com base na leitura dos títulos e resumos, utilizando a plataforma *Rayyan (https://www.rayyan.ai/)*. Nos casos de discordância entre os dois primeiros revisores, um terceiro revisor foi consultado para tomar a decisão final.

Todo o processo de análise e seleção seguiu os critérios do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), assegurando rigor metodológico e transparência.

Tendo por base as recomendações do *Joanna Brigs Institute (JBI)*, que recomenda a mnemónia População, Exposição e Outcome (PEO), construiu-se a seguinte questão

de investigação: *"Que estratégias de comunicação promovem a segurança do doente na transição de cuidados de enfermagem?"*.

Com recurso a estrutura PEO, foram definidos os temas centrais de investigação: População: enfermeiros; Exposição: comunicação na transferência de responsabilidade pelo doente; Outcome: segurança do doente.

Com base nos descritores *MeSH (Medical Subject Headings)* foram definidos os descritores/termos-chave *"nursing"*, *"communication"*, *"handover/handoff"*, *"patient" e "safety"*. A definição dos descritores permitiu a construção de uma frase boleana e com a utilização dos operadores boleanos AND, OR e NOT foram formulados os termos de pesquisa: *"Nurs*"* AND *"Communicati*"* AND *"(Handover** OR *Handoff)"* AND *"Patient"* AND *"Safety"*.

Os critérios de inclusão utilizados compreenderam estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola e acessíveis em texto integral, que respondam à questão de investigação, e publicados nos últimos 5 anos. Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos, mistos e revisões de literatura. Os critérios de exclusão foram a ausência de evidências relevantes à questão de pesquisa delineada e artigos que não faziam referência a contextos de cuidados ao doente crítico adulto em ambiente de cuidados intensivos e serviços de urgência.

Após a seleção dos estudos pesquisados, foi realizada a análise e avaliação, com o objetivo de descrever os resultados e discutir as evidências identificadas nos estudos incluídos.

3. RESULTADOS

Da metodologia descrita foram encontrados um total de 532 estudos. Numa fase inicial foram aplicados os critérios de inclusão, tendo sido excluidos 327 estudos

publicados há mais de 5 anos, e removidos 61 registos duplicados, resultando 144 estudos para incluir na revisão.

Deste processo resultou a exclusão de 103 artigos e a seleção de 44 para leitura integral. Cinco estudos foram excluidos por não ser possivel obter o texto completo. De seguida, após análise do texto completo de 39 estudos, decidiu-se excluir aqueles que não abordavam especificamente os cuidados de enfermagem ao doente crítico, devido ao elevado número de estudos que cumpriam os critérios de inclusão inicialmente definidos. Foram incluídos nesta revisão nove estudos (Figura 1).

Os artigos incluídos nesta revisão foram publicados no periodo entre 2020 e 2024, constituídos por revisões de literatura, estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e mista. Após uma análise detalhada, é apresentada uma síntese em forma de tabela de evidências (Tabela 1).

Para Snyder (2019) a utilização de modelos de comunicação padronizados emerge como uma estratégia fundamental para garantir uma transferência de informação eficaz e segura. O modelo *SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação)* é referenciado como um método eficaz para estruturar a comunicação, assegurando a transmissão concisa da informação relevante sobre o doente (JCI, 2018; Paredes-Garza, *et al.*, 2022a). Outros modelos, como o *PACE (Patient/Problem, Actions, Continuing/Changes, Evaluation)*, o *STICC (Situation, Task, Intent, Concern)* e o *GRRRR (Greeting, Respectful listening, Review, Recommendation, Reward)* também são mencionados, embora com menos frequência (Ahn, *et al.*, 2021; Costa, *et al.*, 2020; Tortosa-Alted, *et al.*, 2021). Estes modelos promovem uma comunicação mais consistente e clara. Para reduzir o risco de omissão de informações relevantes, é fundamental padronizar o processo de transferência de informação (Paredes- Garza, *et al.*, 2022a).

