



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Elisabete Carla Lopes da Costa

**COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA TRANSIÇÃO
DE CUIDADOS DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA
TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório Final de Estágio

Elisabete Carla Lopes da Costa

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Mestre Ana Catarina Pinto.

Oliveira de Azeméis | 2024

“The most dangerous phrase in the language is “we’ve always done it this way.”

Rear Admiral Grace Hopper

AGRADECIMENTOS

Agradecer...

À minha Orientadora, Ana Catarina Pinto, pela superior orientação, pelo incansável apoio, pelo rigor incomparável e por acreditar sempre, algumas das vezes, mais que eu própria.

À Enfermeira Mariana Tranquada pela concordância na utilização da sua versão traduzida do questionário de O'Connell et al. (2008).

À Associação Portuguesa de Cuidados Intensivos, à Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e à Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação por colaborarem na divulgação do estudo entre os seus associados e à Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa por divulgar o estudo junto da comunidade académica.

Ao Pedro pelo seu apoio no tratamento estatístico dos dados e pela sua pronta resposta, sempre em jeito de reforço positivo.

Às enfermeiras tutoras que me acompanharam nos contextos da prática clínica, pelo exemplo e pelas oportunidades, sem nunca descurarem a parte humana.

Às equipas dos mesmos contextos que me acolheram como uma deles.

Aos meus amigos, aqueles que permanecem inabaláveis e incansáveis na sua crença na minha capacidade e me acompanharam neste caminho tão tortuoso.

À minha família, principalmente à minha mãe Eduarda e avó Alice, pelo tempo que lhes tomei, nesta fase tão sensível.

Aos meus sogros, Arlinda e Armando, por me substituírem nos deveres parentais, sem os quais, o caminho teria sido impossível.

Aos meus filhos, Afonso e Dinis, pelo amor e por perceberem que a ausência foi só física. Nunca me saíram do pensamento.

Ao meu marido, Gil, pela persistência em fazer-me acreditar que sou capaz, garantindo-me as melhores condições para prosseguir.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AFE – Análise Fatorial Exploratória

CA – Conselho de Administração

CH – Centro Hospitalar

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E.

CHU – Centro Hospitalar Universitário

CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João

CPC – Contexto da Prática Clínica

CVC – Cateter Vascular Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DOI – *Digital Object Identifier*

DP – Desvio Padrão

EA – Eventos Adversos

EC – Eficácia da Comunicação

ED – Envolvimento do Doente

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IE – Intervenções de Enfermagem

ISBAR – Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

JCI – *The Joint Commission International*

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

Me – Mediana

mg/dl – miligrama por decilitro

mmHg – milímetros de mercúrio

n – Frequência Absoluta

NAS - *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSF – *Open Science Framework*

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAGSD – Plano de Ação Global para a Segurança do Doente

PE – Processo de Enfermagem

PIC – Pressão Intracraniana

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

QI – Qualidade da Informação

R² – coeficiente de determinação

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TET – Tubo Endotraqueal

TIH – Transporte Intra-Hospitalar

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

UAG – Unidades Autónomas de Gestão

UAG-UMI – Unidades Autónomas de Gestão da Urgência e Medicina Intensiva

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINC – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSSJoao – Unidade Local de Saúde de São João

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

α – Alfa de *Cronbach*

\bar{X} – Média

χ^2 – Teste Qui-Quadrado

RESUMO

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior impacto na qualidade dos cuidados prestados e com maior importância para garantir a segurança das pessoas-alvo dos cuidados, independentemente do contexto em que exerçam a sua atividade.

Nos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, a atividade dos enfermeiros é de maior relevância instabilidade da pessoa, associada à gestão de ambientes tão complexos.

A pessoa em situação crítica exige um cuidar especializado, assente na aquisição de competências específicas desta área, além das competências comuns àqueles que se especializam noutras áreas da Enfermagem. Essas competências darão suporte à capacidade de tomada de decisão no sentido de implementar melhores práticas e dessa forma contribuir para incrementar a qualidade dos cuidados e reduzir ou evitar a ocorrência de eventos adversos.

Neste relatório pretende-se, numa primeira parte, demonstrar esse desenvolvimento de competências, comprovando a sua aquisição através da crítica com carácter reflexivo das experiências, percepções e atividades desenvolvidas durante a componente de estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica desenvolvida em dois contextos da prática de cuidados (unidade de cuidados intensivos neurocríticos e unidade de cuidados intensivos polivalente). Na segunda parte, dá-se forma a todo o processo envolvido na concretização da componente de investigação relacionada com a Percepção dos Enfermeiros sobre a Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica, necessária à obtenção do grau de mestre, permitindo aprofundar competências na área da investigação, vitais ao desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, que se pretende baseada na melhor evidência científica.

Este percurso foi um desafio pessoal que se abraçou no sentido do exercício profissional de excelência, que se deve caracterizar pela prestação de cuidados especializados de qualidade e em segurança.

ABSTRACT

Nurses are the health professionals with the greatest impact on the quality of care provided and the greatest importance in ensuring the safety of the people they care for, regardless of the context in which they work.

In the context of care for people in a critical situation, the activity of nurses is of greater relevance to the instability of the person, associated with the management of such complex environments.

The person in a critical situation requires specialized care, based on the acquisition of skills specific to this area, in addition to the skills common to those who specialize in other areas of nursing. These skills will support decision-making in order to implement best practices and thus contribute to increasing the quality of care and reducing or avoiding the occurrence of adverse events.

The first part of this report aims to demonstrate this development of skills, proving their acquisition through a reflective critique of the experiences, perceptions and activities developed during the internship component of the master's degree in Medical-Surgical Nursing in the Specialization Area of Nursing for the Critically Ill Person, developed in two contexts of care practice (neurocritical intensive care unit and multipurpose intensive care unit). In the second part, the entire process involved in carrying out the research component related to Nurses' Perceptions of Communication in the Transition of Care of the Critically Ill Person is described, which is necessary to obtain a master's degree, allowing us to deepen our skills in research, vital to the development of the nursing discipline, which is intended to be based on the best scientific evidence.

This path was a personal challenge that was embraced to exercise professional excellence, which should be characterized by the provision of quality and safe specialized care.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Percepção dos fatores condicionantes da comunicação.	80
Tabela 2 - Abrangência da ISBAR.....	81
Tabela 3 - Percepção das vantagens e desvantagens da ISBAR.	82
Tabela 4 - Associação entre uso da ISBAR e percepção do não uso de instrumento padronizado como fator condicionante à comunicação.	83
Tabela 5 - Suporte da ISBAR como instrumento de comunicação padronizado preferencial e aplicação do mesmo quando normatizado pela instituição.....	83
Tabela 6 - Estatística descritiva por item.....	84
Tabela 7 - Estatística descritiva do <i>score</i> da escala.	86
Tabela 8 - Classificação qualitativa da comunicação nas transições de cuidados.....	86
Tabela 9 - Variáveis utilizadas no modelo de regressão linear inicial.	87
Tabela 10 - Resultados do modelo de regressão linear.....	88
Tabela 11 - Variância explicada por componente.	91
Tabela 12 - Associação entre itens e fatores (omitidos pesos fatoriais inferiores a 0,3).	91
Tabela 13 - Correlação de <i>Pearson</i> entre as dimensões/subescalas.....	92
Tabela 14 - Estatística descritiva das dimensões e escala unidimensional.....	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção da PAI.....	54
Figura 2 - <i>Scree plot</i> da Análise Paralela.....	90

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	23
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	25
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	27
1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos neurocríticos.....	27
1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos polivalentes	30
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	33
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	33
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	34
2.3. Domínio da gestão de cuidados	39
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	41
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	45
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	45
3.2. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. ...	52
4. Considerações finais.....	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	59
1. Resumo.....	61
2. Abstract	63
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	65
4. Finalidade e objetivos.....	69
5. Metodologia	71
5.1. Desenho do estudo	71
5.2. Considerações éticas	76
6. Resultados	79

