



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro na Comunicação
Eficaz da Equipa Interdisciplinar na Abordagem à Pessoa em
Situação Crítica**

*The Specialized Intervention of the Nurse in the Effective Communication of the
Interdisciplinary Team in the Approach to the Person in Critical Situation*

Maria João Oliveira Filipe



**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro na Comunicação
Eficaz da Equipa Interdisciplinar na Abordagem à Pessoa em
Situação Crítica**

*The Specialized Intervention of the Nurse in the Effective Communication of the
Interdisciplinary Team in the Approach to the Person in Critical Situation*

Maria João Oliveira Filipe

Orientadora: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes
Martins Henriques

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Sem conhecimento e sem comunicação não há humanização.”

Camila Pinheiro Silveira Cíntia Alves dos Santos

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer aos meus pais, pelo apoio incondicional durante este longo percurso.

Aos meus amigos de sempre - Alexandre, Lara, Beatriz, Priscila, Patrick.

Às minhas colegas, que foram incansáveis - Ana Cláudia e Raquel.

Ao meu grupo de trabalho - Ana, Raquel, Susana.

À Professora Doutora Eunice Henriques que, no momento mais crucial, me apoiou e permitiu chegar ao fim deste percurso académico.

Aos profissionais de saúde que me acompanharam e permitiram a minha recuperação.

Aos Mestres que me orientaram - Pedro e Pedro.

E a todos os que fizeram parte desta jornada.

O meu eterno agradecimento.

SIGLAS

ABCDE	“A” - Via Aérea; “B” – Respiração; “C” – Circulação/Controlo Hemorragia; “D” – Estado neurológico; E – Exposição
BIS	Índice Bispectral
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CAA	Comunicação Aumentativa e Alternativa
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DGS	Direção Geral de Saúde
DR	Diário da República
ECCO2R	Remoção Extracorporal De Dióxido De Carbono
ECMO	Oxigenação Por Membrana Extracorporal
EE	Enfermeiro Especialista
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	<i>Identify</i> (Identificação), <i>Situation</i> (Situação atual), <i>Background</i> (Antecedentes), <i>Assessment</i> (Avaliação) e <i>Recommendation</i> (Recomendações)
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAINAD	<i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i>
PiCCO	<i>Pulse Contour Cardiac Output</i>
PCC	Paragem Cardiocirculatória
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	Escala de agitação-sedação de Richmond
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SU	Serviço de Urgência
TAC	Tomografia Computorizada
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SO	Sala de Observação
SUMC	Serviço de urgência médico-cirúrgica

VMER

Veículo Médico de Emergência e Reanimação

RESUMO

A comunicação é inerente ao trabalho da equipa interdisciplinar, sendo uma ferramenta essencial no cuidado à pessoa em situação crítica (PSC), tornando-se, assim, a comunicação interdisciplinar num fator chave para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa.

Nos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos é onde podemos encontrar as pessoas mais vulneráveis, com tempo limitado para a sua estabilização. No entanto, este nível de precisão e as alterações rápidas que ocorrem requerem dos profissionais e, por conseguinte, da equipa um grau de comunicação eficaz e profissional para que seja assegurada a transmissão correta da informação (Böll et al., 2022).

A principal finalidade deste relatório é desenvolver uma análise descritiva e fundamentada do percurso global de aquisição de competências desenvolvido, evidenciando as competências adquiridas.

Tendo em consideração a pertinência do referencial teórico como orientador deste percurso, tivemos por base o “Modelo Conceptual de Enfermagem” desenvolvido por Benner, por valorizar a importância do cuidar e da comunicação entre todos os participantes, de forma a compreender as ligações entre os grandes sistemas e o doente individual, visto que o trabalho desta teórica se destaca pela orientação do crescimento e do desenvolvimento de competências profissionais.

Ao longo do percurso académico, desenvolvemos estas competências no contexto de urgência e de cuidados intensivos. Assim, neste relatório, pretendemos apresentar as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio, com o principal objetivo de sistematizar o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, no que concerne à comunicação eficaz da equipa interdisciplinar, na abordagem à PSC.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; comunicação eficaz; equipa interdisciplinar; intervenção especializada do enfermeiro.

ABSTRACT

Communication is inherent in interdisciplinary teamwork, being an essential tool in the care of the person in a critical situation. Interdisciplinary communication is a key factor for the quality and safety of patient care.

In emergency departments and intensive care units it is where the most vulnerable patients are found with limited time for their stabilization, this level of precision and the rapid changes that occur require from professionals and therefore from the team a degree of effective and professional communication to ensure the correct transmission of information (Böll et al., 2022).

The main purpose of this report is to develop a descriptive and substantiated analysis of the skills acquisition path developed, demonstrating the skills acquired.

Considering the importance of the theoretical framework, as a guide for this path, it was based on the Conceptual Model of Nursing developed by Benner, as it portrays the importance of care and communication among all participants in order to understand the connections between large systems and the individual patient, as a guide for growth and development of professional skills.

Throughout our academic career, we have developed skills in the context of emergency and intensive care. Thus, we propose ourselves to present the activities developed in each internship context, with the main objective of developing specialized nursing skills in the effective communication of the interdisciplinary team in the approach to the person in critical situation.

Keywords: critically ill patient; effective communication; interdisciplinary team; specialized nurse intervention

Índice

Introdução	11
Enquadramento Conceptual	14
1. Comunicação na abordagem à PSC.....	14
2. Transição Dos Cuidados De Saúde	18
3. Comunicação Interdisciplinar	19
4. Técnica ISBAR	21
5. Intervenção especializada de enfermagem na comunicação eficaz da equipa interdisciplinar na abordagem à PSC.....	23
Percurso De Aquisição E De Desenvolvimento De Competências.....	28
1. Estágio em Serviço de Urgência.....	28
2. Estágio em UCI.....	34
Considerações Finais	41
Referências	43

Apêndices

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II - Cronograma do Estágio com Relatório

Apêndice III - Planeamento dos objetivos e atividades a desenvolver nos estágios

Anexos

Anexo 1 – Certificado de Participação na sessão de formação online “Introdução à Farmacovigilância: Noções gerais e notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos”

Tabelas

Tabela 1 Modelo explicativo da metodologia ISBAR.....	22
---	----

Introdução

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrado no plano de estudos do terceiro semestre do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), cujo desenvolvimento se encontra delineado no Módulo 2 da unidade curricular do segundo semestre, dando cumprimento, deste modo, ao determinado no Art. 20º, nº1, alínea b) do DL 74/2006 de 24 de março (Diário da República [DR], 2006).

O presente documento, intitulado “A Intervenção Especializada do Enfermeiro na Comunicação Eficaz da Equipa Interdisciplinar na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica”, visa a análise crítico-reflexiva deste percurso académico, de forma a testemunhar o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa que vivencia situações críticas de saúde, em contexto de urgência e unidades de cuidados intensivos, e a criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade.

Primeiramente, baseámo-nos nas competências integrantes do plano de estudos da ESEL e, em simultâneo, nas competências preconizadas nos Regulamentos de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (DR, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista PSC, evidencia-se a gestão da “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, através da afirmação de conhecimentos em técnicas e estratégias facilitadoras de comunicação face à pessoa, família/cuidador em situação crítica e adequar a comunicação à condição complexa de saúde da PSC (p.19363).

A abordagem do enfermeiro no seu contexto profissional tem como base a evidência científica. Daí que entendemos privilegiar a teoria filosófica de enfermagem da investigadora Patricia Benner¹, baseada no Modelo Dreyfus², por enfatizar a

¹ Patricia Benner é uma teórica de enfermagem, investigadora e autora. Trabalhou como enfermeira e como enfermeira-chefe e mais tarde deteve o cargo de professora lecionando ao nível de mestrado e doutoramento.

importância do cuidar e da comunicação entre todos os participantes, de forma a compreender a amplitude das ligações entre os grandes sistemas e o doente individual, durante o processo de prestação de cuidados.

O enfermeiro, no seu exercício clínico, desenvolve as suas competências ao longo do tempo, através da experiência, da aquisição de novos conhecimentos, da reflexão e aprofundamento dos já existentes, mobilizando-os na prestação de cuidados, tendo, preferencialmente, por base a evidência científica.

No seu modelo teórico, Benner (2001) define cinco níveis de proficiência – “iniciado”, “iniciado avançado”, “competente”, “proficiente” e “perito” –, alcançados mediante a experiência e desenvolvimento profissionais, que especificaremos mais adiante. Desta forma, pretende-se que o enfermeiro especialista possa evoluir e, idealmente, atue segundo as características atribuíveis ao último nível, “perito”.

Um enfermeiro que atinja o nível de “perito”, com a sua experiência de nível avançado, está capacitado para compreender, de forma intuitiva, as situações emergentes, não se apoiando, em exclusivo, em princípios analíticos e científicos, mas também na prática que foi adquirindo e articulando com a teoria.

Podemos afirmar que as características do Mestre em Enfermagem vão ao encontro das competências do enfermeiro com nível de perito, sendo necessário um trabalho contínuo na sua prática, através da aquisição de conhecimentos e da sua formação para o desenvolvimento profissional. Benner (2001) reforça que “todas as enfermeiras têm direito de esperar atingir o nível de especialização, se a sua formação foi bem conduzida” (p.207).

A teoria de Benner refere que “a reflexão sobre a condição do doente e a comunicação de múltiplas perspetivas clínicas são necessárias em programas de educação básica para todos os profissionais de saúde, mas também em ambientes de trabalho de alta intensidade e alta demanda” (Benner et al., 2011, p.402).

Benner desenvolveu um relato descritivo interpretativo da prática de enfermagem clínica. Trabalhos Publicados: *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984); *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement and Ethics* (1996); *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A thinking-In-action Approach* (1999)

² Stuart Dreyfus, na investigação de operações e Hebert Dreyfus, na filosofia, criaram o Modelo de Aquisição de Capacidade de Dreyfus, que Benner aplicou na obra *From Novice to Expert*. Benner adaptou o Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à prática da enfermagem clínica. O modelo é situacional e descreve os cinco níveis de desenvolvimento de competências.

Desde 2019, o momento em que tivemos a oportunidade de iniciar o exercício de funções num serviço de medicina, percebemos que a PSC se encontra presente em diversos contextos e que a comunicação interdisciplinar com esta pessoa é essencial para a eficiência da prestação de cuidados imediatos. No entanto, constatamos que este não é um tema muito debatido ou sequer discutido pelos profissionais de saúde.

A necessidade de colmatar estas dificuldades, quer no campo profissional, quer no campo pessoal, conduziu à seleção deste tema central, no sentido em que a intervenção especializada do enfermeiro na comunicação eficaz da equipa interdisciplinar na abordagem à PSC se revela um fator essencial no *outcome* do doente³.

A comunicação é uma competência necessária na prática de enfermagem, uma vez que facilita a identificação de problemas, fomenta a reflexão, a partilha de experiências e, conseqüentemente, fornece cuidados seguros centrados na pessoa, desde a triagem até ao momento da alta. De acordo com Benner et al. (2011) “uma prática clínica baseada na ciência requer comunicação hábil de entendimento clínico e de preocupações práticas e éticas à medida que evoluem para que decisões clínicas corretas possam ser tomadas” (p.379).

Este relatório tem como finalidade descrever o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área do cuidado à PSC, organizando-se em dois capítulos principais, divididos em subtemas. Primeiramente, é apresentado o enquadramento conceptual, com explicitação da evidência científica articulada com o tema e respetiva operacionalização do referencial teórico. Seguidamente, procedemos à abordagem do percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências relativo ao contexto de estágio nas unidades de cuidados intensivos e urgência. Por fim, serão apresentadas as considerações finais, com a reflexão sobre o percurso realizado nas suas diferentes fases.

As referências bibliográficas e citações regem-se pelas normas da *American Psychological Association*, 7ª edição, e o trabalho redigido de acordo com as normas elaboração dos trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (American Psychological Association, 2020).

³ “Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios” (Santos et al., 2010); “*Interdisciplinary and interprofessional communication in the team*” (Böll et al., 2022); “*Barriers and Gaps in Effective Health Communication at Both Public Health and Healthcare Delivery Levels During Epidemics and Pandemics; Systematic Review*” (Bauder et al., 2023).