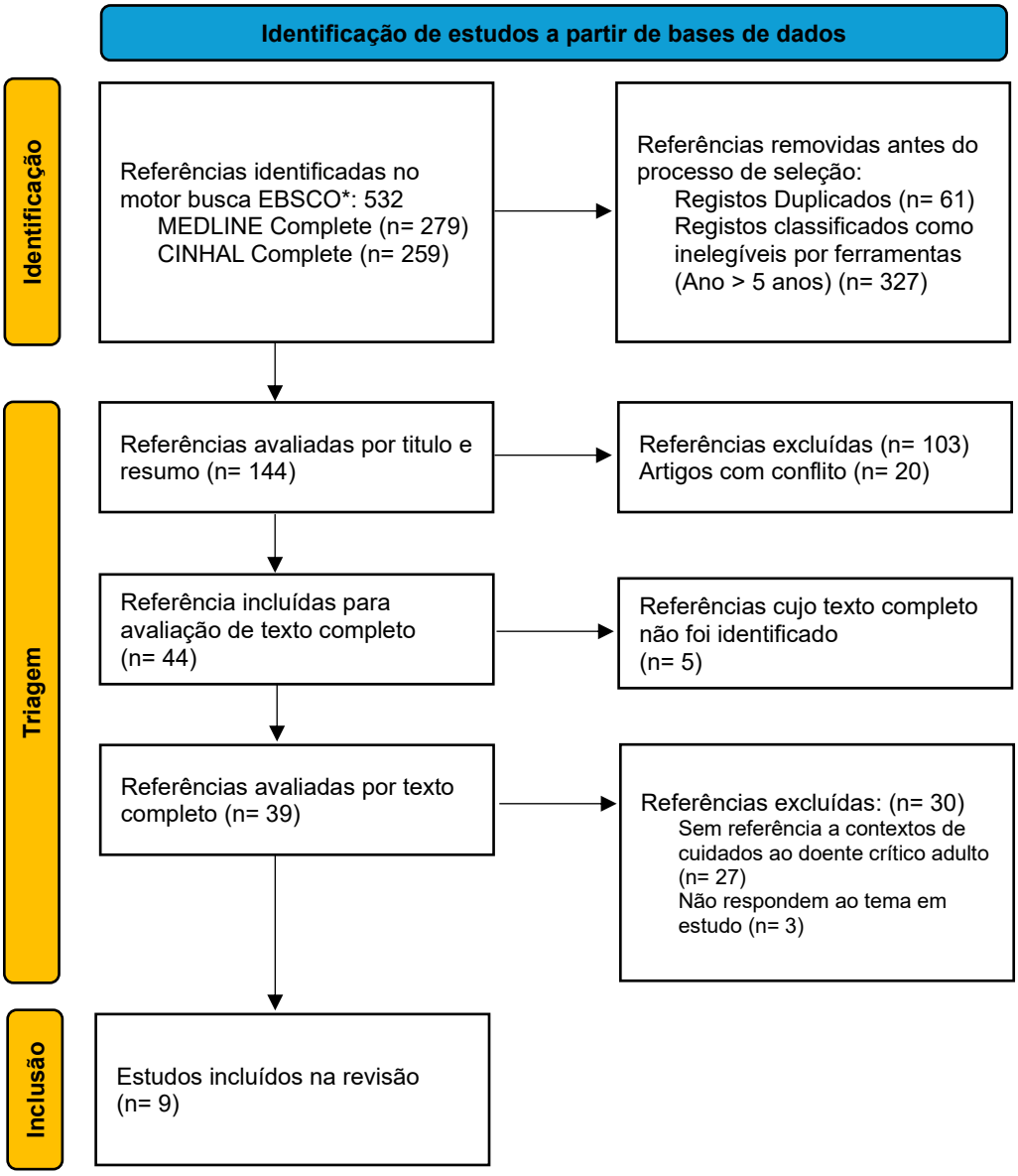

Figura 1 – Diagrama PRISMA.