6.1. Caracterização socioprofissional	79
6.2. Perceção dos enfermeiros sobre fatores condicionantes da comunicação.....	80
6.3. Perceção dos Enfermeiros sobre a Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica	83
7. Discussão	95
8. Conclusão	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
APÊNDICES.....	119
APÊNDICE I – Lista de Verificação do TIH	121
APÊNDICE II – Póster “Capacitação da Família da Pessoa em Situação Crítica com estoma: protocolo de <i>scoping review</i>	125
APÊNDICE III – Cartaz “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infecção relacionada com o CVC.....	129
APÊNDICE IV – Póster “Perceção dos Enfermeiros acerca da Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica – projeto de investigação”	133
APÊNDICE V – Instrumento de recolha de dados	137
APÊNDICE VI – Póster “Instrumentos de Avaliação da Comunicação entre Enfermeiros na Transição de Cuidados, validados para Portugal: protocolo de <i>scoping review</i> ”	155
APÊNDICE VII – Tabela com todas as questões e categorias de resposta	159
ANEXOS.....	163
ANEXO I – Certificado de apresentação do Póster “Capacitação sa Família da Pessoa em Situação Crítica Com Estoma: protocolo de <i>scoping review</i> ”	165
ANEXO II – Certificado de apresentação do Póster “Perceção dos Enfermeiros acerca da Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica – projeto de investigação”	169
ANEXO III – Autorização da autora da versão portuguesa da escala elaborado por O’connell et al. em 2008, Mariana Tranquada (2013)	173

ANEXO IV – Certificado de apresentação do póster “instrumentos de avaliação da comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados, validados para portugal: protocolo de <i>scoping review</i> ”	177
ANEXO V – Parecer nº 002/2024 da Comissão de Ética da ESSNORTECVP	181

INTRODUÇÃO

Os cuidados de Enfermagem assumem cada vez maior importância com exigência técnica e científica crescentes, sendo a diferenciação e a especialização o caminho para a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019a).

A formação permanente, oportunidades adequadas de trabalho, número suficiente e bem distribuído de profissionais, valorização e incentivos financeiros, vontade política e reconhecimento da capacidade de liderança, são os grandes desafios para o avanço da profissão de Enfermagem em todas as regiões do mundo (Cassiani & Neto, 2018).

Este Relatório Final é o culminar de um caminho desafiante, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Optou-se pela especialização por se encarar como responsabilidade inerente à profissão de Enfermagem, o desenvolvimento de competências de acordo com as necessidades crescentes de cuidados especializados de qualidade que a população necessita. Tendo-se escolhido como parceira de viagem a Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

A primeira parte deste relatório trata-se de uma reflexão com carácter crítico sobre as competências – comuns e específicas – do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e a sua aquisição de acordo com as experiências vivenciadas nos contextos da prática clínica (CPC) escolhidos e os objetivos delineados. Inicia-se com a caracterização sumária dos CPC, continuando com o desenvolvimento de temas que pessoalmente, foram considerados mais relevantes, distribuídos por 4 capítulos.

A segunda parte refere-se à componente de investigação exigida para a obtenção do grau académico de Mestre.

O sucesso do processo de formação em Enfermagem é considerar a investigação um importante âmbito do cuidar, como um ato de gerir processos de mudança, não só no sentido de construção de novos marcos de conhecimento teórico-prático, mas também como a base para aumentar os níveis de qualidade dos cuidados que estão diretamente associados à melhoria da qualidade de vida das sociedades (Costa, 2022).

O principal desafio dos enfermeiros é a articulação entre ambiente de trabalho, contexto social e estratégias educacionais, sempre com o objetivo de aumentar a segurança na

prestação de cuidados, colaborando para atingir uma saúde universal (Ornellas & Monteiro, 2023).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) (2021) define como um dos seus objetivos estratégicos a melhoria da comunicação e da segurança no processo de transição de cuidados através da implementação de normas e do desenvolvimento de ferramentas de comunicação, entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados, apostando na formação específica sobre o tema.

Problemas relacionados com a comunicação foram apontados como a causa de 70% de todos os eventos adversos (EA) (Wibrandt & Lippert, 2020), pelo que, em 2017, a Direção-Geral de Saúde (DGS) emanou uma norma sobre a comunicação nos momentos de transição de cuidados. De facto, esta comunicação na transferência de responsabilidade entre enfermeiros tem impacto na continuidade e sucesso do Processo de Enfermagem (PE) e influencia, reconhecidamente, a segurança da pessoa-alvo dos cuidados.

Assim, a componente de investigação do presente relatório relaciona-se com a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação da transição de cuidados da pessoa em situação crítica (PSC), com o objetivo de interferir com a prática dos cuidados, no sentido de planear intervenções específicas para melhorar essa comunicação. Essa intervenção, acredita-se, terá impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e na segurança da PSC, alcançando benefícios para as respetivas instituições, assim como para a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

Esta segunda parte encontra-se dividida em oito capítulos: iniciando-se com a fundamentação teórica sobre o fenómeno em estudo, que levou à formulação da questão de investigação “Qual a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição de cuidados, em contextos de cuidados à pessoa em situação crítica?” e à definição dos objetivos a atingir. Segue-se o capítulo que aborda a metodologia, com as necessárias considerações éticas. Apresentam-se como capítulos finais, os resultados, discussão dos mesmos e respetivas conclusões.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A última etapa deste percurso foi a Unidade Curricular (UC) designada Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, composta por 810 horas, 540 das quais foram horas de contacto divididas entre dois contextos da prática clínica (220 horas cada), seminários, orientação tutorial e 270 horas para trabalho autónomo. Esta UC teve início a 20 de setembro de 2023.

A aquisição de competências considera-se atingida quando os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, adquiridos durante a parte teórica do programa de ensino, são mobilizados para a prática, sendo os ensinamentos clínicos considerados cenários ideais para os estudantes integrarem e aplicarem estas competências (Visiers-Jiménez et al., 2021).

A realização dos estágios foi importante para perceber, na prática, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e desenvolver as competências esperadas, assentes na aquisição e consolidação de conhecimentos inerentes a essa intervenção (OE, 2021), no seio de duas equipas interdisciplinares.

1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos neurocríticos

O primeiro estágio desta UC decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC) de um Centro Hospitalar Universitário (CHU) da zona norte do país, constituído por duas unidades hospitalares, sob orientação da Professora Mestre Catarina Pinto, decorrendo entre 2 de outubro e 7 de dezembro de 2023, perfazendo um total de 220 horas de contacto.

O referido CHU assume como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, qualidade e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, tendo em consideração princípios éticos. Refere como prioridade promover a diferenciação, no sentido de contribuir para a realização profissional dos seus colaboradores (CHU São João (CHUSJ), 2021).

Esta instituição pretende ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor, nomeadamente pela medição dos resultados clínicos. Reforçando o estatuto de referência no setor da saúde, indica, no artigo 4º do seu Regulamento Interno, os valores e princípios pelos quais se devem orientar os seus

profissionais no desempenho das suas funções, dos quais se destacam a melhoria contínua, aperfeiçoamento técnico e valorização pessoal, centralidade na pessoa e na promoção da saúde, humanização e não discriminação (CHUSJ, 2021).

A área de produção está dividida em Unidades Autónomas de Gestão (UAG) que se definem como estruturas de gestão intermédia, com o objetivo de descentralizar a autoridade e a responsabilidade que, em última instância, pertencem ao Conselho de Administração (CA), que nomeia os coordenadores das UAG (CHUSJ, 2021).

A UAG da Urgência e Medicina Intensiva (UAG-UMI) está centrada no cuidado ao doente emergente, urgente e crítico, sendo uma referência para todo o país, com grande impacto na capacitação da resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Funciona como polo do eixo da Rede de Referência de Medicina Intensiva e, como tal, tem o mais elevado índice de gravidade de doentes da região (Unidade Local de Saúde São João (ULSSJoao), 2024a).