Enquadramento Conceptual

O mestrado na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Para Benner et al. (2011) as pessoas em situação crítica são definidas como:

os doentes que (...) ou já não são capazes de manter a estabilidade fisiológica de forma independente ou estão em risco elevado de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica. As suas condições críticas definem e orientam as intervenções e práticas dos enfermeiros de cuidados agudos e críticos. As intervenções instantâneas e a prontidão constante para as proporcionar são fundamentais para a prática de enfermagem de cuidados críticos e são a principal razão pela qual os doentes são internados em áreas de cuidados críticos (p. 87).

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados qualificados prestados de forma ininterrupta à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e possibilitando manter as funções básicas de vida antecipando complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (DR, 2018).

Neste capítulo será desenvolvido o tema, sendo efetuada uma abordagem ao processo de comunicação, enquanto instrumento básico do cuidado de enfermagem e enquanto elemento-chave para o cuidado fundamental, enfatizando o referencial teórico que norteou o percurso desenvolvido.

1. Comunicação na abordagem à PSC

A Comunicação é definida, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como um comportamento interativo de “dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (CIPE, 2009, p.45).

Os especialistas em comunicação têm várias visões sobre como as pessoas constroem conversas significativas. Baseiam-se em teorias de perspetivas sociopsicológicas e socioculturais para teorizar que os problemas com a comunicação

são situacionais e requerem a manipulação de causas de comportamento para alcançar certos resultados (Schubart et al., 2015).

Nas unidades de cuidados intensivos (UCI) e serviço de urgência (SU), os objetivos situacionais do cuidado são um foco de comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias dos doentes. Neste sentido, os profissionais de saúde devem estabelecer relações de confiança e fornecer informações clínicas, muitas vezes para orientar e apoiar a tomada de decisões críticas. Esta comunicação enquadra-se numa perspectiva de múltiplos objetivos que pressupõe que as pessoas tentam atingi-los em simultâneo nas suas interações. Com múltiplos objetivos, as ações de comunicação que ajudam a alcançar um objetivo tanto podem auxiliar como causar conflito com outros objetivos relevantes. Assim, torna-se importante a tomada de consciência de como os objetivos afetam a construção da mensagem (Schubart et al., 2015).

A abordagem do enfermeiro requer a capacidade de verbalizar de forma mais precisa possível aquilo que observa e de o transmitir de forma clara, concisa e contextualizada (Benner et al., 2011).

A PSC é definida como o momento em que os doentes “já não são capazes de manter a estabilidade fisiológica de forma independente ou estão em risco elevado de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica” (Benner et al., 2011, p.87).

Nos cuidados à PSC, por isso, é fundamental o trabalho em equipa interdisciplinar, tal como a comunicação eficaz do enfermeiro, de forma que a assistência à PSC seja realizada de forma imediata. De acordo com Benner et al. (2001), “quando existe uma boa comunicação entre os médicos e as enfermeiras e prevalece a colaboração, a flexibilidade aumenta, e é o doente que beneficia” (p.169). Heinemann (2002) refere também que quanto melhor for a comunicação dentro da equipa e com outras equipas e unidades na organização, melhor será o desempenho da equipa.

O enfermeiro especialista tem como competência específica no cuidado à PSC apresentar “conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação” e “conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação (...)” (DR, 2018, p. 19363).

São diversos os aspetos que complexificam a comunicação com o doente crítico, destacando-se as situações em que o doente está sedado, curarizado e, também, quando se verifica no doente consciente a dificuldade em manter a comunicação verbal

pela existência, na maioria das situações, de dispositivos de ventilação, como ventilação mecânica, traqueostomia, tubo orotraqueal (Rosa, 2021).

A utilização da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), conceito que se refere a todas as formas de comunicação que não envolvem falar, é indicada em pessoas com compromisso do discurso ou linguagem para ajudar o indivíduo a expressar pensamentos, desejos e necessidades, sentimentos e ideias (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2019).

A Comunicação Aumentativa e Alternativa divide-se em dois tipos - a CAA de baixa tecnologia e a CAA de alta tecnologia. O primeiro tipo inclui a utilização de gestos, a utilização da expressão facial, a linguagem corporal, como movimentos de cabeça, apertar as mãos, o tato, a utilização de materiais como o lápis e o papel, as letras do alfabeto e utilização de imagens (Ortega-Chacón & Díaz, 2017). Já o segundo tipo, consiste num método recente de aplicação da tecnologia nos contextos de saúde (Zaga et al., 2019).

A CAA é um adjuvante, quando usado para complementar a fala existente, uma alternativa, quando usada em vez de discurso que está ausente ou não funcional, ou temporária como quando usado por pacientes pós-operatórios nos cuidados intensivos (ASHA, 2019).

Por conseguinte, existe uma grande diversidade de estratégias de comunicação que podem ser utilizadas com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva, destacando-se a utilização de gestos, a expressão facial, linguagem corporal, movimentos de cabeça, apertar as mãos, o tato, a utilização de materiais como o lápis e papel, as letras do alfabeto, as placas de palavras e imagens, válvulas de comunicação, eletrolaringe, tubos de traqueostomia com dispositivos que permitam a comunicação ou dispositivos de comunicação alternativa e aumentativa de alta tecnologia (Sias et al., 2022).

A comunicação interpessoal é um desafio com doentes incapazes de comunicar verbalmente. O recurso à ventilação mecânica, ao limitar a comunicação oral, impede a troca de informações entre o doente e o profissional de saúde propiciando a depressão, o isolamento e a motivação para participar no cuidado. Como tal, o enfermeiro deve estar desperto para o recurso a estratégias comunicacionais não verbais e o uso de

mecanismos adicionais como a válvula fonatória para minimizar esse impacto negativo (Sutt et al., 2015).

A comunicação na área de saúde é uma parte essencial da prestação de cuidados de saúde e a transmissão eficaz de informações é fundamental para os profissionais de saúde a fim de evitar erros. Na era da rápida disseminação de informação, é crucial que os cientistas e os prestadores de cuidados de saúde possam comunicar mensagens de saúde precisas sem problemas. A nível interpessoal, a comunicação é vital para estabelecer uma relação de confiança entre os doentes e os prestadores de serviços. Segundo Bauder et al. (2023) os estudos têm demonstrado que a comunicação inadequada dos cuidados médicos é uma das principais causas de morte evitável e é responsável por um aumento significativo de mortalidade.

A situação clínica das PSC tem sido tradicionalmente vista em função das comorbidades e da complexidade dos procedimentos, com pouca atenção dada ao sistema no qual os cuidados são prestados. Esta visão mudou ao longo da última década, tendo sido demonstrado que outros fatores, como a liderança, a comunicação e o trabalho em equipa, contribuem para a segurança. Destes fatores, a comunicação é talvez o mais significativo, quer como habilidade em si mesma, quer porque comunicação eficaz é parte integrante do sucesso de todos os outros fatores "sistemas" (Nagpal et al., 2012).

Além disso, o recurso acrescido ao trabalho por turnos valorizou a qualidade da transferência de informação e da comunicação. Apesar disso, as falhas de comunicação continuam a ser uma das principais causas de eventos adversos. A análise da transmissão de informação sobre a prestação de cuidados completa é fundamental, uma vez que as falhas de comunicação não são eventos discretos, a perda de informação numa fase do cuidado pode potencialmente comprometer a segurança numa fase subsequente. Portanto, qualquer estratégia que vise melhorar o sistema de comunicação e, portanto, a segurança do doente deve envolver a identificação e melhoria dos processos de transferência de informação e da comunicação em todo o percurso da pessoa (Nagpal et al., 2012).

2. Transição Dos Cuidados De Saúde

De acordo com a DGS (2017) os profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação são o médico e/ou o enfermeiro da equipa que acompanha a pessoa na instituição de origem e de receção, aquando da admissão nos serviços de urgência.

O *handover* foi definido como a comunicação oral entre os profissionais de saúde de informação pertinente sobre os doentes, após o término de um turno de trabalho e o início de outro (Santos et al., 2010, conforme citado por Clair & Trussel, 1969).

Compreende-se que a definição “tem vindo a evoluir mantendo, no entanto, o aspeto caracterizante essencial de “sistema de comunicação de informação” necessário para o objetivo último, “facilitar o cuidado do doente” (Santos et al., 2010, p.52).

A Joint Commission (2017) refere que o *hand-off* é uma transferência e aceitação da responsabilidade de cuidar do doente alcançada através de uma comunicação eficaz. É um processo em tempo real de passagem de informação específica do doente de um cuidador para outro ou de uma equipa de cuidadores para outra com o objetivo de garantir a continuidade e segurança dos cuidados do doente.

No relatório “*Crossing the Quality Chasm*” de 2001, afirmou-se que as transferências constituem uma oportunidade de erro e que “num sistema seguro, a informação não é perdida, inacessível ou esquecida nas transições” (Institute of Medicine, 2001). Porém, uma pesquisa hospitalar de 2009 sobre cultura de segurança do doente, os entrevistados relataram que “informações importantes sobre cuidados ao doente são frequentemente perdidas durante mudanças de turno e transferências de doentes” (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2010).

A comunicação interpessoal inadequada e ineficaz entre os profissionais de saúde é um fator-chave frequentemente citado que contribui para erros processuais, que podem levar a eventos adversos (Smeulers et al., 2012).

As falhas na comunicação foram apontadas como uma das principais causas de acontecimentos adversos comunicadas à *Joint Commission* nos EUA entre 2004 e 2010 (The Joint Commission, 2017). Num estudo australiano com mais de 14.000 admissões, 17% estavam associados a um acontecimento adverso; em 11% destes problemas de

comunicação foram considerados um fator contribuinte (Smeulers et al., 2012, conforme citado por Wilson, 1995).

A *TeamSteps: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* referiu o *handover* como “a transferência de informação (assim como de autoridade e responsabilidade) que acontece no *continuum* de cuidados dos doentes nos momentos de transição e que inclui a oportunidade para levantar questões, clarificar e confirmar” (Santos et al., 2010, p.33).

Trata-se de uma interação essencial que envolve um processo de comunicação entre profissionais, tal como a transferência de responsabilidade do cuidado, que acontece num sistema cultural e organizacional complexo (Santos et al., 2010). A “complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adotados, e as características dos vários cuidadores tem impacto na efetividade e eficiência do *handover* e, conseqüente, na segurança do doente” (Santos et al., 2010, p.52).

O aumento da qualidade dos *handover* está relacionado com a melhor qualidade dos serviços, à diminuição de erros e da mortalidade (Santos et al., 2010).

De acordo com Kerr (2002) o *handover* tem 3 fases principais: “(1) de comunicação expressa, que inclui a informação sobre aspetos objetivos essenciais ao cuidado e o ensino das práticas médicas; (2) de informação encoberta, que integra os elementos psicológicos e sociais dos cuidados (3) de integração cultural, que tem como objetivo a construção da identidade profissional” (Santos et al., 2010, conforme citado por Kerr 2002, p.52). Frequentemente tem sido conferido ao *handover* valor como: suporte emocional dos profissionais, constituindo uma boa oportunidade para permutar experiências e para lidar com o stress ocupacional; elemento motivador; forma de socialização e de incentivação da integração nas equipas de saúde; e componente de coesão das equipas de saúde (Santos et al., 2010).

3. Comunicação Interdisciplinar

A comunicação interdisciplinar é um fator-chave para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC. Nas UCI's e SU encontram-se as pessoas mais vulneráveis com tempo limitado para a sua estabilização. O nível de precisão exigido e

as alterações rápidas que ocorrem requerem dos profissionais e, conseqüentemente, da equipa, um grau de comunicação eficaz e profissional para assegurar a transmissão correta da informação (Böll et al., 2022).

Segundo a DGS (2017), a comunicação eficaz entre profissionais é definida como “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p.4).

As equipas interdisciplinares “incluem profissionais de múltiplas disciplinas (por exemplo, enfermeiros, médicos, assistentes sociais) que trabalham em colaboração e tomam decisões em grupo sobre cuidados com o doente” (Paice, 2011, p.540). Estas equipas são essenciais no cuidado a pessoas em risco de vida e das suas famílias. A construção ou fortalecimento das equipas depende do ensino interdisciplinar e da formação em equipas em técnicas de comunicação e resolução de conflitos, bem como de apoio institucional adequado (Paice, 2011).