Autores	Objetivos	Tipo de Estudo	Amostra	Resultados
Jung-Won, Ahn, *et al.* (2020) [12]	Analisar as percepções dos enfermeiros na transição de cuidados na UCI, desenvolver intervenções para garantir a continuidade dos cuidados e avaliar a comunicação nessa transição com base no modelo transacional.	Revisão sistemática e meta-síntese qualitativa		A segurança do doente crítico exige comunicação eficaz, trabalho de equipa e ambiente favorável, com processos padronizados e redução de interrupções, sendo essencial na transmissão de responsabilidades entre enfermeiros.
Hashish, Ebtsam, *et al.*(2020) [16]	Identificar os fatores que influenciam a qualidade da comunicação na transição de responsabilidades na UCI, incluindo facilitadores, barreiras e sua correlação.	Estudo quantitativo descritivo correlacional com a aplicação de questionarios	201 enfermeiros de UCI	A qualidade da transmissão de informação depende de comunicação eficaz, ambiente de trabalho seguro, ferramentas padronizadas, relação entre pares e estado cognitivo. Fatores negativos incluem interrupções, distrações, tempo limitado, ansiedade, stress e fadiga.
Galatzan, Benjamin, *et al.* (2024) [15]	Analisar padrões de comunicação nas transferências de cuidados entre enfermeiros em três unidades, incluindo uma UCI, identificando fatores linguísticos, diferenças na linguagem utilizada e possíveis variações significativas na comunicação entre as unidades.	Estudo de abordagem mista, combinando metodos qualitativos e quantitativos, com desenho transversal descritivo.	41 enfermeiros de 3 unidades distintas em 20 momentos de transferência de responsabilidade pelos cuidados	Os enfermeiros centraram-se no doente, priorizando comunicação eficaz e partilha de objetivos, apesar de lacunas informativas. O estudo destacou o impacto da linguagem e estratégias como planeamento, redução de stress e uso de tecnologias na segurança do doente.
O'connor, Darcy, *et al.* (2020) [14]	Descrever a comunicação dos enfermeiros na transferência de doentes do serviço de urgência para enfermarias médicas, analisar padrões e processos utilizados e identificar barreiras e fatores que promovem uma comunicação segura.	Estudo de abordagem mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos, observacional e descritivo, com analise de auditorias e realização de entrevistas	38 enfermeiros envolvidos em 19 transferências de doentes complexos	Os enfermeiros raramente integravam os cuidados multidisciplinares na comunicação durante transferências de doentes, identificando-se lacunas de informação. Discrepâncias nas políticas, processos clínicos e qualidade da informação impactaram negativamente a comunicação.
Costa, Jéssika, *et al.* (2020) [11]	Identificar as principais barreiras que podem comprometer a segurança do doente crítico na transferencia da responsabilidade pelos cuidados; Identificar as estratégias utilizadas para a transferencia de responsabilidade pelos cuidados	Revisão integrativa da literatura com abordagem quantitativa, analisando artigos publicados entre 2002 e 2018.		Foram analisados 26 artigos internacionais, com 38% a abordar barreiras (omissão de infomração; erros de informação; falha na recpeção da informação; informação desorganizada) 27% estratégias de transmissão de informação (Ferramentas padronizadas tipo ISBAR e aplicações eletronicas) e 35% relacionados à segurança do paciente.
Paredes-Garza, F., *et al.* (2022) [10]	Avaliar o impacto da transferencia de responsabilidade pelos cuidados junto ao doente por enfermeiros de UCI na segurança do doente.	Revisão sistemática da literatura segundo as guidelines PRISMA. Incluiu 15 artigos.		A passagem de informação junto do doente em UCI melhora a segurança, assertividade e qualidade da informação, reduz erros, promove a continuidade dos cuidados e envolve o doente na validação das informações. A transferência de responsabilidade junto do doente tem impacto positivo na segurança dos cuidados.
Paredes-Garza, F., *et al.* (2022) [17]	Avaliar a influência da estrutura física das UCIs na transferência de informação junto do doente, explorar as perceções dos enfermeiros sobre a segurança desse processo e analisar a relação entre infraestrutura e comunicação.	Estudo qualitativo descritivo com utilização de entrevistas semiestruturadas	12 enfermeiros com uma média de 14 anos de experiência em UCI	A transferência de responsabilidade junto do doente melhora a segurança dos cuidados, organiza a informação, reduz esquecimentos e promove o envolvimento e a satisfação do doente, sem ser influenciada pela estrutura do serviço.
Tortosa-Alted, Ruth, *et al.* (2021) [13]	Analisar a transferência de responsabilidade pelos cuidados entre unidades de emergência, comparando com recomendações da OMS e JCAHO, e identificar características desses processos entre enfermeiros.	Revisão sistemática da literatura segundo as guidelines PRISMA. Incluiu 22 artigos.		Os processos de transferência de responsabilidade em emergências não são padronizados, apesar das recomendações existentes. Foram identificados 10 fatores-chave para boas práticas, incluindo padronização, identificação, comportamento, localização, fatores ambientais, participação do doente, registos, responsabilidade e comunicação.
Morán-Pozo, Claudia, *et al.* (2023) [18]	Identificar características da transferência de responsabilidade em UCIs na Espanha, com foco em ferramentas, espaço físico, colaboração profissional e impacto na segurança, para apoiar o desenvolvimento de melhores práticas.	Estudo descritivo e transversal, com aplicação de questionários online	420 enfermeiros de UCI	É necessária a padronização da transferência de cuidados, ferramentas eficazes e mais formação. Embora a comunicação direta e o planeamento ocorram, ferramentas padronizadas e colaboração são pouco usadas, com 29,5% recorrendo a canais informais por esquecimentos.

Tabela 1 – Tabela de evidências.

Para Paredes-Garza, *et al.* (2022a) a comunicação presencial é essencial na transferência de informações entre enfermeiros. Por seu lado, O'Connor *et al.* (2020) referem que o envolvimento direto do doente e da família é uma prática recomendada, facilitando a verificação imediata de informações e o esclarecimento de dúvidas, promovendo maior eficácia e segurança nos cuidados. A interação presencial direta permite aos enfermeiros trocar informações, avaliar o estado do doente e identificar alterações, promovendo uma comunicação em tempo real mais eficaz. Além disso, a comunicação verbal presencial oferece um contexto mais rico para a transmissão de informações, facilitando tanto a sua compreensão quanto a retenção (Ahn, *et al.,* 2021; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a).

Ahn (2021) refere que o envolvimento do doente e da família no processo de transferência de informação é essencial para aumentar a segurança dos cuidados, melhorar a experiência do doente, permitindo esclarecer dúvidas, abordar preocupações e promover uma maior compreensão do plano de cuidados. Além disso, fortalece a transparência, a confiança na equipa de enfermagem e a adesão ao tratamento, incentivando o autocuidado e a participação ativa no processo terapêutico.