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI), composto por várias Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tem uma lotação de 68 camas, todas preparadas para acolher pessoas com necessidades de cuidados nível III, sendo que 10 camas estão em quartos de isolamento pressurizados (ULSSJoao, 2024b).

A UCINC onde decorreu o estágio é uma das unidades funcionais da UAG-UMI do CHU, sendo uma unidade com 16 camas nível III de cuidados, vocacionada para o tratamento de doentes neurocríticos (ULSSJoao, 2024c).

A área clínica desta unidade inclui uma zona aberta com 10 unidades nível III, sendo que 3 são unidades preparadas para acolher pessoas com necessidades de isolamento de via aérea, destinando-se a prevenir a transmissão de agentes infecciosos que permanecem suspensos no ar por longas distâncias, dado o seu reduzido tamanho (diâmetro inferior ou igual a 5 micra) (Siegel et al., 2023); uma zona de vigilância centralizada que reúne a monitorização proveniente destas 10 unidades, coincidente com o posto de trabalho de Enfermagem, onde se realizam os registos; uma sala de preparação de medicação e uma sala com as restantes 6 unidades nível II, estando, em situação de esforço, equipadas para receberem pessoas com necessidades de cuidados nível III (OE, 2020).

As duas zonas que perfazem as 16 unidades da UCINC são identificadas como área de “intensivos” e “intermédios” e há fluxo das PSC entre estas áreas de acordo com a sua condição clínica.

Fisicamente, o serviço tem um ambiente agradável, modernizado e apelativo à manutenção do nível de organização exigido pelo nível de especificidade dos cuidados a prestar, sendo

promotor de bem-estar nos profissionais. A qualidade do ambiente, das instalações e dos equipamentos de uma UCI pode tornar-se fator relevante para o tratamento e bem-estar da PSC, pela influência que tem na eficácia e bem-estar do pessoal que os assiste (OE, 2020).

A equipa de Enfermagem é composta por 65 enfermeiros, organizados em sub-equipas. Trata-se de uma equipa motivada para a formação especializada, uma vez que, 24 dos enfermeiros têm título de enfermeiro especialista reconhecido pela OE, sendo 13 EEEMC. Apenas 3 destes enfermeiros são reconhecidos e devidamente remunerados pela instituição como Enfermeiros Especialistas.

A recomendação da OE (2019b) para a constituição das equipas de cuidados intensivos é de 50% de enfermeiros EEEMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas.

Em cada turno é designado um enfermeiro coordenador, sendo o fator “experiência” o que tem mais peso na sua nomeação, independentemente de ser especialista ou possuir especialização. É função deste enfermeiro fazer a escala de distribuição dos enfermeiros para o turno seguinte, garantir a manutenção dos níveis dos vários stocks (medicação e material clínico) e o bom funcionamento dos equipamentos técnicos.

O rácio de Enfermagem praticado é de 1:1 ou 1:2 na ala dos intensivos e de 1:3 na ala dos intermédios e é definido com base na escala *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28).

A comunicação na transição de cuidados entre enfermeiros que terminam e iniciam o turno é, maioritariamente, realizada à cabeceira do doente, não sendo suportada por nenhuma ferramenta estruturada, apesar dessa ser a forma de garantir a eficácia da comunicação promovendo a uniformização da mesma (DGS, 2017). Apesar disso, há tópicos que são sempre abordados pelos enfermeiros da equipa (consciência, monitorização neurocrítica, ventilação, eliminação vesical/intestinal, nutrição, padrão glicémico, estado de pele e mucosas, etc.).

Os enfermeiros estão organizados em grupos de trabalho por áreas temáticas definidas no sentido de manterem uma atividade regular de formação em serviço.

Os objetivos específicos, definidos para este estágio foram:

- Desenvolver competências especializadas na abordagem à pessoa em situação neurocrítica;
- Uniformizar a prática clínica quanto à Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (CVC).

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos polivalentes

O segundo período do estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II decorreu num SMI polivalente, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro, entre 12 de dezembro de 2023 e 12 de fevereiro de 2024, mantendo a orientação da Professora Mestre Catarina Pinto.

Este Centro Hospitalar (CH), que desde 1 de janeiro de 2024, integra uma ULS, criada de acordo com o Decreto-Lei 102/2023 (que procede à reorganização das unidades de saúde, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os Agrupamentos de Centros de Saúde), publicita a missão de contribuir para a saúde e bem-estar através da prestação de cuidados de qualidade, de práticas clínicas integradas, da formação e da investigação. Afirma ter a pretensão de se posicionar como uma instituição de referência no SNS e como o melhor prestador de cuidados da Região de Aveiro. Destaca-se também, a referência ao facto de pretender ser o melhor local para se trabalhar no setor da saúde (Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. (CHBV), 2024). Esta instituição elenca como alguns dos valores e princípios norteadores da atividade dos seus profissionais, a responsabilidade e a transparência, o respeito pela dignidade humana e pela diversidade cultural, a satisfação dos seus utentes, profissionais e colaboradores (CHBV, 2013).

O SMI desta instituição tem 14 unidades nível III ou nível II, divididas por duas zonas abertas, fisicamente separadas, cada uma com a sua área de vigilância centralizada, localizada no posto de Enfermagem. Destas 14 unidades, 2 estão preparadas para isolar pessoas com necessidades de isolamento de via aérea. Existe ainda uma sala de preparação de medicação, gabinetes dos responsáveis e administrativa do serviço, sendo este último espaço, contíguo a uma sala de espera para as visitas (área de receção) e a uma zona de transfere, onde são recebidas as pessoas com necessidade de cama crítica. Há ainda, uma biblioteca/sala de reuniões, uma arrecadação de material clínico e uma de equipamentos técnicos.

A OE recomenda que, na constituição das equipas das UCI, 50% dos enfermeiros sejam EEEMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno (OE, 2019b). A equipa de Enfermagem deste SMI é muito motivada para a prestação de cuidados de qualidade, sendo composta por 38 enfermeiros, dos quais, 13 são EEEMC, o que fica muito aquém do necessário para cumprir a indicação da OE.

Em todos os turnos está definido um enfermeiro coordenador, independentemente da presença do enfermeiro gestor. O enfermeiro coordenador, no caso de o serviço ter lotação

completa, também fica alocado à prestação de cuidados, além de acumular as funções inerentes à coordenação do serviço.

O rácio praticado é de 1:1 ou 1:2, de acordo com a lotação e com a aplicação de uma escala de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem, validada transculturalmente para a população portuguesa, que assenta nos cuidados prestados nas 24 horas anteriores. Durante o estágio neste CPC, foi operacionalizada a transição da utilização do instrumento TISS-28 para a *Nursing Activities Score (NAS)*.

A equipa de Enfermagem está, também, dividida em grupos de trabalho, que de acordo com as necessidades da equipa e recorrendo à formação em serviço discutem as informações e alterações mais relevantes, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A comunicação entre enfermeiros, durante a transição de cuidados, não é realizada com base numa ferramenta estruturada, o que, também nesta UCI, não vai de encontro ao normatizado pela DGS (2017), que defende que a comunicação eficaz na saúde exige competências que devem ser aprendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde (DGS, 2017).

Os objetivos específicos assumidos neste CPC foram definidos para ir de encontro às necessidades específicas de desenvolvimento de competências em ambiente de cuidados à PSC e para dar resposta a necessidades identificadas junto da equipa de Enfermagem:

- Desenvolver competências especializadas na abordagem à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Promover a segurança da PSC com necessidade de transporte intra-hospitalar (TIH).

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O conceito de competência tem múltiplas abordagens, dado que se espera do profissional uma atuação que responda a situações complexas, sabendo analisar, priorizar e tomar decisões com capacidade de iniciativa e de modo responsável (Pinho, 2020).