Melhorar o trabalho em equipa melhora o desempenho clínico e a segurança do doente. A gestão de crises em equipa é fortemente influenciada por um conjunto de competências sociais e cognitivas agrupadas sob o termo “gestão de recursos de crise”. A comunicação eficaz é um dos seus componentes centrais, e os aspetos verbais e não verbais da comunicação dentro de uma equipa evidenciam-se essenciais. Lidar com o *stress* também é fundamental para a gestão de crises, a fim de evitar a interrupção dos processos cognitivos e a redução do desempenho clínico (Weller & Webster, 2021).

O comportamento de comunicação positiva é uma técnica que visa otimizar as componentes verbais e não verbais do processo de comunicação. Consiste, no aspeto verbal, em usar sugestões positivas sem qualquer forma de negação, e no aspeto não verbal, em usar uma voz calma e lenta; olhar nos olhos; e exibindo uma face sorridente, uma postura e vestuário adequado. Sabe-se que o comportamento de comunicação positiva reduz a resposta ao *stress* e as suas conseqüências nos doentes, mas o seu potencial benefício para os próprios profissionais de saúde continua por estudar (Weller & Webster, 2021).

É essencial o trabalho em equipa interdisciplinar para a prestação dos melhores cuidados ao doente, assim como para manter uma coesão entre a equipa de saúde. É importante coordenar, ordenar e responder às múltiplas necessidades e solicitações

dos doentes. Para tal, é essencial estabelecer prioridades, planificar acontecimentos, e constituir e consolidar uma equipa interdisciplinar que ponha em prática os melhores cuidados. Este objetivo será mais facilmente concretizável recorrendo e mantendo o espírito de equipa, mantendo um comportamento humano em relação aos doentes, mesmo na ausência de contactos próximos frequentes e preservando uma atitude flexível em relação aos doentes, à tecnologia e à burocracia (Benner et al., 2001).

4. Técnica ISBAR

Os desafios de comunicação em equipa, *speaking up* e *handovers* foram demonstrados e treinados interactivamente com estratégias e exercícios apropriados, a comunicação em circuito fechado, *speaking up* e *handovers* estruturados como o ISBAR (Dietl et al., 2023).

Uma das ferramentas utilizada em emergência é a metodologia ISBAR, ou seja, *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation* (ISBAR). Sendo, recomendada por várias organizações de saúde por ser de fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados (DGS, 2017, p.6).

A ISBAR corresponde à Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual - descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes - descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação - informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; e Recomendações - descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente. É uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017).

Na tabela seguinte, é possível analisar o Modelo explicativo da metodologia ISBAR (Tabela 1):

Tabela 1 Modelo explicativo da metodologia ISBAR

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

Fonte: (DGS, 2017)

A ISBAR é uma estrutura de comunicação para transferências de doentes, padronizando a transmissão de informações da pessoa. A tabela estrutura o processo de comunicação, fornecendo informações sobre identificação, situação, antecedentes, avaliação e recomendação. Portanto, o ISBAR foi introduzido como uma ferramenta de transferência, para reduzir os erros de comunicação (Dietl et al., 2023).

Esta ferramenta de padronização, para além de funcionar como metodologia de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, contribui também para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e aumenta a rápida integração dos novos profissionais, promovendo a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017).

Embora a comunicação da ISBAR seja extremamente útil, está focada em problemas clínicos e ações absolutas, havendo assim a necessidade, por parte do enfermeiro, de articular e comparar mudanças subtis e até discutíveis dos doentes com os médicos. Os enfermeiros necessitam de aprender a comunicar mudanças ambíguas do doente e fornecer exemplos narrativos de alterações e tendências observadas e, em seguida, tomar medidas para confirmação ou não de possíveis causas e estados fisiológicos concorrentes (Benner et al., 2011).

5. Intervenção especializada de enfermagem na comunicação eficaz da equipa interdisciplinar na abordagem à PSC

A intervenção do enfermeiro no seu contexto profissional, têm como base o conhecimento teórico fundamentado em evidência científica. Para tal, selecionámos o Referencial teórico de enfermagem de Benner por retratar a importância do cuidar e da comunicação entre todos os participantes de forma a compreender as ligações entre os profissionais e o doente individual.

O enfermeiro, na prática clínica, desenvolve as suas competências ao longo do tempo, através da experiência, da aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento dos já existentes, mobilizando-os na prestação de cuidados e tendo por base a evidência científica. Benner et al. (2001) define 5 níveis de proficiência – iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito – alcançados mediante a experiência e desenvolvimento profissionais. Pretende-se que o enfermeiro especialista atue tendo por base as características atribuíveis ao último nível – perito que com a sua enorme experiência consegue compreender de forma intuitiva as situações não se apoiando em princípios analíticos, como regras e aprende com os problemas rapidamente.

Podemos afirmar que as características do mestre vão ao encontro das competências do enfermeiro com nível de perito, sendo necessário um trabalho contínuo na sua prática, através da aquisição de conhecimentos e da sua formação para o desenvolvimento profissional. Benner et al. (2001) refere que “todas as enfermeiras têm direito de esperar atingir o nível de especialização se a sua formação foi bem conduzida” (p.207).

No desenvolvimento do conhecimento prático, com o tempo, é necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de forma a ser desenvolvido e melhorado (Benner et al., 2001). Nos sete domínios dos Cuidados de Enfermagem, existem três que suportam a temática selecionada, sendo estes: tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados; e capacidade de organização e de distribuição das tarefas.

O primeiro domínio que importa referir é a Tomada a Cargo Eficaz de Situações de Evolução Rápida. Este domínio de competência envolve a capacidade de aprendizagem rápida do problema, assim como, de intervir de forma apropriada e de avaliar e mobilizar toda a ajuda possível. Este tópico compreende algumas das aptidões mais importantes na prática clínica do enfermeiro, “competências em situações de urgências vitais: apreensão rápida de um problema; gestão dos acontecimentos: fazer corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência; e identificação e tomada a cargo da crise de um doente até à chegada do médico” (Benner et al., 2001, p.136).

Outro domínio que importa realçar neste enquadramento teórico é Vigiar e Assegurar a Qualidade dos Cuidados. Frequentemente, os enfermeiros deparam-se com situações ambíguas devendo “servir de válvula de segurança, de modo a assegurar, sem perigo, os cuidados de enfermagem, e estão conscientes desse seu papel (...) As enfermeiras peritas conhecem as soluções que permitem circunscrever os problemas, à medida que eles se apresentam” (Benner et al., 2001, p.165).

O enfermeiro é o elo entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados, tendo, assim, a possibilidade e o dever de prevenir e de detetar lapsos na comunicação ou intervenção com a pessoa. Os enfermeiros aplicam esta competência ao assegurar um sistema de segurança à PSC, aquando dos tratamentos de enfermagem, na avaliação do que pode ter sido esquecido ou acrescentado nas prescrições médicas, sem pôr em risco a vida da pessoa, e na obtenção de uma resposta apropriada e em tempo útil por parte do médico (Benner et al., 2001).

Finalmente, o terceiro domínio, que consideramos estar na base da comunicação interdisciplinar clara e eficaz, é a Capacidade de Organização e de Distribuição das Tarefas. Esta capacidade permite que todos os membros que tenham tido uma intervenção num determinado doente e após a sua avaliação, possam expor o seu

ponto de vista, devendo esta partilha contribuir para que os cuidados ao doente sejam o mais eficientes possível. Segundo Benner et al. (2001) “esta troca é um processo dinâmico porque o doente muda pouco a pouco, e porque as relações múltiplas realçam diferentes perspetivas e, conseqüentemente, diferentes possibilidades de terapias” (p.177).

Conforme postulado por Santos et al. (2010) a comunicação entre os membros da equipa é fundamental para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental (i.e., ideias comuns relativamente a objetivos, modo de funcionamento, padrões temporais, papeis e funções individuais, valores relacionados com a atividade da equipa e visão sobre o contexto em que esta se insere) (p.53).

As equipas de trabalho em situações de alto risco ou grande intensidade de trabalho (por exemplo no SU e na UCI) é lhes exigida experiência e competências diferenciadas (Santos et al., 2010).

Contudo, a progressiva complexidade e as elevadas exigências impedem, algumas vezes, cuidados de elevada qualidade e a segurança dos doentes em vários contextos de cuidados de saúde. Para atender a esses requisitos, o trabalho em equipa e a comunicação eficaz são valores fundamentais para a prestação de cuidados de alta qualidade, bem como para a segurança da pessoa doente (Dietl et al., 2023).

Segundo Lancaster et al. (2015) a comunicação interdisciplinar, o trabalho em equipa e a formação promove *outcomes* positivos de cuidados ao doente. Os profissionais de saúde devem contar com outros membros da equipa interdisciplinar e interprofissional para agir de acordo com conhecimentos e competências específicos para melhorar os cuidados prestados às pessoas.

Nas UCI e nos SU, equipas de diferentes grupos profissionais são regularmente responsáveis pelo cuidado das pessoas mais vulneráveis sob pressão de tempo, muitas vezes com mudanças na composição dos recursos humanos. O alto grau de precisão, a condição geralmente em rápida mudança das pessoas, bem como o *stress* físico e emocional exigem um alto grau de profissionalismo na comunicação entre diferentes grupos profissionais, a fim de garantir uma transferência eficaz de informações dentro da equipa (Böll et al., 2022).

Além disso, os familiares desempenham muitas vezes um papel importante na tomada de decisões participativas e precisam de estar envolvidos na comunicação, a fim de evitar conflitos e proporcionar o melhor tratamento possível de acordo com os desejos da pessoa (Böll et al., 2022).

Para além dos diferentes níveis de formação e experiência dos membros da equipa, existem diferenças em termos de socialização emocional e cultural que dificultam uma comunicação eficaz da equipa. Uma estrutura estável de gestão das UCI parece ser um pré-requisito essencial para ultrapassar possíveis obstáculos de comunicação e está também associada a uma menor taxa de mortalidade dos doentes (Böll et al., 2022).

O número cada vez maior de pessoas com doenças complexas e potencialmente fatais, a concentração de camas nas UCI e SU em poucos hospitais centralizados, a expansão das unidades de cuidados intensivos e o desejo de maior disponibilidade (24 horas por dia, 7 dias por semana), contribuíram para o aumento das preocupações com a equipa interdisciplinar. Os desafios que se colocam aos profissionais podem afetar negativamente o seu bem-estar, assim como a perceção da equipa sobre a qualidade do cuidado e o tempo disponível para a educação especializada (Pastores et al., 2019).

Segundo Lancaster et al. (2015) referem que as comunicações inadequadas e autoritárias entre os profissionais de saúde fomentam a hostilidade, a desconfiança e a frustração, que dificultam a colaboração e comprometem os cuidados de qualidade dos doentes. Por isso, a colaboração interdisciplinar pode ser eficaz quando os profissionais de saúde envolvidos têm uma compreensão clara dos papéis uns dos outros, levando ao reconhecimento das contribuições da equipa médica e da equipa de enfermagem para os cuidados, melhorando a comunicação e a colaboração e permitindo o aumento da segurança do doente. O trabalho em equipa interdisciplinar permite aos profissionais construir um entendimento que reflete a tomada de decisão independente e partilhada, prevenindo a fragmentação e aumentando a eficácia da prestação de cuidados de saúde (Lancaster et al., 2015).

A ferramenta *Technology-assisted continuing education* (TACE) é uma componente vital da prática profissional para todos os profissionais de saúde e ocorre quando vários

profissionais de saúde de diferentes origens profissionais trabalham em conjunto para dar resposta às necessidades locais de cuidados de saúde e prestar cuidados da mais elevada qualidade. Foca-se na importância e evolução da aprendizagem da educação interprofissional como ferramenta para promover a segurança do doente e melhorar os resultados clínicos (Gullatte et al., 2019).

A literatura destaca várias estratégias tais como: os exercícios de Tangram, onde são treinadas competências de comunicação interpessoal de precisão e clareza; *debriefings*; comunicação em circuito fechado; *speaking up*; reuniões de equipa regulares; espaços flexíveis e inovadores (sem barreiras) e responsabilidade adicional (Böll et al., 2022; Dietl et al., 2023; Naccarella et al., 2019; Robinson et al., 2014).