O registo clínico adequado surge como um complemento indispensável à comunicação verbal, contribui para evitar perdas de informação e garantir a continuidade dos cuidados e permite a rastreabilidade e a possibilidade de auditoria do processo (Galatzan *et al.,* 2024; Hashish *et al.,* 2023; Tortosa-Alted, *et al.,* 2021). Galatzan refere que a implementação de registos eletrónicos é apontada como uma ferramenta útil para melhorar a comunicação e reduzir erros.

Costa *et al.* (2020) indicam que erros de comunicação, falta de uso de ferramentas padronizadas, fatores humanos, ambientais e relacionados com recursos são apontados como as principais barreiras na transferência de responsabilidade pelos cuidados.

Interrupções e distrações são também fatores que influenciam a eficácia da comunicação durante a transição de cuidados (Ahn, *et al.,* 2021; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a), que podem levar à omissão de informações importantes, comprometendo a segurança do doente (Paredes-Garza, *et al.,* 2022a, 2022b). Estratégias de gestão de interrupções e a criação de condições ambientais adequadas devem ser implementadas para promover a segurança na transição de cuidados de enfermagem (Ahn, *et al.,* 2021; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a, 2022b).

A formação adequada dos profissionais de enfermagem em competências de comunicação, trabalho em equipa e transferência de cuidados é essencial para garantir a segurança do doente, com o objetivo de evitar falhas no processo de comunicação. É importante incluir estratégias como o modelo *SBAR*, a comunicação verbal e não verbal, e incentivar o envolvimento do doente/família (Paredes-Garza, *et al.,* 2022a).

Paredes-Garza (2022b) refere que a infraestrutura das unidades de cuidados intensivos influencia diretamente a comunicação e a segurança do doente. Boxes individuais melhoram a privacidade, reduzem o ruído e favorecem a comunicação. Aponta também que a transferência de cuidados na presença do doente e da família contribui para a humanização dos cuidados, devendo a organização do espaço privilegiar a eficácia da comunicação e assegurar a privacidade.

Durante a transferência de cuidados a linguagem utilizada deve ser clara, concisa e acessível, adequada ao contexto e ao nível de compreensão do interlocutor, o que reduz o risco de mal-entendidos e erros (Galatzan *et al.,* 2024).

A transferência de doentes entre unidades, como emergência e cuidados intensivos, exige comunicação eficaz e protocolos claros para evitar erros e atrasos, garantindo segurança e continuidade dos cuidados (O'Connor, *et al.,*2020).

Morán-Pozo *et al.* (2023) apontam que a utilização de canais não oficiais de comunicação compromete a segurança da informação e a continuidade do cuidado.

É importante assegurar que os canais de comunicação oficiais sejam utilizados de forma eficaz e padronizada.

Os resultados dos estudos realçam a complexidade da comunicação durante a transferência de cuidados e a importância de implementar estratégias que promovam a segurança do doente.

4. DISCUSSÃO

Os resultados analisados revelam um cenário complexo, onde a eficácia da comunicação é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados e minimizar eventos adversos.

A falta de estrutura e de ferramentas padronizadas contribui para a omissão ou perda de informações relevantes assim como a comunicação verbal frequentemente não registada (Costa *et al.*,2020; Morán-Pozo *et al.*, 2023) e pode levar a erros e falhas de informação (Tortosa-Alted, *et al.*, 2021).

Pothier *et al.* (2013) demonstraram que a perda de dados durante a transmissão de informações reduz significativamente quando a informação verbalizada é registada em formulários no processo clínico. Além disso, a *National Patient Safety Agency* (s.d.) refere que confiar exclusivamente na memória pode resultar na perda de informações relevantes ou na transmissão de dados incorretos.

A comunicação durante a transição de cuidados é frequentemente unilateral, com a informação a fluir num único sentido, o que limita a participação ativa do recetor e dificulta o esclarecimento de dúvidas e a validação dos dados transmitidos Além disso, a ausência de oportunidades para confirmar informações, aliada ao receio de parecer incompetente, compromete ainda mais a retenção de informação e a eficácia da comunicação (Ahn *et al.*, 2021). As interrupções durante as transferências de

responsabilidade pelos cuidados são um problema recorrente, dificultando a concentração e a retenção da informação (Paredes-Garza, *et al.,* 2022a).

O uso de canais de comunicação não oficiais para transmitir informações sobre o doente é uma prática que compromete a confidencialidade e a segurança (Morán-Pozo *et al.,*2023).

A análise dos estudos incluídos revela a existência de diversas barreiras que comprometem a comunicação efetiva durante as transferências de responsabilidade pelos cuidados em unidades de cuidados intensivos.

Uma das principais barreiras identificadas é a ausência de padronização nos processos de transferência (Costa *et al.,* 2020; Morán-Pozo *et al.,* 2023). A variabilidade nas práticas, seja no uso do espaço físico ou das ferramentas de comunicação, compromete a eficácia na transmissão de informações. A maioria dos enfermeiros realiza a transferência de forma direta, o que pode restringir a partilha de informações com toda a equipa. Embora o local da transferência varie, a sala de enfermagem é geralmente o mais utilizado sendo que a transferência de responsabilidade pelos cuidados junto do doente é considerada uma prática que traz benefícios (Morán-Pozo *et al.,* 2023; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a).