Segundo a OE (2019a), é suposto que os enfermeiros especialistas partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e que envolvem várias dimensões, sendo demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

A capacidade de mobilizar o conhecimento acumulado para os CPC, permite comprovar a aquisição das competências necessárias para se conseguir alcançar o que se projeta (Oliveira, 2015) e nesse sentido, a formação especializada assume um papel estratégico na qualificação dos enfermeiros, com vista à otimização e racionalização dos cuidados de saúde, adequando o perfil de competências dos profissionais às exigências e desafios do sistema de saúde português (Padilha et al., 2021).

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros define que os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015). Deste modo, a partir do momento em que um estudante de Enfermagem inicia o seu curso de licenciatura, a responsabilidade profissional, baseada em princípios éticos e legais, começa a ser-lhe inculcada e treinada.

A responsabilidade é indissociável do exercício profissional de Enfermagem, e só com a noção dessa indissociabilidade é que se entende a essência dos cuidados prestados diariamente. Por isso, considera-se a responsabilidade profissional, ética e legal como transversal a todos os enfermeiros, independentemente do seu grau académico.

Ora, a PSC encontra-se muito vulnerável, tendo uma ou mais funções vitais em risco a necessitar de suporte a vários níveis, obrigando muitas vezes à analgesia, não podendo tomar decisões ou proteger-se, tendo de ser substituída nesses processos.

Precisamente, uma das características dos cuidados de Enfermagem é fazer por substituir a competência funcional em que a pessoa esteja total ou parcialmente incapacitada (OE, 2015). Já a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem assenta no pressuposto de que a intervenção de Enfermagem (IE) é necessária quando as exigências do autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse autocuidado (Queirós et al., 2014). É nesse défice de capacidade que se abre a janela para as IE, tendo na base da sua implementação o consentimento presumido da PSC.

A vulnerabilidade da PSC deve ser motivação acrescida para a proteção dos seus direitos, uma vez que esta se encontra privada da capacidade de se representar, obrigando a presumir o consentimento para a grande maioria das IE, cuja implementação está suportada por um agir ético, baseado em conhecimento científico e de acordo com os deveres deontológicos da profissão e que resultarão em benefício direto para a PSC (Deodato, 2024).

Para procedimentos mais invasivos, era evidente o cuidado das equipas interdisciplinares de ambos os CPC, na abordagem das questões a decidir em conjunto com a família ou representante legal, no melhor interesse da PSC. Perante a necessidade de realização de traqueotomia, por exemplo, a questão era trabalhada com a família, no sentido da mesma perceber a necessidade da intervenção e de se obter o seu consentimento livre e esclarecido, ciente, não só dos benefícios, mas também dos riscos, dando cumprimento ao exposto na norma nº 015/2013 (DGS, 2015).

Durante este percurso esteve patente a responsabilidade profissional, baseada em princípios ético-legais, em conformidade com o expectável neste domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, com respeito pelos princípios básicos como autonomia e beneficência, reconhecendo a dignidade da vida humana.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A segurança da pessoa que necessita de cuidados de saúde é um tema com enfoque prioritário, nas últimas décadas, na área da saúde (Santos, 2019). Investir na segurança dos cuidados é o caminho para a melhoria contínua da qualidade, que deve ser uma das preocupações do EEEMC, independentemente da sua área de especialização e do contexto em que se encontre inserido, seja pelo desenvolvimento de práticas de qualidade e participação em programas de melhoria contínua, seja enquanto promotor de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019a).

Promover um ambiente terapêutico seguro, como forma de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados durante o transporte intra-hospitalar (TIH) da PSC foi uma preocupação no CPC de cuidados intensivos polivalentes.

As UCI são setores complexos do hospital, repletos de recursos tecnológicos avançados que possibilitam a assistência especializada e individualizada à PSC (Santos, 2019). A principal diferença entre estas unidades e os outros departamentos do hospital é a monitorização e cuidados contínuos da PSC por um enfermeiro (Alizadeh et al., 2021).

Apesar de toda a tecnologia disponível numa UCI, a realização de alguns exames e procedimentos são inviáveis “à cabeceira”, obrigando a deslocações para ambientes menos controlados, tornando-se o TIH indispensável (Santos, 2019). A razão básica para o transporte é a necessidade de cuidados adicionais não disponíveis no local onde a pessoa se encontra, como a realização de exames complementares de diagnóstico, procedimentos terapêuticos ou transferência para outros setores ainda dentro do mesmo hospital (Santos, 2019). Os destinos mais frequentes são o serviço de imagiologia, para realização de tomografia axial computadorizada (TAC) e ressonância magnética nuclear, e o bloco operatório.

O TIH da PSC é frequente na maioria dos hospitais, sendo desvalorizado por acontecer dentro das instalações do hospital e ser realizado por profissionais de saúde. (Canellas et al., 2020). A decisão da necessidade de deslocar a PSC deve ser baseada na avaliação médica e devem ser ponderados os benefícios e riscos potenciais, sendo indispensável o planeamento do transporte, assegurando o número suficiente de profissionais treinados para trabalhar em equipa bem como os recursos materiais necessários à monitorização adequada durante a deslocação (Martins, 2023).

A consciencialização dos intervenientes no TIH sobre os possíveis riscos é fundamental (Santos, 2019), uma vez que a PSC está mais vulnerável a EA que implicam custos sociais e económicos, e danos irreversíveis às pessoas e suas famílias (Canellas et al., 2020).

Durante o TIH é premente a continuidade dos cuidados, assegurando-se a eficácia do tratamento e minimizando os incidentes e EA (Santos, 2019), uma vez que, para além da possibilidade de uma atuação inadequada nas situações de emergência que possam ocorrer, transportar a PSC determina um impacto fisiológico relacionado com o movimento (aceleração, desaceleração e vibração), sendo expectável que durante o TIH os níveis de cuidados, vigilância e intervenção sejam iguais ou superiores aos verificados no serviço de origem (Canellas et al., 2020).

A alta incidência de EA durante TIH torna imperativa a criação de protocolos institucionais para planejar e padronizar o transporte, minimizando erros e favorecendo uma prática segura (Santos, 2019).

Um revisão integrativa mostrou que 60% desses eventos ocorreram em transportes eletivos, enquanto 40% aconteceram em TIH em situação de emergência, demonstrando maior preparação e monitorização nas situações de emergência e maior desatenção nas situações agendadas (Santos, 2019). Também num estudo transversal, desenvolvido no Irão, várias razões foram apontadas para a ocorrência destes eventos, entre as quais, falhas de equipamentos, monitorização insuficiente, configuração inadequada dos equipamentos e comunicação ineficiente entre os elementos da equipa (Farnoosh et al., 2018).

Os EA mais frequentes, descritos na literatura, são instabilidade hemodinâmica, agitação psicomotora e insuficiência respiratória (Santos, 2019). Há ainda riscos inerentes ao próprio transporte, os quais dependem do tempo ou da distância a percorrer, da ausência de comunicação da equipa envolvida e da falha de equipamentos, onde se incluem problemas com alarmes e equipamentos sem bateria, oxigénio insuficiente e mau funcionamento do oxímetro de pulso (Santos, 2019).

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos identificaram como incidentes mais frequentes: a extubação endotraqueal, a exteriorização de acessos venosos, o aporte inadequado de oxigénio, a avaria do ventilador de transporte, a exteriorização ou clampagem inadvertida de dreno torácico e/ou a falta de bateria dos equipamentos, sendo por isso proposta a verificação diária dos equipamentos, por enfermeiros (Canellas et al., 2020).

Melhores medidas pré-transporte, como a dupla verificação das ligações pessoa-monitor, evitando o emaranhado dos condutores, bateria do monitor totalmente carregada, a existência de uma bateria extra e monitores compatíveis no serviço de destino, são apontadas como formas de diminuir a incidência de eventos relacionados com os equipamentos (Parveez et al., 2020).

A definição da equipa que transporta a PSC é, também, um dos aspetos apontados como relevantes para o sucesso do TIH, recomendando-se que sejam implicados dois profissionais de saúde, o enfermeiro e o médico responsáveis pela pessoa (Santos, 2019).