Verifica-se que a construção de um sistema de trabalho, um modelo contínuo de trabalho e a implementação de um processo de transferência multidisciplinar sistemático é necessário para evitar a quebra de informações em contextos de rápida evolução. Para realizar um sistema de trabalho interprofissional é necessário treino baseado na prática, com o objetivo de desenvolver uma compreensão profunda da cognição da equipa (Gilardi et al., 2014; Pastores et al., 2019; Talley et al., 2019).

O enfermeiro tem como estratégia de intervenção a gestão da comunicação interpessoal, que é considerada uma competência específica do enfermeiro especialista de PSC (DR, 2018).

Percurso De Aquisição E De Desenvolvimento De Competências

1. Estágio em Serviço de Urgência

O estágio decorreu no período decorrido entre 3 de outubro a 25 de novembro de 2022, num serviço de urgência médico-cirúrgica, inserido na rede nacional de urgências, que presta cuidados à pessoa/família em situação urgente e emergente, com idade igual ou superior a 18 anos.

Como objetivo específico, as atividades que foram desenvolvidas podem observar-se em tabela, de forma explícita, em apêndice (Apêndice III).

Seguidamente, focar-nos-emos no desenvolvimento de diversas competências durante o tempo de estágio, de forma a clarificar como incluímos neste percurso as competências do Enfermeiro Especialista (EE), que é definido como

aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2017, p.1).

O primeiro objetivo específico consistiu em “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à PSC”, onde foram incluídas todas as dimensões inerentes à prestação de cuidados, mobilizando os aspetos do cuidado fundamental, de forma a atingir aquilo a que nos propusemos.

O SU é composto por diversas áreas para prestação de cuidados. A pessoa percorre várias etapas desde o momento que recorre ao serviço dependendo do grau de gravidade do seu estado de saúde. Numa primeira fase, a pessoa dirige-se à receção das urgências para realizar a admissão; de seguida, todos os doentes são inicialmente avaliados na sala de triagem, onde o enfermeiro procede a uma observação e regista alguns parâmetros que permitem atribuir uma cor correspondente a um grau de prioridade, prevendo um tempo de espera, até à primeira observação médica. Nesse processo de triagem, existem pulseiras de seis cores: a vermelha - emergente; laranja - muito urgente; amarela - urgente; verde - pouco urgente; azul - não urgente e branca -

não classificável. Esta atribuição é efetuada através da Triagem de Manchester que identifica, perante os sintomas, um critério de prioridade, não estabelecendo diagnósticos clínicos, com posterior alocação do doente na área de atendimento mais adequada (Grupo Português De Triagem, 2010).

De acordo com a Norma nº 002/2018, “a uniformização de procedimentos e as **tomadas de decisão** suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência (...) um encaminhamento precoce do doente e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e **segurança**” (Diário da República, 2018, p.15).

Numa segunda fase, com base na atribuição do grau de prioridade para a observação médica, a pessoa tem seguimento diferente: nas situações de pulseira branca, azul e verde, poderão ser encaminhadas à sala de espera a fim de aguardarem por observação médica e, posteriormente, caso seja necessário para a sala de tratamento para realizar a prescrição médica.

No caso das pulseiras laranjas e amarelas, consoante a situação clínica, a pessoa é encaminhada para o Serviço de Observação (SO) 3, onde se encontram pessoas em situação urgente ou muito urgente, havendo necessidade de maior vigilância organizada e sistemática, nomeadamente monitorização cardiorrespiratória. Quando é necessário um maior tempo para a estabilização clínica e/ou investigação de etiologia das queixas, ou a aguardar internamento da PSC, a pessoa é transferida para o SO 1 ou SO 4, consideradas zonas de internamento temporário até à alta clínica ou até à transferência para serviços de internamento, onde existe reavaliação clínica e prestação de cuidados inerentes à sua situação clínica.

Se a prioridade, segundo a Triagem de Manchester, for muito urgente, a pessoa é encaminhada de imediato para a sala de reanimação, assim como os casos emergentes que necessitem de observação e prestação de cuidados imediatos por parte da equipa multiprofissional. Existem as seguintes valências médicas: Medicina Interna; Cirurgia Geral; Ortopedia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Psiquiatria; Ginecologia e Obstetrícia, sendo estas as mais comuns de encaminhamento da sala de triagem. A **triagem primária e secundária** é uma unidade de competência do EE (DR, 2018).

O serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) tem uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência com capacidade de

prestar cuidados emergentes a duas pessoas simultaneamente. De acordo com as Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência, “um posto de reanimação deve ser entendido como uma unidade com os meios adequados para a abordagem, reanimação e estabilização de um doente crítico, seja do foro médico ou cirúrgico, incluindo trauma” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019, p.8). Este posto pode receber situações em que tenha sido ativada a via verde ou em doentes na triagem ou por informação por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Neste serviço, podem ser rececionados vários tipos de Via Verde: **Acidente Vascular Cerebral, Coronária, Sépsis e Trauma.**

O SUMC tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) “em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho nº 5561/2014, de 11 de abril” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

É constituído também por um gabinete de apoio à família da PSC (que se encontra na entrada do SU), onde se encontra uma enfermeira para esclarecimento de dúvidas e contactar a família em situações específicas.

No que concerne à nossa integração no serviço, numa primeira abordagem, sentimos a pressão e a sobrecarga inerentes a um serviço com muitas áreas e especificidades, assim como uma equipa com uma grande diversidade de profissionais, havendo muitas dúvidas e incertezas. A primeira prioridade consistiu em conhecer o espaço, perceber a dinâmica do serviço, assim como a equipa onde estava inserida. Após percebermos a dinâmica, foi mais simples a integração na prestação de cuidados à PSC.

Consideramos que possuímos a capacidade de adaptação, a experiência anterior, assim como, os cursos de suporte avançado de vida e de trauma, efetuados anteriormente no curso, que são, em si mesmo, aspetos facilitadores. Tivemos a oportunidade de realizar vários turnos em contexto de sala de reanimação e serviço de observação, pois são as áreas do SU com maior possibilidade de experiências e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados emergentes, bem como, o estabelecimento de prioridades. Neste âmbito, tivemos a oportunidade de cuidar de

peças com politrauma (queda e amputação), descompensação respiratória, bradidisritmias, taquidisritmias, descompensação metabólica, entre outros.

Tendo como objetivo prestar cuidados emergentes à PSC e trabalhar em equipa, sentimos facilidade na integração, promovendo o desenvolvimento e foco nos cuidados e abordagem à pessoa. No entanto, sentimos alguma dificuldade no **domínio da gestão de cuidados**, como por exemplo, numa situação que ocorreu na sala de reanimação em que deu entrada um senhor com amputação de cinco dedos - numa fase inicial, limitámo-nos a observar a intervenção dos enfermeiros e a interação entre a equipa, sentindo um bloqueio, sem um pensamento estruturado na abordagem à PSC.

Em cada situação que ocorria, éramos dada orientação para desenvolver um pensamento e trabalho estruturado, lógico e organizado, tendo como base a reflexão. O pensamento crítico e a reflexão foram cruciais para o desenvolvimento de competências e novos conhecimentos, bem como para a sua consolidação. Podemos afirmar que atingimos o sexto objetivo específico "Refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências".

A abordagem à PSC, através do acrónimo ABCDE, realizando a **avaliação primária em trauma**, ajudou-nos na **gestão de prioridades** e identificação de focos de instabilidade na prestação de cuidados emergentes. Com a repetição deste processo sentimo-nos mais seguros. De acordo com Benner et al. (2001), na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, existem três aspetos gerais que se inserem aquando da aquisição de uma competência: passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização; modificação da maneira como se apercebe de uma situação; e a passagem de observador da situação e do processo, a envolvido na situação; deste modo, o profissional supera um conjunto de etapas no processo de aquisição e desenvolvimento de competências de perito numa determinada área, ocorrendo uma articulação entre as aprendizagens efetivadas e o seu uso no exercício de cuidados (Benner et al., 2001). O serviço de urgência é uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis, o acesso é integral e as exigências são crescentes.

A afluência neste SUMC é muito elevada e com a inexistência de dotação adequada dos rácios enfermeiro/doente torna-se difícil a organização e atuação nos tempos preconizados, contudo observei que a equipa tenta ao máximo prestar os

melhores cuidados com os recursos existentes. O trabalho neste tipo de condições é muito desafiante, mas com uma comunicação adequada com a equipa interdisciplinar há maior segurança.

A aplicação da ferramenta **ISBAR** facilita a transmissão de informação tanto em situações de transferência de doentes acompanhados pela VMER como entre equipa em situações de emergência, nas passagens de turno e nas transferências do doente para internamento. Neste serviço é a ferramenta padronizada existente.

Tivemos a oportunidade de num determinado turno quando estávamos no posto de triagem, chegar um doente à triagem foram realizadas as questões necessárias para preencher o fluxograma e entender a situação presente, bem como a atribuir a prioridade. Após observação percebemos que o senhor tinha dor precordial há um dia com agravamento há duas horas e estava acompanhado pela sua filha que estava preocupada com a situação, pois o doente tinha realizado um cateterismo há cerca de um mês onde não foi possível desobstruir a artéria coronária. Durante a triagem o enfermeiro orientador ao **identificar o foco de instabilidade** fez o pedido imediato de exame complementar. Foram informados tanto o doente como o seu familiar que o senhor ia para a sala de reanimação para observação imediata pelo risco acrescido de enfarte agudo de miocárdio. A filha ficou mais calma após a explicação da situação. Indo de acordo com a competência do EE **assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença** (DR, 2018).

Encaminhámos, então, o doente para a sala de reanimação e acionámos o alarme da sala de reanimação, minutos depois chegaram dois médicos e passamos a informação do sucedido através da ISBAR e procederam à observação do doente e dos dados existentes. Procedemos à prestação de cuidados imediatos, como a monitorização da PSC, avaliação dos sinais vitais, punção de veia periférica, **gestão da dor**, colheita de sangue e realização de zaragatoa para pesquisa de SARS-CoV2 em colaboração com o enfermeiro orientador.

Durante a abordagem à PSC, consideramos que conseguimos perceber os riscos imediatos que poderiam ocorrer caso não houvesse uma abordagem sistematizada e organizada, no entanto, ainda sentimos insegurança na minha abordagem e dificuldade em conseguir ouvir todos os elementos da equipa. Em várias situações, observámos que

a comunicação em situação de emergência por vezes não é direcionada, o que dificultou o meu raciocínio, assim como o planeamento da intervenção seguinte.

Concomitantemente, em situações em que a comunicação existente ocorreu em circuito fechado, sentimo-nos mais seguros na nossa abordagem à PSC. Como, por exemplo, numa ocorrência em que o doente foi encaminhado de imediato para a sala de reanimação e à chegada encontrava-se polipneico e com saturação de oxigénio <70%. Deste modo, foi administrada oxigenoterapia através de uma máscara de alto débito com oxigénio a 15l/min, procedi à administração de broncodilatadores e após alguns minutos o doente apresentou melhoria da função respiratória. Realizei a sua monitorização cardiorrespiratória e, procedi à cateterização de um acesso periférico para colheita de sangue e pesquisa para SARS-CoV2, comunicando sempre com o doente.

Durante a nossa prestação de cuidados à PSC, fomos comunicando com os médicos para confirmar as intervenções interdependentes e perceber qual a abordagem seguinte, após a estabilização do doente e preparação da sua transferência para o SO3.

Num momento de reflexão crítica, compreendemos que tínhamos conseguido abordar a PSC com calma numa abordagem organizada e sistematizada, com base na metodologia ABCDE, verificando-se uma comunicação eficaz entre a equipa médica e equipa de enfermagem. O enfermeiro orientador observou a nossa abordagem, confirmando as nossas dúvidas ou questões, através de uma comunicação verbal e não-verbal, recorrendo também ao *feedback*, o que demonstrou dar maior segurança na minha prestação de cuidados.

Sentimos, nesse momento, que houve uma grande evolução no nosso desenvolvimento de competências, tal como na **comunicação interpessoal** e em equipa, comparativamente ao início deste estágio. O facto de a equipa ter trabalho em conjunto, de já ter noção da disposição do espaço foram ferramentas muito facilitadoras para a nossa prestação. O nosso terceiro objetivo específico foi alcançado “Mobilizar técnicas de comunicação eficazes do enfermeiro em situação de emergência”.