As barreiras na comunicação têm um impacto direto na segurança do doente, a omissão de informações relevantes e a falta de padronização do processo de transferência podem comprometer a continuidade dos cuidados. Uma comunicação inadequada aumenta o risco de erros na administração de medicamentos, atrasos em procedimentos e mal-entendidos com o doente/família, o que pode culminar em eventos adversos (Costa *et al.,*2020).

Os erros de comunicação podem levar ao prolongamento do internamento e a custos adicionais para o sistema de saúde (Costa *et al.,* 2020; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a).

Para mitigar os riscos associados à comunicação inadequada durante a transferência de responsablidade pelos cuidados, várias estratégias podem ser implementadas como a adoção de métodos padronizados (Hashish *et al.,* 2023; Morán-Pozo *et al.,* 2023), como o SBAR, crucial para organizar a informação de forma sistemática e garantir que todos os dados relevantes sejam transmitidos (Costa *et al.,* 2020), sendo utilizada para garantir a qualidade da transmissão da mensagem (Hashish *et al.,* 2023; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a). Por sua vez, Chaica *et al.,* (2024) destacou a metodologia ISBAR como uma ferramenta padronizada e eficaz na transferência de responsabilidades em serviços de emergência. A sua simplicidade, linguagem universal e adaptabilidade promovem a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados, beneficiando doentes e equipas ao fomentar uma comunicação estruturada que possibilita respostas individualizadas e ganhos em saúde.

A transferência de responsabilidade pelos cuidados junto do doente permite que o recetor verifique a informação e envolva o doente/família no processo. Esta prática aumenta a precisão da informação, promove a interação em tempo real e melhora a satisfação de profissionais e doentes (Paredes-Garza, *et al.,* 2022a). A utilização de *checklists* pode ajudar a prevenir a omissão de informações importantes (Ahn *et al.,* 2021). Para garantir uma compreensão partilhada da informação, o recetor deve participar ativamente, fazendo perguntas e dando *feedback* (Paredes-Garza, *et al.,* 2022b).

A formação em comunicação, incluindo o uso de ferramentas e métodos padronizados, é essencial para garantir uma comunicação eficaz (Costa *et al.,* 2020; Morán-Pozo *et al.,* 2023). A educação dos profissionais de enfermagem sobre a comunicação e transferência de informação é necessária para melhorar a comunicação e aumentar a satisfação do doente (Paredes-Garza, *et al.,* 2022a). Numa revisão de literatura, Lopes *et al.* (2021) evidenciaram que a formação é adequada, traz benefícios significativos para os doentes, profissionais e sistemas de saúde,

reforçando a importância da educação focada em processos de transferência de cuidados para a melhoria da segurança do doente.

Integrar ferramentas digitais pode facilitar a transferência de informação, melhorando a clareza e a precisão da comunicação (Galatzan *et al.,* 2024). A utilização de meios eletrónicos na comunicação deve ser considerada, sendo necessária mais investigação sobre os potenciais benefícios do uso da tecnologia (Hashish *et al.,* 2023). A informação verbalizada deve ser complementada com um registo clínico, para poder ser consultado posteriormente (Tortosa-Alted, *et al.*, 2021).

A partilha de informação sobre os cuidados deve ser uma oportunidade para a colaboração entre todos os membros da equipa de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e outros profissionais, incentivando e valorizando a comunicação interprofissional (Morán-Pozo *et al.,* 2023).

CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura evidenciou a complexidade da comunicação na transferência de responsabilidade pelos cuidados de enfermagem, especialmente no contexto do doente crítico.

Segundo Kapadia *et al.* (2011) este processo é demasiado complexo e heterogéneo para que exista uma solução única aplicável a todas as situações. As questões associadas às transferências em serviços de urgência diferem das que ocorrem numa unidade de cuidados intensivos, bloco operatório ou em medicina geral. No entanto, há temas recorrentes que destacam a importância de uma abordagem padronizada e sistemática.

Os estudos demonstram que a comunicação inadequada durante a transição de cuidados constitui um fator de risco significativo para a segurança do doente,

podendo comprometer a continuidade dos cuidados, originar eventos adversos e prolongar a duração do internamento (Costa *et al.,* 2020; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a; Tortosa-Alted *et al.,* 2021). As barreiras identificadas como a falta de padronização de processos, a omissão de informações, a comunicação unilateral, as interrupções e a escassa participação interprofissional são temas que sublinham a necessidade de intervenção e melhoria (Costa *et al.,* 2020; Tortosa-Alted, *et al.,* 2021).