Os enfermeiros são apontados como os elementos-chave das equipas de TIH, sendo os responsáveis pela manutenção da segurança da PSC, uma vez que são os profissionais mais

capazes para identificar possíveis riscos e prevenir EA, promovendo uma cultura de segurança (Alizadeh et al., 2021)

Também Canellas et al. (2020) refere como fundamental a presença de um enfermeiro no transporte por diminuir a incidência de EA, tanto porque são evitados, como porque são mais precocemente detetados, comparativamente com a intervenção médica.

Manter a segurança da pessoa durante a deslocação exige cuidados especializados (Martins, 2023) e, idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pela PSC (preferencialmente EEMC, na área da PSC), com experiência em Suporte Avançado de Vida e com treino em transporte de doente crítico (Colégio de Medicina Intensiva & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). E quando a responsabilidade da pessoa não é transferida para o serviço destino/recetor, a equipa de transporte deve permanecer com a PSC até ao fim dos procedimentos e regresso ao local de origem (Colégio de Medicina Intensiva & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

A falha de comunicação entre os profissionais de saúde que transportam a PSC é um dos EA não clínicos mais descrito na literatura, principalmente durante a transmissão de informação entre os profissionais da unidade de origem e a unidade de destino. Uma revisão integrativa demonstrou que a falha de comunicação é responsável por 60% dos EA ocorridos nos TIH, sendo fundamental o treino e aperfeiçoamento constante da comunicação entre profissionais de saúde, pois profissionais qualificados, munidos de um bom planeamento e capazes de estabelecer uma comunicação efetiva entre setores, garantem um transporte seguro e reduzem as taxas de complicações (Santos, 2019).

Ainda sobre a comunicação, um dos aspetos mais relevantes, é o contacto prévio com o serviço de destino, que permite preparar os recursos necessários, a disponibilidade do destino e diminuir a ansiedade dos recetores (Canellas et al., 2020).

A existência de uma equipa completa e capacitada, associada ao desenvolvimento de protocolos institucionais que auxiliem e padronizem os aspetos a considerar, favorece uma prática mais segura e eficaz, especialmente durante o TIH de PSC (Santos, 2019).

A implementação de um protocolo de acordo com a realidade de cada instituição de saúde, com as respetivas listas de verificação, tem como objetivo padronizar e sistematizar a atuação da equipa, reduzindo a discrepância na tomada de decisões e melhorando o resultado final (Santos, 2019), favorecendo uma cultura organizacional positiva e cuidados de saúde de qualidade (Martins, 2023). Essa implementação promove a coordenação necessária para o TIH e a preparação da equipa de transferência e de todos os equipamentos

relacionados, sendo referido que a familiarização da equipa com o protocolo levará à diminuição de erros e complicações durante o TIH (Farnoosh et al., 2018).

O intuito é elaborar uma ferramenta de uso sistemático e simples, para identificar riscos potenciais, proporcionar melhor comunicação entre os elementos da equipa e direcionar as práticas para uma assistência mais segura, no que se refere ao TIH (Santos, 2019), uma vez que, após a implementação de um protocolo de transporte a ocorrência de EA reduz-se significativamente (Canellas et al., 2020).

Para dar resposta ao objetivo específico de promover a segurança da PSC com necessidade de TIH no CPC, onde decorreu o segundo período do estágio, tendo como objetivo último contribuir no sentido da melhoria contínua da qualidade, foi proposto complementar o protocolo existente, com a elaboração de uma lista de verificação, que se remete para o APÊNDICE I – Lista de Verificação do TIH.

As listas de verificação são referidas na literatura como uma forma prática e simples de aumentar a segurança (Canellas et al., 2020), tendo o potencial de diminuir a ocorrência de EA com potencial de irreversibilidade (Martins, 2023).

As principais dificuldades dos profissionais são a falibilidade da memória e da atenção, para além da capacidade de lidar com o stress, fadiga, interrupções, novas situações e pressões de produção, especialmente quando se trata de questões rotineiras e sob pressão de eventos mais urgentes, as questões rotineiras podem facilmente ser negligenciadas, deixando passar etapas do processo, o que pode propiciar o erro (Canellas et al., 2020). Aspetos como a previsibilidade das listas de verificação ajudam a contornar essas limitações e promovem a prática baseada na evidência (Canellas et al., 2020).

A elaboração de rotinas estimula a aquisição de conhecimento pela equipa multidisciplinar, facilita uma comunicação efetiva e melhora o planeamento, favorecendo a coordenação dos cuidados, assim como facilita a avaliação de resultados (Martins, 2023).

Para que haja adesão à implementação de uma lista de verificação é importante que esta seja fácil de aplicar, não acrescente carga de trabalho aos enfermeiros, seja adaptada aos procedimentos e políticas locais, sendo essencial que os enfermeiros a conheçam antes de a usar (Canellas et al., 2020).

A referência à comunicação com o serviço de destino deve ser um dos itens considerados, uma vez que, por si só, constitui um vetor para a melhoria da comunicação (Canellas et al., 2020).

A implementação de listas de verificação pré-transporte e a comunicação eficiente com o serviço de destino devem ser valorizadas para reduzir ao mínimo o risco de eventos críticos e EA graves (Parveez et al., 2020).

A presença de barreiras na comunicação é um dos grandes obstáculos identificados pela equipa de Enfermagem, sendo referida a criação de um momento de *debriefing* com médicos e enfermeiros da UCI após o transporte (Canellas et al., 2020).

2.3. Domínio da gestão de cuidados

Segundo o Despacho n.º 9390/2021, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), a implementação de políticas e estratégias que reduzam a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados, parte dos quais, evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde, sendo uma aposta inequívoca nos dias de hoje.

Durante o percurso no SMI polivalente, foi possível acompanhar a enfermeira tutora enquanto coordenadora de turno. As suas funções de coordenação incluíam a gestão de *stocks* de medicação, materiais e equipamentos, articulando-se com os serviços não clínicos que repõem esses produtos para a manutenção das quantidades necessárias ao bom funcionamento do serviço.

A não identificação de materiais ou medicações em falta, em ambientes em que a vulnerabilidade dos recetores dos cuidados é extrema, pode ter consequências com potencial de irreversibilidade, por atrasar ou comprometer intervenções de carácter urgente ou emergente. Por outro lado, a acumulação de materiais, equipamentos e medicação em excesso, sem preocupações com o tempo de vida útil, pode comprometer o desempenho macroeconómico da instituição.

Uma adequada gestão de *stocks* não só aumenta a capacidade de resposta da organização face à procura, como também, do ponto de vista financeiro, mobiliza capital para a mesma, sendo desejável que se diminua a despesa em *stocks* sem prejudicar a qualidade do serviço prestado (Inácio, 2022).

Outra das funções assumida pelo enfermeiro coordenador é a distribuição de recursos humanos, no que se refere às classes profissionais de Enfermagem e de assistentes operacionais.

As UCI fornecem um excepcional nível de cuidados, havendo monitorização e suporte das funções vitais, constituindo-se como os maiores consumidores de mão de obra qualificada entre os serviços hospitalares. Existem vários instrumentos que permitem avaliar a gravidade dos doentes e determinar a carga de trabalho de Enfermagem, ou seja, o trabalho que um enfermeiro desenvolve por turno/dia e que se traduz na relação enfermeiro/doente (Pinho, 2020). Em ambos os CPC frequentados, eram utilizados instrumentos validados que quantificam a carga de trabalho de Enfermagem.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população-alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (OE, 2019b).

Com efeito, o uso do TISS-28, que, como referido, se encontrava em uso nas duas UCI, é controverso, uma vez que os itens listados continuam a não refletir IE, consideradas importantes por estes profissionais (Pinho, 2020).

De acordo com a evidência científica, após validação do NAS em 2017, para a população portuguesa, o TISS-28 deixa de ser a única ferramenta validada para o efeito, e uma vez que a sensibilidade para a avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem do TISS-28 é de 43,3% face aos 80% do NAS, este último deve ser a escolha dos serviços de cuidados intensivos (Macedo et al., 2021).