De acordo com Lancaster et al. (2015) a colaboração interdisciplinar pode ser eficaz quando os profissionais de saúde envolvidos têm uma compreensão clara dos papéis uns dos outros, levando ao reconhecimento das contribuições da equipa médica

e da equipa de enfermagem para os cuidados, melhorando a comunicação e a colaboração e permitindo o aumento da segurança do doente. O trabalho em equipa interdisciplinar permite aos profissionais construir um entendimento que reflete a tomada de decisão independente e partilhada, prevenindo a fragmentação e aumentando a eficácia da prestação de cuidados de saúde (Lancaster et al., 2015).

A administração de medicação prescrita é uma prática comum, pelo que é necessário conhecimento sobre os fármacos, vias de administração e estar em alerta para possíveis reações alérgicas. A participação na formação online **“Introdução à Farmacovigilância: Noções gerais e notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos”** (Anexo I) permitiu-nos a **reflexão** sobre a **farmacovigilância**.

Durante o nosso percurso, de forma a ultrapassar as dificuldades sentidas, o enfermeiro orientador criou momentos de reflexão e construção de raciocínio crítico, através de um processo de ensino-aprendizagem. Primeiro, na identificação dos focos de instabilidade e posteriormente na tomada de decisão, gestão de prioridades e os cuidados de enfermagem necessários à PSC de acordo com a sua complexidade.

Ao longo do estágio esteve sempre presente uma prestação de cuidados exemplar, indo de encontro ao **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** onde o EE “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (DR, 2019, p.4745).

2. Estágio em UCI

O estágio decorreu no período entre 28 de outubro e 10 de fevereiro de 2023, num serviço de medicina intensiva (SMI). É caracterizado por unidade de cuidados intensivos polivalente nível III, introduzida num hospital central, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecidas (OE, 2018).

As unidades de cuidados intensivos são assim “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando,

prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento, 2003, p.6).

Seguidamente, explicaremos o desenvolvimento de diversas competências durante as nove semanas de estágio, mostrando os objetivos específicos (Apêndice III) e as atividades desenvolvidas.

Esta UCI polivalente foi criada em 1994, tendo como foco a deteção precoce da doença crítica e a intervenção tecnicamente diferenciada em tempo adequado para reposição da homeostasia. Para o tratamento da doença crítica, em situações de falência de órgãos ou sistemas vitais, são essenciais sistemas de monitorização multimodal complexos e recursos tecnológicos que providenciam a substituição temporária de funções vitais, concentrados em estruturas tecnologicamente sofisticadas (ULS SANTA MARIA, sem data).

Atualmente, a UCI é composta por duas salas a primeira onde realizei o estágio tem capacidade para 11 camas, no entanto, devido à organização estrutural apenas 10 camas encontravam-se disponíveis em espaço aberto. Os rácios enfermeiro/doente são de 1:1 ou 1:2 em camas.

O SMI tem visitas clínicas multiprofissionais diárias com participação alargada dos elementos da equipa. E tem uma porta de acesso direto ao serviço de urgência de forma que o percurso a realizar seja o mais rápido possível.

A plataforma informática utilizada é a BSIMPLE® onde são realizados os **registos clínicos** da equipa de enfermagem e médica. Este sistema foi criado especialmente para as UCI, que permitem aos dados captados pelo monitor e ventilador conectados ao doente, serem transmitidos em tempo real para a central de monitorização e para o sistema informático.

A aprendizagem do sistema informático permitiu-nos ter uma noção global da complexidade e importância dos registos de enfermagem e das escalas que são necessárias na avaliação da PSC para a avaliação, interpretação e adaptação das intervenções especializadas para a **continuidade dos cuidados**.

Permitindo-nos “Conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de **processos médicos e/ou cirúrgicos complexos**” (Diário da República, 2018, p.19361).

As principais escalas utilizadas para a **avaliação do estado de consciência** são a escala da Glasgow, a escala de agitação-sedação de Richmond (RASS) e a escala de sedação de Ramsay. Quando o doente está sedoanalgesiado o objetivo na escala de RASS é manter o doente num nível de -2 "Sedação Leve: acorda rápido e mantém contacto" a 0 "Alerta calmo", uma vez que o doente nestas condições tem maior probabilidade de colaborar no seu tratamento, bem como existe uma maior facilidade de ser colocada ventilação espontânea.

A maioria das pessoas numa UCI experiencia dor, medo e ansiedade. A administração de analgesia e sedativos é fundamental para conceder conforto à PSC, reduzir o stresse e evitar o atraso na recuperação e na remoção da ventilação mecânica (Sakata, 2010).

A **avaliação da dor** é crucial para promover o alívio da dor e a recuperação adequada da PSC. O benefício é mais evidente na pessoa que apresenta risco de deterioração orgânica, quando a dor causa alterações mais intensas (Sakata, 2010). A utilização das escalas *Behavioral Pain Scale* (BPS), *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), escala numérica da dor ou escala analógica visual permitem a correta análise e monitorização da pessoa com dor para a melhoria da prestação de cuidados.

A **comunicação com o doente crítico** é complexa, por diversos aspetos: doente sedado, curarizado e no doente consciente a dificuldade em manter a comunicação verbal pela existência, na maioria das situações, de dispositivos de ventilação, como ventilação mecânica, traqueostomia, tubo orotraqueal (Rosa, 2021).

A realização de um estudo de caso possibilitou que desenvolvesse competências relativas ao processo de enfermagem, e também a valorizar e aprofundar a comunicação do doente traqueostomizado. Consequentemente, aprendemos, decorrente da literatura, que existe a CAA, conceito que se refere a todas as formas de comunicação que não envolvem falar, sendo indicada em pessoas com compromisso do discurso ou linguagem para ajudar a pessoa a expressar pensamentos, desejos e necessidades, sentimentos e ideias (ASHA, 2019), que nos permitiu desenvolver competências do **domínio da melhoria contínua da qualidade** (DR, 2019).

A **comunicação interpessoal** é um desafio com doentes incapazes de comunicar verbalmente. O recurso à ventilação mecânica limitando a comunicação oral, impede a troca de informações entre o doente e o profissional de saúde. Como tal, o enfermeiro

deve estar desperto para o recurso a estratégias comunicacionais não verbais e o uso de mecanismos adicionais como a válvula fonatória para minimizar esse impacto negativo (Sutt et al., 2015).

Para reduzir este impacto, o cuidado de enfermagem é baseado num cuidado holístico promovido por uma comunicação enfermeiro/doente eficaz, ajustando as suas intervenções às necessidades evidenciadas pelos mesmos.

De acordo com as competências específicas do EE, na área de enfermagem à PSC, é necessário “demonstrar competências específicas em **técnicas de comunicação** que lhe permite **adaptar a comunicação** à pessoa e ao contexto” e reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas **áreas de atenção relevantes para a pessoa**, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (DR, 2018, p.19361).

A **via aérea** constitui um dos maiores desafios para os profissionais, sendo que a sua correta abordagem pode fazer a diferença entre conseguir que o doente sobreviva ou morra (Rocha, 2020). De acordo com o *European Resuscitation Council* (2015), a manutenção da via aérea e a ventilação pulmonar, são os principais fatores preventivos de possíveis danos relacionados à hipóxia.

Ao longo do estágio tivemos a oportunidade de observar, estudar e manipular os ventiladores. A área de ventilação invasiva era uma área do qual não tinha experiência, no entanto com a orientação do Enfermeiro orientador desenvolvi o conhecimento necessário para saber avaliar as necessidades da PSC e saber quando o doente apresentava, por exemplo dessincronia ventilatória e as intervenções autónomas de enfermagem inerentes para a resolução do problema assim como a necessidade de comunicar ao médico. Este tipo de perceção das diferentes modalidades de ventilação permitiu-me “**monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados**” (DR, 2019, p.19363).

A equipa multiprofissional é vasta e existe muita rotatividade, contudo, existe um trabalho de equipa interdisciplinar conciso, atempado e eficaz. Consideramos que, dada a nossa inexperiência nesta tipologia de serviço, o primeiro impacto foi bastante avassalador, no entanto, com o apoio do Enfermeiro orientador fomos integrando na equipa de forma a sentirmo-nos seguros e a partilhar informalmente conhecimento

adquirido ao longo deste percurso académico. A criação de relações multiprofissionais é uma competência do **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**.

Para garantir a segurança do doente na UCI, existe o Sistema Automatizado de Dispensação de Medicamentos que permite que o medicamento seja disponibilizado apenas se estiver prescrito e ficar registado tudo o que foi administrado e quem preparou a medicação. Tal como o controlo de validade da terapêutica mais controlado, aumentando a eficiência e garantindo um **ambiente terapêutico e seguro do domínio da melhoria contínua da qualidade**.

A **monitorização** invasiva da pressão arterial tem sido utilizada em PSC, nas unidades de terapia intensiva, para facilitar diagnósticos rápidos de insuficiência cardiovascular e monitorizar a resposta aos tratamentos destinados a corrigir alterações, antes que as consequências da hipo ou hipertensão sejam vistas (Esper & Pinsky, 2014).

A experiência de observar a realização do cateterismo arterial, sendo a sua colocação responsabilidade médica, é importante o contributo de toda a equipa interdisciplinar, sendo relevante para a **prevenção de infeções e complicações** associadas. Foi algo que presenciámos pela primeira vez, assim como a manipulação do mesmo. Percebemos que tem múltiplos benefícios apesar de ser por via invasiva, o facto de se poder colher sangue para análise, avaliar glicémia, colher gasometria, sem puncionar a pessoa múltiplas vezes e percebi que é uma das principais monitorizações a ter em conta na manutenção de um equilíbrio hemodinâmico.

Na PSC, o enfermeiro especialista “maximiza a intervenção na **prevenção e controlo da infeção** e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (DR, 2018, p.19359).

Numa situação de uma PSC vítima de trauma, tivemos também a oportunidade de observação e aprendizagem sobre a remoção extracorporal de dióxido de carbono (ECCO2R). Esta técnica fornece suporte respiratório a pacientes que sofrem de insuficiência respiratória hipercápnica através da utilização de um *shunt* extracorpóreo e membrana de troca gasosa para remover CO₂ do sistema venoso (VV-ECCO2R) ou arterial (AV-ECCO2R) antes de retornar ao local venoso (Yu et al., 2022).

A utilização da ECCO2R requiere um conhecimento profundo da técnica e de todos os parâmetros que são necessários vigiar, por conseguinte, estudámos e percebemos o processo e os parâmetros que temos de estar em alerta, como a observação da membrana para verificação da existência de pontos de fibrina.

Consequentemente, no decurso do estágio tivemos contacto com a pessoa sob oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO) esta técnica é realizada por uma máquina que recebe o sangue da pessoa, substitui o dióxido de carbono por oxigénio e devolve-o ao corpo já oxigenado, aliviando a sobrecarga dos pulmões (Tonna et al., 2021).

Existem dois tipos de ECMO, o circuito ECMO-venovenoso (VV) quando o sangue é drenado e entregue apenas por veias, permitindo apenas suporte pulmonar. E o circuito ECMO-venoarterial (VA) quando é drenado por uma veia e entregue numa artéria, garantindo suporte pulmonar e cardíaco (Silva et al., 2017).

Na primeira oportunidade de **transporte** de uma PSC para realização de Tomografia Computorizada (TAC), conseguimos ter a capacidade necessária para o realizar. Primeiro, teve de ser discutida entre enfermeiro e médico a hora que a PSC deveria estar preparada para realizar o exame. Inicialmente, não compreendemos o porquê de se necessitar de, pelo menos, uma hora para a sua preparação. Contudo, ao longo desse período é que percebemos a complexa logística que é colocar todos os aparelhos, monitores, oxigénio, bombas infusoras, verificar a seguranças de todos os sistemas de perfusão e cateter arterial, verificar todas as seringas de sedoanalgesia para se preparar mais medicação se necessário, informar o assistencial operacional, o médico responsável para puder realizar o exame.