A implementação de métodos padronizados, como o SBAR, surge como um elemento essencial para organizar a informação de forma sistemática, garantindo que todos os dados relevantes sejam transmitidos de forma clara e concisa (Costa *et al.,* 2020; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a). A transferência de responsabilidade pelos cuidados junto do doente demonstrou ser uma prática benéfica ao permitir a verificação da informação em tempo real, o envolvimento do doente/família e a melhoria da satisfação dos intervenientes (Paredes-Garza, *et al.,* 2022a).

Para além disso, a revisão aponta para a importância de outras estratégias tais como a utilização de checklists para prevenir omissões de informação, o envolvimento ativo do recetor com perguntas e *feedback*, a formação em comunicação incluindo o uso de ferramentas e métodos padronizados, o registo clínico da informação verbalizada, a integração de tecnologia para facilitar a transferência e melhorar a clareza da comunicação e o incentivo à comunicação multidisciplinar (Ahn *et al.,* 2021; Costa *et al.,* 2020; Galatzan *et al.,* 2024; Hashish *et al.,* 2023; Morán-Pozo *et al.,* 2023; O'Connor, *et al.,* 2020; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a; Tortosa-Alted, *et al.,* 2021).

É crucial reconhecer que a eficácia destas estratégias depende da sua implementação e monitorização contínuas, bem como da adaptação às necessidades específicas de cada serviço (Ahn *et al.,* 2021; Costa *et al.,* 2020; Hashish *et al.,* 2023; Morán-Pozo *et al.,* 2023; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a). A padronização não deve ser vista como um processo rígido, mas sim como um guia flexível que pode ser adaptado a diferentes contextos e situações.

Esta revisão evidencia ainda a necessidade de mais investigação sobre o impacto dos momentos de transferência responsabilidade pelos cuidados na segurança do doente, a avaliação da eficácia de diferentes estratégias de comunicação e a identificação de novas oportunidades de melhoria (Ahn *et al.,* 2021; Costa *et al.,* 2020; Hashish *et al.,* 2023; O'Connor, *et al.,* 2020; Morán-Pozo *et al.,* 2023). Estudos futuros poderiam considerar os aspetos culturais e de contexto que podem influenciar a comunicação, bem como a inclusão da perspetiva dos doentes e das suas famílias na avaliação da qualidade da prestação de cuidados (Hashish *et al.,* 2023; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a; Tortosa-Alted, *et al.,* 2021).

Em suma, a comunicação eficaz é fundamental para a segurança do doente crítico. A implementação de estratégias baseadas na evidência, a padronização dos processos e a colaboração multidisciplinar são essenciais para garantir a continuidade dos cuidados e minimizar o risco de eventos adversos. Os profissionais de saúde devem ser capacitados e encorajados a adotar práticas de comunicação seguras, com o objetivo último de melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Ahn *et al.,* 2021; Costa *et al.,* 2020; Hashish *et al.,* 2023; Paredes-Garza, *et al.,* 2022a). O desafio reside em transpor este conhecimento para a prática clínica, assegurando que a transferência de responsabilidade pelos cuidados seja um momento de transmissão informação seguro e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLBIOGRÁFICAS

Ahn J-W, Jang H-Y & Son Y-J. 2021. *Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis*. Journal of Nursing Management 29, 623–634. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jonm.13207

Barker, Alan. 2011. *Improve your Communication Skills*. Disponível em: https://ia804507.us.archive.org/2/items/EffectiveCommunicationSkillsForEngineer

s/Improve%20Your%20Communication%20Skills%20Revised%202nd%20Edition.pdf

Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. 2024. *ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review*. *Healthcare*, *12*(3), 399. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare12030399

Cho, Insook & Kim, Eun. 2021. *A topic modeling analysis of nursing handoff studies.* https://doi.org/10.3233/SHTI210658

Costa, Jéssika W.S., Dantas, Fernanda G., Oliveira, Pollyana M., *et al.*, 2020. *Barriers ans strategies in the nursing handover of critically ill patients: integrative review.* Online Brazilian Journal of Nursing 24. Disponível em: https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206204

Despacho nº 9390/2021 (2021.Set.24). DIÁRIO DA REPÚBLICA: II SÉRIE. nº 187/2021, pp. 96-103.

Direção-Geral da Saúde. 2017. Norma nº 001/2017 (2017.Fev.08). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.

Galatzan, B. J., Johnson, E., Judson, T., & Shan, L. 2024. *Linguistic dissection of nursing handoffs: Implications for patient safety in varied-acuity hospital settings*. Journal of Clinical Nursing, 33, 3077–3088. https://doi.org/10.1111/jocn.17190

Hashish, E., Asiri, A.A. & Alnajjar, Y.K. 2023. *Shift handover quality in Saudi critical care units: determinants from nurses' perspectives*. *BMC Nurs* 22, 186. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01348-z

Jensen, Klaus. 2021. *A handbook of media and communication research – qualitative and quantitative methodologies.* ISBN 9781138492929

Joint Commission International. 2018. *Communicating Clearly and Effectively to Patients - How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care.*