Considera-se da maior pertinência a quantificação da carga de trabalho de Enfermagem com recurso a ferramentas validadas e progressivamente mais sensíveis às intervenções implementadas pelos enfermeiros, servindo como fator influenciador para a existência de dotações seguras em termos de rácio enfermeiro/doente, uma vez que existe uma clara relação entre dotações inadequadas e resultados negativos (Pinho, 2020).

Pela crescente sensibilização para os aspetos relacionados com a gestão, como os referidos neste capítulo, assumem-se as competências deste domínio como adquiridas, nomeadamente a nível da utilização de recursos de forma eficiente e da coordenação da equipa de prestação de cuidados.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Humor é um termo amplo e multifacetado que representa qualquer coisa que as pessoas dizem ou fazem e que os outros percebem como engraçado e tende a fazê-las rir, engloba também, os processos mentais envolvidos na criação e percepção de um estímulo divertido, que causa uma resposta emocional de alegria e prazer (Martin, 2007).

São encontradas, na literatura, referências a dois grandes estilos de humor: o humor positivo ou adaptativo e o humor negativo ou desadaptativo, e portanto, pode afirmar-se que nem todas as formas de humor são benéficas (Golger, 2019).

Referentes ao humor positivo pode considerar-se o humor afiliativo, que promove laços sociais com os outros e visa melhorar a qualidade das relações interpessoais; e o humor auto-realizável, que é útil para lidar com emoções negativas e alterar a valência ou intensidade dos sentimentos de angústia (Navarro-Carrillo et al., 2020).

Existem também dois estilos de humor negativo: o humor agressivo, que inclui comportamentos destinados a humilhar os outros ou a afirmar superioridade; e o humor autodestrutivo, que visa ser aceite pelos outros através do uso de piadas e comentários auto-humilhantes, autodepreciativos ou autorridículos (Navarro-Carrillo et al., 2020).

Os enfermeiros enfrentam um maior risco de exposição a comportamentos negativos no local de trabalho, por trabalharem em ambientes de elevado stress e com exigência de alto nível de envolvimento pessoal (Shorey & Wong, 2021). As interações no local de trabalho, com colegas ou pessoas-alvo dos cuidados, são apontadas como tendo influência no bem-estar psicológico dos enfermeiros (Navarro-Carrillo et al., 2020).

A mitigação desses comportamentos negativos no local de trabalho requer, não só a gestão dos comportamentos individuais, mas também, a nível organizacional, a consideração e alívio dos fatores causais associados (Hawkins et al., 2023).

Na revisão sistemática realizada por Shorey & Wong, em 2021, é evidenciada a necessidade crucial de aumentar a sensibilização das instituições de saúde para a implementação de políticas e programas que promovam e protejam o bem-estar dos enfermeiros.

A melhoria do bem-estar dos enfermeiros pode afetar indireta e positivamente a segurança da pessoa-alvo dos cuidados e a qualidade dos cuidados prestados (Shorey & Wong, 2021).

As organizações devem também, considerar o profundo efeito cascata da falta de recursos e da falta de pessoal nas interações dos enfermeiros no local de trabalho e, a nível individual,

cada enfermeiro tem a responsabilidade de demonstrar cuidado e respeito pelos outros nas suas rotinas diárias (Hawkins et al., 2023).

Na revisão integrativa realizada por Golger, em 2019, o humor positivo foi considerado uma forma construtiva de humor que reduziu o stress e foi promotor de coesão entre os enfermeiros, podendo ser considerado uma fonte de otimismo e autorrealização, especialmente em áreas de pressão elevada e constante.

O humor positivo é referido como uma estratégia de *coping* para lidar com situações emocionalmente desgastantes, mantendo uma perspetiva positiva perante os desafios diários, e, para além disso, os enfermeiros que introduziram o humor positivo tiveram maiores taxas de satisfação no trabalho, por ser promotor de fortes laços sociais e de melhores relações interpessoais (Golger, 2019; Navarro-Carrillo et al., 2020).

O uso do humor é também correlacionado com uma melhor comunicação entre os membros da equipa, com a diminuição de barreiras entre chefes e subordinados e com um bom ambiente de trabalho (Duarte & Duarte, 2016; Navarro-Carrillo et al., 2020).

É importante ressaltar que os estudos acima mencionados focaram principalmente o lado positivo do humor, abordando-o como um fator adaptativo nas relações interpessoais (Navarro-Carrillo et al., 2020).

Para ultrapassarem as dificuldades diárias exigidas na abordagem à PSC, os enfermeiros podem recorrer a estratégias como a partilha de emoções entre pares, o debate de situações durante o horário laboral, bem como, desenvolver a capacidade individual de controlo emocional (Sousa et al., 2020).

Conhecedor desta evidência científica, o EEEMC deve ser o elemento que introduz ferramentas, com o objetivo de identificar fatores que possam interferir no relacionamento com a equipa multidisciplinar (OE, 2019a), gerir o stress e fomentar a coesão da sua equipa, promovendo um ambiente positivo para a prática de Enfermagem, onde o bem-estar dos enfermeiros seja uma preocupação. Elementos que sentem que o seu bem-estar é uma prioridade para os seus líderes, serão elementos motivados. O uso do humor positivo pode ser uma dessas ferramentas (Navarro-Carrillo et al., 2020) e, com efeito, no primeiro CPC frequentado, o uso desta ferramenta foi testemunhado e, por ser tão distante das realidades conhecidas, foi alvo de interesse para inclusão neste relatório.

Pode relacionar-se o uso do humor com a inteligência emocional dos enfermeiros, uma vez que o humor pode servir como base de *coping* para lidar com as situações que os enfermeiros

enfrentam diariamente e com as emoções que essas situações despoletam, não havendo espaço para que essas emoções interfiram com os cuidados que têm de ser prestados.

Segundo Teixeira (2023), a inteligência emocional dos enfermeiros é considerada uma mais-valia na aquisição de competências individuais e do autoconhecimento.

A sobrecarga de trabalho, o acumular de horas-extra, os rácios deficitários de profissionais para prestar cuidados com segurança e qualidade condicionam a prática de Enfermagem. No contexto social existente em Portugal, é primordial refletir sobre o apoio que os enfermeiros necessitam para desenvolverem capacidades de inteligência emocional (Sousa et al., 2020).

De facto, o EEEMC tem de ser capaz de desenvolver o seu autoconhecimento e a sua assertividade, baseando a sua *praxis* clínica em evidência científica (OE, 2019a), direcionando-se também para a promoção do bem-estar dos elementos da sua equipa, dando resposta às competências incluídas no domínio do desenvolvimento profissional.

A exigência associada à profissão de Enfermagem, pelo contacto constante com pessoas em várias fases do seu ciclo vital, a experienciar processos de saúde/doença, condicionam a exposição constante do enfermeiro às emoções dessas pessoas, família/cuidadores, além de ter de gerir as próprias emoções (Teixeira, 2023) para manter o profissionalismo e competência que lhe é exigido.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

A PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de, pelo menos, uma função vital e cuja sobrevivência depende da identificação dessa falência e de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, configurando-se como uma situação de risco de vida imediato (OE, 2018).

Os cuidados de Enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados e com caráter de continuidade, dependendo dessa continuidade, a manutenção do suporte às funções vitais ameaçadas (OE, 2018).

O prolongamento do tempo vital, proporcionado pelo desenvolvimento técnico-científico nos cuidados de saúde, torna imperioso que a qualidade de vida se mantenha, sendo desejável que, além de se viver mais, também se viva melhor!

A intervenção de Enfermagem tem um papel significativo e de grande relevo perante a PSC, visando a sua recuperação e “devolução” à sociedade com o mínimo de défices possível, quiçá sem défice algum (Martins et al., 2023).