No percurso até ao serviço de imagiologia, foi necessário aguardar pelo elevador. Nesse espaço de tempo estávamos a observar o monitor para verificar os parâmetros vitais, quando nos começámos a aperceber que a PSC estava a ficar cada vez mais bradicárdica, comunicado à equipa, a médica responsável de imediato tomou a decisão de regressarmos ao serviço de imediato, tendo o cuidado de garantir que percurso estava livre até ao serviço de UCI, pois era necessário percorrer o SU e pedir autorização para a abertura porta de acesso ao serviço de UCI.

Ao chegarmos, a equipa multiprofissional apercebeu-se do sucedido e disponibilizou-se logo para colaborar. A pessoa entrou em paragem cardiocirculatória

(PCC), iniciando massagem cardíaca. A partir daí, o enfermeiro orientador assumiu a continuidade das manobras e a equipa trabalhou eficazmente para garantir a reversão das PCR.

No serviço da UCI, existe um Protocolo de Avaliação de Critérios de Elegibilidade para Doação em Coração Parado, onde estão descritos os passos e os critérios necessários a cumprir. A “doação em PCC controlada ocorre após a suspensão planeada de intervenções que prolonguem a vida e que tenham sido consideradas sem benefício para a PSC internada numa UCI” (Henriques, 2021, p.30).

Esta questão deve ser tida em conta na prestação de cuidados especializados, evidenciando-se a competência do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** em que é solicitado ao EE que “Desenvolva, uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (DR, 2019, p. 4745) .

Consideramos que, ao longo do estágio, tivemos sempre presentes os cuidados essenciais para prestação de cuidados à PSC, tendo um comportamento adequado e respeitando a organização do serviço e a instituição. Tivemos sempre em atenção a utilização de equipamento de proteção individual, tal como transmitir informação aos familiares sobre a lavagem das mãos antes de abordar a PSC.

Tivemos, também, a oportunidade de observar e colaborar com as várias técnicas, como por exemplo, várias técnicas dialíticas, broncofibroscopia, ecografia trans-esofágica.

Foi essencial a reflexão e análise realizadas ao longo de cada turno, sempre que surgiam dúvidas eram colocadas ao enfermeiro orientador. Conseguimos desenvolver e aperfeiçoar o autoconhecimento, através da pesquisa bibliográfica, reflexão sobre a intervenção do enfermeiro especialista e a realização do estudo de caso. Sentimos, desta forma, que a partilha de conhecimentos entre os elementos da equipa foi muito importante para um desempenho eficaz e eficiente.

Considerações Finais

Com o desenvolvimento deste relatório de estágio, compreendemos a importância de aquisição de competências e desenvolvemos, de forma refletida, estruturada e fundamentada, competências especializadas no âmbito da comunicação eficaz da equipa interdisciplinar na abordagem à PSC.

Para execução do relatório foi necessário a orientação da Professora Doutora Eunice Henriques, assim como o apoio das colegas mestrandas. Através dessa orientação e das atividades desenvolvidas ao longo do percurso académico, como a realização do pré-projecto, projeto, a presença nas conferências com peritos, o estágio nos serviços de SU E UCI e os seminários permitiram-nos a realização deste documento.

A aquisição de conhecimentos com base na evidência científica foi crucial para o desenvolvimento do nosso trabalho. Através da literatura foi-nos possível suportar a prática clínica em evidência científica.

A realização da RIL (Apêndice I) tornou possível a revisão da literatura mais recente sobre o tema apresentado, análise de resultados e evidenciar a importância comunicação eficaz da equipa interdisciplinar na abordagem à PSC. Inicialmente, sentimos dificuldades na identificação de estudos centrados no tema desta revisão, uma vez que a investigação científica acerca da comunicação se centra, mais frequentemente na comunicação do enfermeiro com a pessoa e a comunicação do enfermeiro na equipa de enfermagem, no entanto, considero que consegui ultrapassar a dificuldade.

O modelo conceptual que Patricia Benner desenvolveu reflete o seu entendimento sobre o processo de aquisição de competências em enfermagem, que me permitiu reconhecer lacunas e guiar-me no meu desenvolvimento de competências especializados, de modo a atingir o nível de perito.

A comunicação é transversal na prestação de cuidados e relações interpessoais. É uma ferramenta essencial para a transmissão de informação que é um processo cognitivo que envolve competências de análise. Através da comunicação é possível a recolha de informação, planeamento, intervenção e avaliação permitindo realizar o processo de enfermagem.

O trabalho em equipa interdisciplinar é muito fundamental para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados na PSC, pois a comunicação eficaz na equipa permite, principalmente, em situações críticas e de emergência, a devida e atempada atuação para salvaguardar a vida da PSC. A transmissão de informação deve seguir uma linha orientadora, como referido anteriormente, através da ferramenta uniformizada e padronizada, ISBAR. Esta já é aplicada em vários serviços, como por exemplo o SU onde realizámos o estágio.

O desenvolvimento das competências do EE em contextos de estágios nos serviços de UCI E SU permitiu-nos adquirir conhecimentos, experiências e uma visão mais alargadas de outras tipologias e realidades.

Na nossa perspetiva, o estágio no serviço UCI foi o mais desafiante pelo fato de ser a primeira vez nesse contexto. A inexperiência na utilização de equipamento, ser um ambiente desconhecido, a rotatividade de profissionais, por ter uma equipa extensa, e o tempo de estágio foram os maiores desafios. Contudo, ao longo do percurso, fomos adquirindo conhecimentos, e atingimos o objetivo de uma maior assertividade e confiança na componente prática.

Este percurso académico foi muito desafiante, mas com muito trabalho e empenho conseguimos alcançar os objetivos a que nos propusemos inicialmente e adquirir conhecimentos que nos permitem o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

Com a perspetiva futura de atingirmos o patamar de EE e mestre, é com grande orgulho e superação que concluímos esta etapa de valorização profissional que nos permitirá atuar, no seio do nosso serviço, de forma específica e diferenciada, com a oportunidade de partilhar conhecimento e refletir com os pares. Por conseguinte, propomo-nos publicar esta RIL para divulgar o conhecimento científico realizado.

Tencionamos, deste modo, adequar a nossa prática de intervenções especializadas de enfermagem às competências atribuídas ao Mestre em Enfermagem.

Referências

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. 1–16. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2010). *National Healthcare Quality Report*. Disponível em https://www.healthsciencessc.org/sites/default/files/downloadable_resources/files/nhqr09.pdf
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7.^a ed.).
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2019). *Augmentative and Alternative Communication (AAC)*. Disponível em <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/>
- Bauder, L., Giangobbe, K., & Asgary, R. (2023). Barriers and Gaps in Effective Health Communication at Both Public Health and Healthcare Delivery Levels During Epidemics and Pandemics; Systematic Review. Em *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* (Vol. 17, Número 1). Cambridge University Press. Disponível em <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.61>
- Benner, P. (2001). *From Novice To Expert*. PEARSON EDUCATION (US).
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2.^a ed.). Springer Publishing Company.
- Benner, P., Lourenço, B., & Queirós, A. A. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Quarteto, Ed.).
- Böll, B., Naendrup, J. H., Reifarth, E., & Borrega, J. G. (2022). Interdisciplinary and interprofessional communication in intensive and emergency care. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117(8), 588–594. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00955-z>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, Decreto-Lei n.º 74/2006. Diário da República. Série I-A(N.º 60 24 de março de 2006)*,

- 2242–2257. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- DGS. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral da Saúde*, 8.
- Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: How psychological safety fosters communication and increases patient safety. *Frontiers in Psychology*, 14. Disponível em <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1164288>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral da Saúde*, 8. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Esper, S. A., & Pinsky, M. R. (2014). Arterial waveform analysis. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 28(4), 363–380. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.BPA.2014.08.002>
- Gilardi, S., Guglielmetti, C., & Pravettoni, G. (2014). Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1299–1309. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jan.12284>
- Grupo Português De Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência - manual do formando* (2ª).
- Gullatte, M. M., Allen, C. S., Botheroyd, E., Hess, R. G., Higgins, M., Meneghetti, J., Mullings, S., Mensik, J., Okonye, J. A., & Salmon, N. (2019). Improving End-of-Life Communications Using Technology-Assisted Continuing Education With Interprofessional Teams. *Journal for Nurses in Professional Development*, 35(1), 25–31. Disponível em <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000514>
- Heinemann, G. D. (2002). Issues in the Practice of Psychology. *Team Performance in Health Care*, 3–17. Disponível em https://books.google.com/books/about/Team_Performance_in_Health_Care.html?hl=pt-PT&id=pMuSlgaRwJ0C
- Henriques, A. (2021). *Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica Relatório de Estágio Gestão de Cuidados do Potencial Dador de Órgãos:*

- Uma Intervenção Especializada de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press. Disponível em <https://doi.org/10.17226/10027>
- International Classification for Nursing Practice. (2009). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. 1–209.
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jnu.12130>
- Naccarella, L., Raggatt, M., & Redley, B. (2019). The Influence of Spatial Design on Team Communication in Hospital Emergency Departments. *Health Environments Research and Design Journal*, 12(2), 100–115. Disponível em <https://doi.org/10.1177/1937586718800481>
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: Interview study. *BMJ Quality and Safety*, 21(10), 843–849. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000886>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *DIFERENCIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM RELAÇÃO AO ENFERMEIRO GENERALISTA, NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA. PARECER N.º 10 / 2017*, 1–4.
- Ortega-Chacón, V., & Díaz, D. M. (2017). Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura = Strategies and Tools for communicating with patients undergoing invasive mechanical ventilation. Literature review. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*, 8(1), 92. Disponível em <https://doi.org/10.20318/recs.2017.3608>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for

- reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paice, J. A. (2011). The Interdisciplinary Team. Em *Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies, Expert Consult Online and Print*. W.B. Saunders. Disponível em <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1619-1.00038-X>
- PARECER N.º 15 / 2018. (2018). *FUNÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS/SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA*. *Ordem dos Enfermeiros*. 1–4.
- Pastores, S. M., Kvetan, V., Coopersmith, C. M., Farmer, J. C., Sessler, C., Christman, J. W., D'Agostino, R., Diaz-Gomez, J., Gregg, S. R., Khan, R. A., Kapu, A. N., Masur, H., Mehta, G., Moore, J., Oropello, J. M., & Price, K. (2019). Workforce, Workload, and Burnout among Intensivists and Advanced Practice Providers: A Narrative Review. *Critical Care Medicine*, 47(4), 550–557. Disponível em <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003637>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República. Serie II*(N.º 26 de 06 de fevereiro de 2019), 4744–4750.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República. II Série*(N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359–19370.
- Robinson, J., Clark, S., & Greer, D. (2014). Neurocritical care clinicians' perceptions of nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(2). Disponível em <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000040>
- Rocha, T. (2020). *Via aérea difícil: revisão da abordagem Medicina*. Universidade Beira Interior.
- Rosa, N. V. (2021). *A comunicação do doente traqueostomizado mecanicamente ventilado: uso de válvula fonatória numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem.
- Sakata, R. (2010). Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 648–658.