Disponível em: https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf

Kapadia, S.A., Addison, C.E. 2011. *Developing clinical handover: what does the literature suggest?* The International Journal of Clinical Leadership 17, 119-122. Disponível em: https://research.ebsco.com/c/ljojij/viewer/pdf/56h2tgjcvf

Lopes, J., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. 2021. *O handover/handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. Cadernos De Saúde*, *13*(2), 4-12. Disponível em: https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9565

Manias, Elizabeth *et al.* 2015. *Persepectives of clinical handover process: a multi-site survey across diferente health professionals.* Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.12986

Morán-Pozo, C. & Luna-Castaño, P. 2023. *Shift change handovers bettween nurses in critical care units*. SEEIUC, Enfermería Intensiva 34, 60-69. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.02.002

National Patient Safety Agency. *Safe handover: safe patients.* Disponível em: https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2018-02/bma_handover_college_tutors.pdf

O'Connor, Darcy T., Rawson, Helen & Redley, Bernice. 2020. *Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: na observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards.* Australian Emergency Care 23, 37-46. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.004

Paredes-Garza, F., *et al.* 2022a. *Effect of on patient safety of bedside handoff performed in intensive care units. Systematic review.* Anales del Sistema Sanitário de Navarra. Disponível em: https://doi.org/10.23938/ASSN.0996

Paredes-Garza, F., Lázaro, E., & Vázquez, N. 2022b. *Nursing bedside handover in an intensive care unit with a mixed structure: Nursing professionals' perception*. Journal of Nursing Management, 30(8), 4314–4321. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jonm.13834

Pothier, David; Monteiro, Pedro; Mooktiar, Mutuzua & Shaw, Alison. 2013. *Pilot study to show the loss of important data in nursing handover.* BJN 14. Disponível em: https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.20.20053

Regulamento nº 429/2018. (2018, 16 de julho). *Diário da República: II Série, nº 135/2018, pp. 19359-19370.*

Snyder, Hannah. 2019. *Literature review as a research methodology: na overview and guidelines.* Journal of Business Research 104. 333-339. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039

Tortosa-Alted, Ruth, *et al.* 2021. *Emergency handover of critical patients. A systematic review.* Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100997

Apêndice 4 – Póster VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem: Comunicação na transição de cuidados de enfermagem

Fórum das Especialidades de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem

A Prática especializada para a excelência do Cuidar

Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem

Cardoso, N.[1,2]; Encarnação, R.[3,4]

CATÓLICA ESCOLA DE ENFERMAGEM PORTO

Introdução

A comunicação eficaz é essencial na continuidade e segurança dos cuidados ao doente crítico. Falhas comunicacionais contribuem para 70% dos eventos adversos (DGS, 2017)[1]. Estratégias claras na transferência de responsabilidade melhoram a segurança e reduzem erros (PNSD 2021-2026)[2].

Objetivos

Identificar modelos, ferramentas e desafios na comunicação durante a transição de cuidados de enfermagem, destacando medidas para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Metodologia

A questão de investigação seguiu a estrutura PEO (JBI): enfermeiros (População), comunicação na transferência de responsabilidade (Exposição) e segurança do doente (*Outcome*).

A pesquisa foi realizada nas bases CINAHL Complete e MEDLINE Complete (via EBSCO), utilizando os descritores MeSH "*nursing*", "*communication*", "*handover/handoff*", "*patient*" e "*safety*".

Dois revisores selecionaram os estudos de forma independente, com resolução de discordâncias por um terceiro revisor.

Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos cinco anos, em texto integral e relevantes para o tema. Excluíram-se estudos sem evidências pertinentes ou fora do contexto do doente crítico adulto.

Resultados

Foram analisados 44 artigos, com exclusão de cinco por indisponibilidade em texto completo, resultando na inclusão de nove estudos (Figura 1). Os estudos foram publicados entre 2020 e 2024 e abrangem revisões de literatura e investigações qualitativas, quantitativas e mistas.

A comunicação padronizada é essencial na transferência de cuidados, destacando-se o modelo SBAR como uma das estratégias mais eficazes para garantir a transmissão clara e concisa da informação de informação [3,4]. A comunicação presencial entre enfermeiros, aliada ao envolvimento do doente e da família, contribui para a segurança e continuidade dos cuidados[4,6,8]. O registo clínico adequado, incluindo a implementação de sistemas eletrónicos, complementa a comunicação verbal, assegurando a rastreabilidade e minimizando falhas[7, 9, 10].

Fatores como erros de comunicação, interrupções, distrações e barreiras ambientais afetam a eficácia da transição de cuidados [4,5,8,11]. Estratégias como a formação dos profissionais em comunicação e trabalho em equipa, organização dos espaços para favorecer a troca de informação e adoção de protocolos rigorosos são fundamentais para reduzir riscos [4,8,9,11]. Além disso, a presença do doente e da família na transição favorece a humanização dos cuidados e a adesão ao tratamento[6,11]. A utilização inadequada de canais não oficiais compromete a segurança da informação e a continuidade dos cuidados, tornando essencial a implementação de meios formais e estruturados de comunicação[12]. Os estudos analisados evidenciam a complexidade da comunicação na transição de cuidados e reforçam a necessidade de estratégias estruturadas para melhorar a segurança do doente.