O desenvolvimento de competências específicas do EEEMC à PSC é fundamental para dar respostas às necessidades dessa pessoa, prevenindo complicações com consequências limitadoras que comprometam a recuperação total da qualidade de vida prévia ao evento ameaçador (OE, 2018).

Assim, nos próximos subcapítulos, tentar-se-á fazer prova da aquisição dessas competências específicas.

3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A pessoa em situação neurocrítica é definida como aquela que possui lesão cerebral aguda severa provocada por traumatismo cranioencefálico (TCE), hemorragia subaracnoideia, hemorragia cerebral, infeções do sistema nervoso central, mal epilético, pós-operatórios de neurocirurgia, lesão vertebro-medular e pessoas em morte cerebral (Pinho, 2020).

Considerando-se que as pessoas englobadas nesta definição estão a vivenciar processos complexos de doença crítica, é necessário, para a aquisição de competências específicas

nesta área, identificar precocemente focos de instabilidade, implementar IE apropriadas às complicações ou, desejavelmente, antecipar e evitar essa instabilidade (OE, 2018). O desenvolvimento da competência específica que aqui se explora, foi atingido pela prestação de cuidados à pessoa em situação neurocrítica.

Antecipar e implementar intervenções preventivas, assim como manter a monitorização constante para a identificação das complicações mais prováveis, apresenta-se como um dever e uma responsabilidade deontológica do enfermeiro face ao cuidado da pessoa em situação neurocrítica (Barreto et al., 2023).

Os cuidados de Enfermagem nesta área requerem, além de conhecimentos e competências gerais na área dos Cuidados Intensivos, conhecimentos e competências específicas na área do neurointensivismo (Pinho, 2020), sendo, portanto, necessário um grande investimento, para se conseguir o aproveitamento desejado, indo de encontro ao objetivo estabelecido.

As competências nesta área adquirem-se com a prática (Pinho, 2020), tendo o enfermeiro, pelo caráter da assistência ininterrupta em contexto de cuidados intensivos neurocríticos, um papel fundamental na gestão das condicionantes para atingir as metas definidas para a pessoa (Martins et al., 2023).

Normalmente o cérebro flutua em líquido cefalorraquidiano (LCR), encontrando-se dentro de uma caixa rígida por questões de proteção, cuja capacidade volumétrica é constante e resulta do somatório do volume de massa do cérebro, com o volume do sangue, o volume do LCR e ainda, o volume de eventuais lesões ocupantes de espaço (Pinho, 2020). Se um destes constituintes aumenta, não havendo lugar a adaptação por parte do crânio, o aparecimento de lesões será muito provável.

A pressão intracraniana (PIC) refere-se à pressão hidrostática do LCR que engloba o tecido neural e os vasos sanguíneos cerebrais na cavidade craniana, medida com um cateter colocado no espaço ventricular ao nível do forâmen de Monro, considerada normal abaixo dos 15mmHg (Martins et al., 2023; Pinho, 2020).

A alteração da PIC é considerada uma emergência neurológica, que ocorre quando os mecanismos adaptativos de complacência intracraniana não são autorregulados, gerando-se um efeito de massa no cérebro (Martins et al., 2023).

As lesões primárias resultam da agressão direta ao cérebro, sem possibilidade de serem prevenidas, o que provoca destruição de células, fibras nervosas e vasos sanguíneos (Martins et al., 2023; Pinho, 2020). As lesões secundárias são determinadas por um processo iniciado no momento do trauma (lesão primária), mas com evidência clínica, algum tempo (minutos

até dias) após a ocorrência de eventos como hipoglicemia, hipóxia, hipotensão, hipertermia, edema cerebral, entre outros, traduzindo-se em alterações do fluxo sanguíneo cerebral no tecido circundante, como a isquemia ou hiperemia, e por ativação de cascatas bioquímicas locais e sistêmicas, das quais resulta destruição do tecido cerebral e consequente apoptose neuronal (Martins et al., 2023; Pinho, 2020).

Enquanto a autorregulação cerebral não é afetada, o cérebro mantém-se protegido de flutuações inadequadas do fluxo sanguíneo cerebral, decorrentes da lesão cerebral aguda, tais como isquemia, hipertensão e hipóxia (Pinho, 2020).

O objetivo primário do tratamento de pessoas com lesão cerebral aguda em UCI consiste na prevenção da lesão secundária (Pinho, 2020). A agilidade na assistência à pessoa em situação neurocrítica e a sua avaliação holística, certamente terá influência no seu prognóstico, sendo a prevenção de lesões secundárias fundamental para uma evolução favorável (Martins et al., 2023).

É nesse contexto que as IE se tornam fundamentais para um bom prognóstico da pessoa em situação neurocrítica (Martins et al., 2023). Os enfermeiros, que prestam cuidados à pessoa em situação neurocrítica, têm conhecimentos para adotar intervenções preventivas da hipertensão intracraniana e promotoras da perfusão cerebral, norteando a sua atuação por práticas recomendadas (Barreto et al., 2023). As IE são consideradas indispensáveis face à pessoa em situação neurocrítica, podendo influenciar uma evolução positiva ou negativa (Caciano et al., 2020).

As IE têm, mais frequentemente, impacto negativo ao nível do aumento da PIC, diminuição da perfusão cerebral e hipotensão arterial sistólica, sendo referidas as técnicas de posicionamento, higiene oral e aspiração endotraqueal (Caciano et al., 2020).

O oxigénio é vital para a sobrevivência dos neurónios e, como o cérebro não consegue armazenar moléculas do mesmo, é necessário um fornecimento constante para manter sua principal fonte de energia, a adenosina trifosfato (Godoy et al., 2023).

Para garantir a sobrevivência neuronal, após lesão cerebral traumática grave, o fornecimento de oxigénio é essencial, sendo que a oxigenação do tecido cerebral resulta do equilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigénio, refletindo em grande parte a adequação da perfusão cerebral (Godoy et al., 2023).

São vários os parâmetros fisiológicos que influenciam o fornecimento de oxigénio cerebral, podendo causar hipoxia (Godoy et al., 2023).

Durante o percurso na UCINC foi notória a preocupação dos profissionais com feixe de intervenções designado “*The Mantle*”, um conjunto de intervenções terapêuticas com carácter neuroprotetor, sendo uma ferramenta útil que reúne os fatores que protegem e otimizam a oxigenação cerebral em situações de TCE grave (Godoy et al., 2023).

Essas intervenções pretendem (i) evitar a hipertermia, por ser altamente prevalente na pessoa em situação neurocrítica; (ii) manter a hemoglobina entre valores de 8-12gr/dl, assegurando um transporte adequado de oxigénio; (iii) assegurar a homeostase do ambiente extracelular para garantir a cedência do oxigénio às células, corrigindo os eletrólitos e mantendo o equilíbrio ácido-base; (iv) manter o metabolismo em níveis basais, para não elevar as necessidades de oxigénio, uma vez que o metabolismo cerebral é o principal determinante da taxa de consumo de oxigénio (Godoy et al., 2023).

O feixe de intervenções em análise, reforça ainda a necessidade de (i) controlar a tensão arterial, uma vez que a hipotensão é um dos fatores com maior impacto negativo no resultado final e pode contribuir para o desenvolvimento de hipóxia isquémica, devendo ser prevenida e corrigida com urgência; (ii) manter níveis de glicemia entre 110mg/dl e 180mg/dl; (iii) manter uma oxigenação sistémica ótima (pressão arterial de oxigénio entre 80mmHg e 110mmHg), o que depende estritamente da função pulmonar e das variáveis que determinam as trocas gasosas, destacando-se a relação ventilação/perfusão e seus extremos (espaço morto e *shunt*) (Godoy et al., 2023).

Ainda sobre o “*The Mantle*”, é referida a importância de iniciar uma ventilação mecânica invasiva (VMI) protetora, em modo controlado, com volumes correntes entre 6 e 8 ml/kg, frequências respiratórias mínimas para garantir níveis de pressão arterial de dióxido de carbono entre 35 e 45 mmHg e as necessárias fração inspirada de oxigénio e pressão expiratória final positiva (Godoy et al., 2023).