- Santos, M. C. D., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 47–57. Disponível em <http://www.elsevier.es>
- Schubart, J. R., Wojnar, M., Dillard, J. P., Meczkowski, E., Kanaskie, M. L., Blackall, G. F., Sperry, N., & Lloyd, T. (2015). ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(5), 315–321. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.02.003>
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). The nursing intervention to promote communication with the person ventilated in an intensive care unit (ICU). *USA: Journal of Critical Care*, 30, 491–494. Disponível em <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Silva, M. P., Caeiro, D., Fernandes, P., Guerreiro, C., Vilela, E., Ponte, M., Dias, A., Alves, F., Morais, J., Mello, A., Santos, L., Castelões, P., & Gama, V. (2017). Oxigenação por membrana extracorporeal na falência circulatória e respiratória – experiência de um centro. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(11), 833–842. Disponível em <https://doi.org/10.1016/J.REPC.2017.01.003>
- Smeulers, M., van Tellingen, I. C., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2012). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. Em *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Disponível em <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009979>
- Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., Pellis, T., Sandroni, C., Skrifvars, M. B., Smith, G. B., Sunde, K., & Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95, 100–147. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.016>
- Sutt, A. L., Cornwell, P., Mullany, D., Kinneally, T., & Fraser, J. F. (2015). The use of tracheostomy speaking valves in mechanically ventilated patients results in improved communication and does not prolong ventilation time in cardiothoracic intensive care unit patients. *Journal of Critical Care*, 30(3), 491–494. Disponível em <https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2014.12.017>
- Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Anders, M., Galvagno, S. M., & Tisherman, S. A. (2019). Improving postoperative handoff in a

- surgical intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 39(5), e13–e21. Disponível em <https://doi.org/10.4037/ccn2019523>
- The Joint Commission. (2017). *Sentinel Event Alert 58 Inadequate hand-off communication*. Disponível em <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/sea-58-hand-off-comm-9-6-17-final2.pdf>
- Tonna, J. E., Abrams, D., Brodie, D., Greenwood, J. C., Rubio Mateo-Sidron, J. A., Usman, A., Fan, E., Barrett, N., Schmidt, M., Mueller, T., Combes, A., & Shekar, K. (2021). Management of Adult Patients Supported with Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation (VV ECMO): Guideline from the Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). *ASAIO Journal*, 67(6), 601–610. Disponível em <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001432>
- ULS SANTA MARIA. (sem data). *Medicina Intensiva*. Obtido 5 de Fevereiro de 2024, de Disponível em <https://www.chln.min-saude.pt/urgencia-e-medicina-intensiva/medicina-intensiva/>
- Weller, J. M., & Webster, C. S. (2021). Normalising good communication in hospital teams. Em *British Journal of Anaesthesia* (Vol. 126, Número 4, pp. 758–760). Elsevier Ltd. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.12.036>
- Yu, T. Z., Tatum, R. T., Saxena, A., Ahmad, D., Yost, C. C., Maynes, E. J., O'Malley, T. J., Massey, H. T., Swol, J., Whitson, B. A., & Tchantchaleishvili, V. (2022). Utilization and outcomes of extracorporeal CO2 removal (ECCO2R): Systematic review and meta-analysis of arterio-venous and veno-venous ECCO2R approaches. *Artificial Organs*, 46(5), 763–774. Disponível em <https://doi.org/10.1111/AOR.14130>
- Zaga, C. J., Berney, S., & Vogel, A. P. (2019). The Feasibility, Utility, and Safety of Communication Interventions With Mechanically Ventilated Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 1335–1355. Disponível em https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-0001

Apêndices

Apêndice I - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

A Comunicação Eficaz do Enfermeiro na Equipa Interdisciplinar na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica: uma revisão integrativa da literatura

Revisores

Maria João Oliveira Filipe¹; Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques²

1. Enfermeira no serviço de Ortopedia; Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [mariafilipe@campus.esel.pt]

2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Professora-Coordenadora; Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso [eunice.henriques@esel.pt]

Introdução

A comunicação está inerente ao trabalho em equipa interdisciplinar, sendo uma ferramenta essencial no cuidado da pessoa em situação crítica. A comunicação interdisciplinar é um fator chave para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente. Os serviços de urgência e unidades cuidados intensivos são os contextos onde se encontram os doentes mais vulneráveis com tempo limitado para a sua estabilização, este nível de precisão e as alterações rápidas que ocorrem requerem dos profissionais e por conseguinte da equipa um grau de comunicação eficaz e profissional para assegurar a transmissão correta da informação (Böll et al., 2022).

A comunicação eficaz entre profissionais é definida como “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017, p.4).

Em qualquer momento de prestação de cuidados onde se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados deve existir uma comunicação

eficaz na translação de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos, devendo ser normalizada utilizando uma ferramenta de padronização de comunicação. Contribuindo, deste modo, para a diminuição da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem originar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (DGS, 2017).

Estes momentos, cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões hospitalares ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição (DGS, 2017).

As equipas de diferentes grupos profissionais são responsáveis pelos cuidados dos doentes, mais vulneráveis sob pressão temporal, com os profissionais a mudar frequentemente o grau de importância e a situação geralmente em rápida mudança da pessoa em situação crítica requerem um elevado grau de profissionalismo na comunicação entre equipa interdisciplinar (Böll et al., 2022).

A família também desempenha frequentemente um papel importante na tomada de decisões participativas e devem ser envolvidos na comunicação para evitar conflitos e garantir o melhor tratamento possível de acordo com os desejos do doente.

Para além do objetivo comum do bem-estar do doente, cada vez mais o foco tem vindo a mudar, uma comunicação funcional na equipa pode contribuir significativamente para diminuir os fatores de stress e lacunas na prestação de cuidados e transmissão de informação.

Esta revisão integrativa da literatura resume as conclusões sobre a comunicação interdisciplinar de forma a melhorar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e lacunas na evidência. Tendo como objetivo, conhecer a importância da intervenção especializada do enfermeiro na comunicação eficaz na equipa interdisciplinar na abordagem à pessoa em situação crítica. Para dar resposta ao objetivo foi construída a questão de investigação: Quais as

ferramentas de comunicação a utilizar e as estratégias a ter em consideração pelo enfermeiro, para promover a segurança da pessoa em situação crítica?

Metodologia

A revisão integrativa da literatura (RIL) foi orientada segundo o protocolo do Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) e a questão que levou à pesquisa foi elaborada segundo PICO: Qual a importância da intervenção especializada do enfermeiro na comunicação eficaz (I) na equipa interdisciplinar (P) na abordagem à pessoa em situação crítica (Co), na qual o contexto se insere nos serviços de urgência e nas unidades de cuidados intensivos, as variáveis independentes são a intervenção especializada do enfermeiro e a comunicação eficaz, com o objetivo de conhecer a importância especializada do enfermeiro na comunicação eficaz.

Os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1) foram selecionados de acordo com os participantes com idade superior a dezoito anos, os resultados e a data de publicação até dez anos. A língua dos artigos não foi critério de exclusão incluindo-se todas as línguas, após a pesquisa resultaram artigos em língua inglesa e alemã.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
(P) População	Equipa interdisciplinar	Sem patologia psiquiátrica ou deficiência intelectual associada
(I) Fenómeno de Interesse	Intervenção especializada do enfermeiro na comunicação eficaz	
(Co) Contexto	Pessoa em situação crítica inserida nos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos	Idade inferior a 18 anos
	Todos os artigos publicados até 10 anos	Todos os artigos publicados antes do ano de 2014

Tabela 2 Critérios de inclusão e exclusão

Com base na questão orientadora a pesquisa foi realizada entre 10 e 17 de novembro de 2023, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE através da plataforma EBSCOhost web. Os descritores utilizados e extraídos do MeSH e dos títulos de tema CINAHL foram relacionados utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR” (Tabela 2).

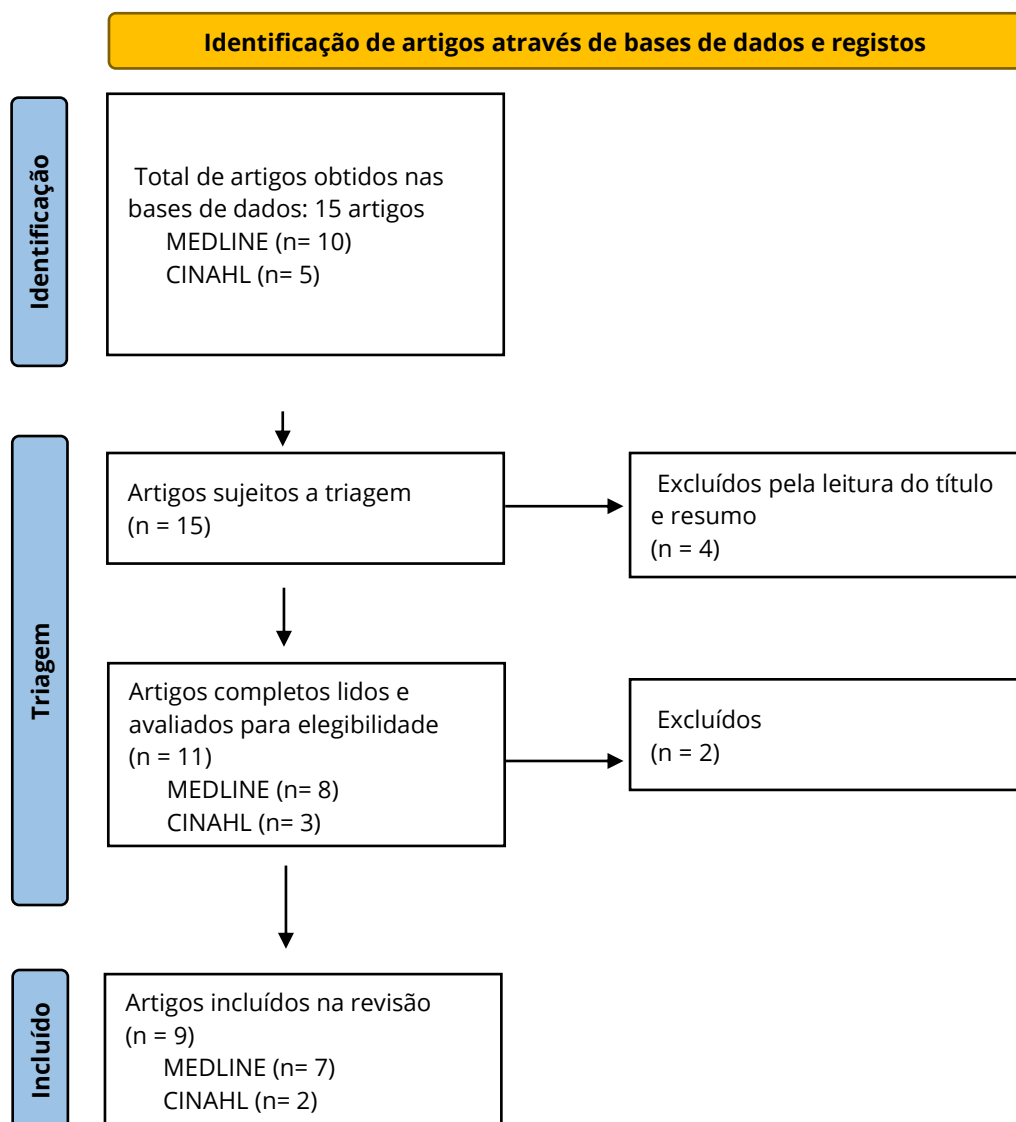
Tabela 3 Descritores utilizados e extraídos utilizando operadores booleanos

MEDLINE	CINAHL
("interdisciplinary team" or "Patient Care Team)	("multidisciplinary care team" or "teamwork")
("nurse Clinicians" or "nurse Specialists" or "nurse Practitioners") and ("effective communication" or "communication" or "interdisciplinary communication")	("clinical nurse specialists" or "nurse practitioners") and ("effective communication" or "communication")
("critical care" or "critical care nursing") and ("emergency medical services" or "emergency service, hospital" or "intensive care units")	("critical care" or "critical care nursing") and ("emergency service" or "intensive care units")
("interdisciplinary team" or "Patient Care Team) and ("nurse Clinicians" or "nurse Specialists" or "nurse Practitioners") and ("effective communication" or "communication" or "interdisciplinary communication") and ("critical care" or "critical care nursing") and ("emergency medical services" or "emergency service, hospital" or "intensive care units")	("multidisciplinary care team" or "teamwork") and ("clinical nurse specialists" or "nurse practitioners") and ("effective communication" or "communication") and ("critical care" or "critical care nursing") and ("emergency service" or "intensive care units")

Extração De Dados

Após a execução pesquisa foram obtidos quinze artigos, no seguimento do processo foi realizada a leitura dos títulos e resumos com o intuito de rejeitar aqueles que não respondiam aos critérios de inclusão (Figura 1). De seguida, foi realizada a leitura integral dos artigos obtendo-se um total de nove artigos, sete da base de dados MEDLINE e dois da base de dados CINAHL.