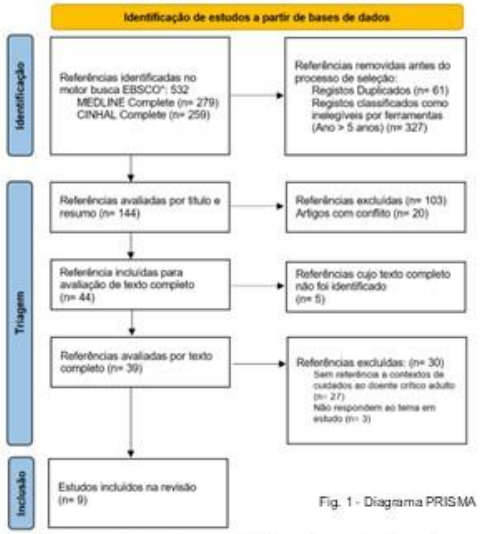

Fig. 1 - Diagrama PRISMA

Discussão

Os resultados evidenciam a complexidade da comunicação na transição de cuidados, essencial para a continuidade dos cuidados e a redução de eventos adversos. A falta de padronização e o uso exclusivo da comunicação verbal aumentam o risco de erros e perdas de informação [5, 12]. O registo clínico adequado reduz falhas, evitando a dependência da memória [7].

Barreiras como interrupções, canais não oficiais e variabilidade nas práticas comprometem a segurança do doente, podendo levar a erros na administração de medicamentos e atrasos em procedimentos[4,5,6,12]. Para mitigar estes riscos, recomenda-se a adoção de modelos estruturados como SBAR e ISBAR, que organizam a transmissão da informação[4,5,10,13] . A presença do doente e família na transferência melhora a precisão e a satisfação dos envolvidos[11].

A implementação de checklists previne omissões[6,11], e a formação dos profissionais em comunicação fortalece a segurança do doente crítico [5,12]. A integração de ferramentas digitais pode otimizar a clareza da informação, sendo necessário mais estudo sobre o seu impacto[13]. A colaboração interprofissional, com partilha estruturada de informações, melhora a eficácia da comunicação e a segurança dos cuidados[12].

Conclusão

A revisão da literatura destaca a complexidade da comunicação na transição de cuidados ao doente crítico, realçando a necessidade de uma abordagem sistemática e padronizada. A comunicação inadequada pode comprometer a segurança do doente, resultando em eventos adversos e prolongamento do internamento.

Estratégias como o método SBAR, checklists, transferência de cuidados junto ao doente, formação contínua, registo clínico adequado, integração tecnológica e comunicação multidisciplinar são essenciais para reduzir falhas e garantir clareza e segurança. No entanto, é fundamental monitorizar e adaptar estas práticas às especificidades dos contextos clínicos, exigindo investigação contínua sobre a sua eficácia.

[1] Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, 4169-005 Porto, Portugal.
[2] Atendimento Urgente, Hospital da Luz Arrábida, 4100-316 V.N.Gaia, Portugal.
[3] Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, 4169-005 Porto, Portugal.
[4] UCI Cardiologia, ULS São João, 4200-319 Porto, Portugal.

Bibliografia

ANEXOS

ANEXO 1 – Comprovativo de participação no IV Encontro Científico – Investigação em Enfermagem e Inteligência Artificial

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NUNO JORGE CORREIA CLARO DE SOUSA CARDOSO

membro nº **47204** desta Ordem, participou no(a) **"IV Encontro Científico – Investigação em Enfermagem e Inteligência Artificial"**, realizado **no dia 3 de Dezembro de 2024**, com duração total de **6 horas**, no(a) **Auditório Principal do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil.**

Porto, 3 de Dezembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,55 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 2 – Comprovativo de participação no Webinar - Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NUNO JORGE CORREIA CLARO DE SOUSA CARDOSO

membro nº **47204** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - "Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados""**, realizado no(s) dia(s) **no dia 11 de Dezembro de 2024**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 11 de Dezembro de 2024

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 3 – Comprovativo de participação VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática Especializada para a Excelência do Cuidar

CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

Declara-se que

Nuno Cardoso

participou **no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar**, que decorreu na Escola de Enfermagem – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, no dia 27 de março de 2025, com duração total de 7 horas.

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

DecPres VIIIFEE 79/2025

ANEXO 4 – Comprovativo de apresentação de póster no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática Especializada para a Excelência do Cuidar

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

Declara-se que,

Nuno Jorge Correia Claro de Sousa Cardoso; Rúben Câmara Encarnação

apresentaram no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar *um Poster* **subordinado ao tema** *«Comunicação na transição de cuidados de enfermagem»*, **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 VIIIFEE /2025