Figura 1 Diagrama de fluxo PRISMA 2020 para novas revisões sistemáticas



Fonte: Page et al., (2021)

Referências

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. 1–16. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2010). *National Healthcare Quality Report*. Disponível em https://www.healthsciencessc.org/sites/default/files/downloadable_resources/files/nhqr09.pdf
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7.^a ed.).
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2019). *Augmentative and Alternative Communication (AAC)*. Disponível em <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/>
- Bauder, L., Giangobbe, K., & Asgary, R. (2023). Barriers and Gaps in Effective Health Communication at Both Public Health and Healthcare Delivery Levels During Epidemics and Pandemics; Systematic Review. Em *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* (Vol. 17, Número 1). Cambridge University Press. Disponível em <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.61>
- Benner, P. (2001). *From Novice To Expert*. PEARSON EDUCATION (US).
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2.^a ed.). Springer Publishing Company.
- Benner, P., Lourenço, B., & Queirós, A. A. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Quarteto, Ed.).
- Böll, B., Naendrup, J. H., Reifarth, E., & Borrega, J. G. (2022). Interdisciplinary and interprofessional communication in intensive and emergency care. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117(8), 588–594. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00955-z>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, Decreto-Lei n.º 74/2006. Diário da República. Série I-A(N.º 60 24 de março de 2006), 2242–2257*. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- DGS. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral da Saúde*, 8.

- Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: How psychological safety fosters communication and increases patient safety. *Frontiers in Psychology*, 14. Disponível em <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1164288>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral da Saúde*, 8. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Esper, S. A., & Pinsky, M. R. (2014). Arterial waveform analysis. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 28(4), 363–380. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.BPA.2014.08.002>
- Fassier, T., & Azoulay, E. (2010). Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. Em *Current Opinion in Critical Care* (Vol. 16, Número 6, pp. 654–665). Disponível em <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32834044f0>
- Gilardi, S., Guglielmetti, C., & Pravettoni, G. (2014). Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1299–1309. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jan.12284>
- Grupo Português De Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência - manual do formando* (2ª).
- Gullatte, M. M., Allen, C. S., Botheroyd, E., Hess, R. G., Higgins, M., Meneghetti, J., Mullings, S., Mensik, J., Okonye, J. A., & Salmon, N. (2019). Improving End-of-Life Communications Using Technology-Assisted Continuing Education With Interprofessional Teams. *Journal for Nurses in Professional Development*, 35(1), 25–31. Disponível em <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000514>
- Heinemann, G. D. (2002). Issues in the Practice of Psychology. *Team Performance in Health Care*, 3–17. Disponível em https://books.google.com/books/about/Team_Performance_in_Health_Care.html?hl=pt-PT&id=pMuSlgaRwJ0C
- Henriques, A. (2021). *Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica Relatório de Estágio Gestão de Cuidados do Potencial Dador de Órgãos: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press. Disponível em <https://doi.org/10.17226/10027>
- International Classification for Nursing Practice. (2009). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. 1–209.

- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jnu.12130>
- Naccarella, L., Raggatt, M., & Redley, B. (2019). The Influence of Spatial Design on Team Communication in Hospital Emergency Departments. *Health Environments Research and Design Journal*, 12(2), 100–115. Disponível em <https://doi.org/10.1177/1937586718800481>
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: Interview study. *BMJ Quality and Safety*, 21(10), 843–849. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000886>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *DIFERENCIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM RELAÇÃO AO ENFERMEIRO GENERALISTA, NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA. PARECER N.º 10 / 2017*, 1–4.
- Ortega-Chacón, V., & Díaz, D. M. (2017). Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura = Strategies and Tools for communicating with patients undergoing invasive mechanical ventilation. Literature review. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*, 8(1), 92. Disponível em <https://doi.org/10.20318/recs.2017.3608>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paice, J. A. (2011). The Interdisciplinary Team. Em *Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies, Expert Consult Online and Print*. W.B. Saunders. Disponível em <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1619-1.00038-X>
- PARECER N.º 15 / 2018. (2018). *FUNÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS/SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA. Ordem dos Enfermeiros*. 1–4.
- Pastores, S. M., Kvetan, V., Coopersmith, C. M., Farmer, J. C., Sessler, C., Christman, J. W., D'Agostino, R., Diaz-Gomez, J., Gregg, S. R., Khan, R. A., Kapu, A. N., Masur, H., Mehta, G., Moore, J., Oropello, J. M., & Price, K. (2019). Workforce, Workload, and Burnout among Intensivists and Advanced Practice Providers:

- A Narrative Review. *Critical Care Medicine*, 47(4), 550–557. Disponível em <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003637>
- Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. Serie II*(Nº 26 de 06 de fevereiro de 2019), 4744–4750.
- Regulamento nº 429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República. II Série* (N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359–19370.
- Robinson, J., Clark, S., & Greer, D. (2014). Neurocritical care clinicians' perceptions of nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(2). Disponível em <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000040>
- Rocha, T. (2020). *Via aérea difícil: revisão da abordagem Medicina*. Universidade Beira Interior.
- Rosa, N. V. (2021). *A comunicação do doente traqueostomizado mecanicamente ventilado: uso de válvula fonatória numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem.
- Sakata, R. (2010). Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 648–658.
- Santos, M. C. D., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 47–57. Disponível em <http://www.elsevier.es>
- Schubart, J. R., Wojnar, M., Dillard, J. P., Meczowski, E., Kanaskie, M. L., Blackall, G. F., Sperry, N., & Lloyd, T. (2015). ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(5), 315–321. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.02.003>
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). The nursing intervention to promote communication with the person ventilated in an intensive care unit (ICU). *USA: Journal of Critical Care*, 30, 491–494. Disponível em <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Silva, M. P., Caeiro, D., Fernandes, P., Guerreiro, C., Vilela, E., Ponte, M., Dias, A., Alves, F., Morais, J., Mello, A., Santos, L., Castelões, P., & Gama, V. (2017). Oxigenação por membrana extracorporal na falência circulatória e respiratória – experiência de um centro. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(11), 833–842. Disponível em <https://doi.org/10.1016/J.REPC.2017.01.003>

- Smeulers, M., van Tellinghen, I. C., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2012). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. Em *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Disponível em <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009979>
- Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., Pellis, T., Sandroni, C., Skrifvars, M. B., Smith, G. B., Sunde, K., & Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95, 100–147. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.016>
- Sutt, A. L., Cornwell, P., Mullany, D., Kinneally, T., & Fraser, J. F. (2015). The use of tracheostomy speaking valves in mechanically ventilated patients results in improved communication and does not prolong ventilation time in cardiothoracic intensive care unit patients. *Journal of Critical Care*, 30(3), 491–494. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jcnc.2014.12.017>
- Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Anders, M., Galvagno, S. M., & Tisherman, S. A. (2019). Improving postoperative handoff in a surgical intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 39(5), e13–e21. Disponível em <https://doi.org/10.4037/ccn2019523>
- The Joint Commission. (2017). *Sentinel Event Alert 58 Inadequate hand-off communication*. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/sea-58-hand-off-comm-9-6-17-final2.pdf>
- Tonna, J. E., Abrams, D., Brodie, D., Greenwood, J. C., Rubio Mateo-Sidron, J. A., Usman, A., Fan, E., Barrett, N., Schmidt, M., Mueller, T., Combes, A., & Shekar, K. (2021). Management of Adult Patients Supported with Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation (VV ECMO): Guideline from the Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). *ASAIO Journal*, 67(6), 601–610. Disponível em <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001432>
- ULS SANTA MARIA. (sem data). *Medicina Intensiva*. Obtido 5 de Fevereiro de 2024, de Disponível em <https://www.chln.min-saude.pt/urgencia-e-medicina-intensiva/medicina-intensiva/>
- Weller, J. M., & Webster, C. S. (2021). Normalising good communication in hospital teams. Em *British Journal of Anaesthesia* (Vol. 126, Número 4, pp. 758–760). Elsevier Ltd. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.12.036>
- Yu, T. Z., Tatum, R. T., Saxena, A., Ahmad, D., Yost, C. C., Maynes, E. J., O'Malley, T. J., Massey, H. T., Swol, J., Whitson, B. A., & Tchantchaleishvili, V. (2022). Utilization and outcomes of extracorporeal CO2 removal (ECCO2R): Systematic review and meta-analysis of arterio-venous and veno-venous ECCO2R approaches. *Artificial Organs*, 46(5), 763–774. Disponível em <https://doi.org/10.1111/AOR.14130>

Zaga, C. J., Berney, S., & Vogel, A. P. (2019). The Feasibility, Utility, and Safety of Communication Interventions With Mechanically Ventilated Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 1335–1355. Disponível em https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-0001

Apêndice II - Cronograma do Estágio com Relatório

Cronograma do Estágio com Relatório

Ano	2022													2023											
Mês	setemb ro	outubro					novembro				dezembro				janeiro					fevereiro			março		
Dia	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	3	9	16	23	30	6	13	20	27	6	
	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	
Introdução ao Estágio																									
Estágio Serviço de Urgência																									
Estágio Unidade de Cuidados Intensivos																									
Revisão Integrativa da Literatura																									
Pesquisa																									
1º Seminário																									
2º Seminário																									
1º Relatório Parcelar																									
2º Relatório Parcelar																									
Elaboração do Relatório Final																									
Entrega Relatório de Estágio																									

FÉRIAS DE NATAL

FÉRIAS DE CARNAVA

Apêndice III - Planejamento dos objetivos e atividades a desenvolver nos estágios

Tabela 1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência	<ul style="list-style-type: none">- Realização de estágio em contexto de serviço de urgência;- Integrar a equipa de cuidados;- Conhecer dinâmica do serviço e instituição;- Prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica, demonstrando capacidade de mobilizar os conhecimentos obtidos e de resolução de situações novas.
Delinear o percurso de desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none">- Definição de objetivos para cada estágio.
Mobilizar técnicas de comunicação eficazes do enfermeiro em situação de emergência	<ul style="list-style-type: none">- Realização de pesquisa contínua que sustente a prática de cuidados;- Observação da dinâmica interdisciplinar nos serviços.- Identificação de estratégias comunicacionais que se adequem ao enfermeiro na equipa interdisciplinar;- Identificação de intervenções autónomas de enfermagem que auxiliem a comunicação com a equipa;- Gestão da comunicação em situação de emergência.
Compreender a perceção dos profissionais acerca da utilização de estratégias de comunicação eficazes em situação de emergência	<ul style="list-style-type: none">- Entrevistas a Peritos;- Discussão com Pares.
Compreender o conceito de interdisciplinaridade	<ul style="list-style-type: none">- Realização a RIL sobre “A comunicação eficaz do enfermeiro na equipa interdisciplinar na abordagem à pessoa em situação crítica”;- Aplicação dos conhecimentos resultantes da RIL.
Refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências	<ul style="list-style-type: none">- Autorreconhecimento do processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista;- Realização de relatórios no final do estágio;- Elaboração do relatório final.

Objetivos Específicos

Atividades a Desenvolver

<p>Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de estágio em contexto de serviço de unidade de cuidados intensivos; - Integrar a equipa de cuidados; - Conhecer dinâmica do serviço e instituição; - Prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica, demonstrando capacidade de mobilizar os conhecimentos obtidos e de resolução de situações novas.
<p>Delinear o percurso de desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de objetivos para cada estágio.
<p>Mobilizar técnicas de comunicação eficazes do enfermeiro em situação de emergência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa contínua que sustente a prática de cuidados; - Observação da dinâmica interdisciplinar nos serviços. - Identificação de estratégias comunicacionais que se adequem ao enfermeiro na equipa interdisciplinar; - Identificação de intervenções autónomas de enfermagem que auxiliem a comunicação com a equipa; - Gestão da comunicação em situação de emergência.
<p>Compreender a perceção dos profissionais acerca da utilização de estratégias de comunicação eficazes em situação de emergência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a Peritos; - Discussão com Pares.
<p>Compreender o conceito de interdisciplinaridade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização a RIL sobre “A comunicação eficaz do enfermeiro na equipa interdisciplinar na abordagem à pessoa em situação crítica”; - Aplicação dos conhecimentos resultantes da RIL.
<p>Refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autorreconhecimento do processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista; - Realização de relatórios no final do estágio; - Elaboração do relatório final.

Tabela 2 - UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS

Anexos

Anexo 1 - Certificado de Participação na sessão de formação online “Introdução à Farmacovigilância: Noções gerais e notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos”

Certificado de Formação

Maria João Filipe

Participou na Sessão **Introdução à Farmacovigilância: Noções gerais e notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos**, no âmbito do Sistema Nacional de Farmacovigilância, que se realizou no dia 26-10-2022, na plataforma *Microsoft Teams*, com a duração de 1 hora e 30 minutos.