O último aspeto considerado neste feixe de intervenções é o controlo do edema, uma vez que este contribui para o desenvolvimento da hipóxia do tecido cerebral, tendo como metas recomendadas manter a PIC inferior a 22mmHg, manter a pressão de perfusão cerebral entre 55-70mmHg e controlo por TAC para monitorizar os sinais de edema (Godoy et al., 2023).

A neuroproteção pode ser definida como uma intervenção, não necessariamente farmacológica, que interfere diretamente nos mecanismos intracelulares da cascata isquémica, com o objetivo de resgatar a área de penumbra, definida como área de hipoperfusão ainda viável, adjacente à área de necrose (Martins et al., 2023).

A tendência atual é a medicina de precisão, individualizada e direcionada à fisiopatologia de lesões cerebrais específicas (Godoy et al., 2023). No entanto, isto requer a disponibilidade de monitorização multimodal (Godoy et al., 2023) que, auxiliada pelo exame neurológico, tem como principal objetivo a prevenção da lesão secundária (Caciano et al., 2020).

O objetivo da neuromonitorização multimodal é fornecer dados sobre as dinâmicas do cérebro, níveis de oxigenação, função cerebral, eletrofisiologia e metabolismo cerebral (Ruhatiya et al., 2020). Esses dados obtêm-se através da monitorização da PIC, da pressão de perfusão cerebral, pressão tecidual cerebral de oxigénio, oximetria cerebral, índice bispectral e fluxo sanguíneo cerebral (Ruhatiya et al., 2020).

O papel do enfermeiro é de uma importância extrema nestes contextos, uma vez que são estes profissionais que implementam a maioria das intervenções a pessoas em UCINC (Caciano et al., 2020), devendo ter a capacidade de integração dos dados da neuromonitorização multimodal, para definir as intervenções mais adequadas a implementar e a altura ideal. Perante estes recursos, o foco, durante o estágio na UCINC, foi interpretar os parâmetros e a sua influência no estado hemodinâmico da pessoa, de forma a manter a homeostasia cerebral.

Foram ainda, desenvolvidas competências na aplicação da Escala de Coma de Glasgow, da Escala de Sedação e Analgesia de Richmond e na avaliação do tamanho e reação pupilar, como complemento valioso, uma vez que está correlacionada com o equilíbrio dos conteúdos intracranianos e aumento da PIC (Caciano et al., 2020).

As IE, em contextos de pessoa em situação neurocrítica, passam também pela monitorização de sinais vitais e gestão de fatores relacionados com a pressão arterial média ideal definida para a pessoa; pela elevação da cabeceira no mínimo a 30º, mantendo a cabeça em posição neutra, monitorização rigorosa da temperatura e glicemia; pelo posicionamento da pessoa de forma a que os estímulos não sejam causadores de instabilidade; e por gerir a administração de drogas evitando despertares precoces e aumento do estímulo e metabolismo cerebral (Caciano et al., 2020; Martins et al., 2023).

O SMI polivalente foi, também, um CPC extremamente enriquecedor a nível profissional, por ter proporcionado uma grande diversidade de oportunidades técnico-científicas pelo contacto com pessoas em falência multiorgânica e instabilidade hemodinâmica a necessitar de cuidados específicos de Enfermagem. Dessas oportunidades destaco: (i) a VMI, com a possibilidade de adquirir e consolidar conhecimentos sobre os vários modos ventilatórios (Pressão Controlada, Volume Controlado, Pressão de Suporte e Pressão Regulada por

Volume Controlado); (ii) a entubação endotraqueal e traqueotomia; (iii) a aspiração de secreções à pessoa ventilada mecanicamente; (iv) a oxigenioterapia de alto fluxo; (v) as técnicas dialíticas, como a hemodiafiltração venovenosa contínua, onde se tornou imprescindível recorrer ao suporte teórico lecionado; (vi) a monitorização hemodinâmica invasiva com linha arterial e (vii) colheitas de sangue da linha arterial, (viii) a monitorização e interpretação de traçado eletrocardiográfico e (ix) a preparação e manutenção de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente vasoativos e inotrópicos.

Ainda durante a permanência no referido contexto, surge a confrontação com a situação do não início do processo educativo à família da PSC com estoma de eliminação intestinal. Neste enquadramento, elaborou-se um protocolo de *Scoping Review* (Peters et al., 2020) com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre as vantagens de iniciar o processo de capacitação da família/cuidador da PSC com estoma, internada em UCI. Este protocolo foi registado na *Open Science Framework* (OSF), com o *Digital Object Identifier* (DOI): 10.17605/OSF.IO/EUVRW e apresentado no Congresso Nacional de Estomaterapia 2024 (ANEXO I) , sob a forma de póster – Capacitação da Família da Pessoa em Situação Crítica com estoma: protocolo de *scoping review* (APÊNDICE II).

A PSC não existe por si só, existe num contexto familiar e social e é impossível a dissociação entre pessoa-alvo dos cuidados e a sua família/cuidadores. Os cuidados de Enfermagem à pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação e colheita de dados contínua, identificando possíveis complicações e assegurando uma intervenção em tempo útil (OE, 2018). Perder a oportunidade ideal de intervir é negar o acesso a cuidados de saúde de qualidade às pessoas/famílias-alvo. Esta intervenção dos enfermeiros, que assenta no PE, deve iniciar-se quando a pessoa é admitida nas unidades de saúde.

Cabe ao enfermeiro o compromisso e a responsabilidade de incluir as famílias nos cuidados de saúde mesmo num ambiente tão intenso como as UCI, pois o significado de bem-estar e da saúde dos membros, bem como a influência da doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática da Enfermagem Avançada (Chaves et al., 2017)

A Teoria das Transições assume-se cada vez mais pertinente na atual realidade dos cuidados de saúde, na medida em que a pessoa que vive o processo de transição saúde-doença necessita de adquirir novos conhecimentos e alterar comportamentos que proporcionem a mudança, com o objetivo de atingir a adaptação (Meleis, 2010).

A PSC está numa condição de dependência do outro, por isso, o modelo de cuidados centrado na família encontra espaço no contexto das UCI, na prática de uma Enfermagem Avançada que procura a prestação de cuidados holísticos (Wong et al., 2015) com respeito pelas necessidades e valores da família, que atua como facilitador da recuperação da PSC (Davidson et al., 2017).

Há recomendações no sentido da educação da família, com recurso a programas de educação que demonstraram efeitos positivos ao nível da redução de ansiedade, stress pós-traumático e aumento da satisfação com os cuidados (Davidson et al., 2017).

A intervenção centrada na família tem resultados benéficos para a pessoa com estoma, com melhoria da qualidade de vida, constituindo-se como uma intervenção terapêutica que pode ser desenvolvida em diferentes campos de atuação (Golpazir-Sorkheh et al., 2022).

Potenciar ganhos em saúde para a PSC e família/cuidador passa por planear os cuidados de forma holística e continuada, garantindo o acompanhamento e resposta às necessidades da família (Pinho, 2020).

Na base de toda e qualquer interação, independentemente dos intervenientes, está a comunicação e, para se prestarem cuidados específicos, individualizados e de qualidade, o EEEMC na área de especialização em Enfermagem à PSC tem de demonstrar conhecimento sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

A comunicação da morte cerebral aos familiares pode incluir dificuldades de compreensão e ainda pode estar associada à comunicação da possibilidade de doação de órgãos e tecidos (Meneses et al., 2018), uma vez que, segundo a Lei n.º 12/93, no seu artigo 10º “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores”.

Cuidar de pessoas com diagnóstico de morte cerebral é considerada a tarefa mais difícil do enfermeiro e, pela complexidade e stress associados, é o maior desafio da Enfermagem numa UCI (Moghaddam et al., 2018). Com efeito, a prestação de cuidados a pessoa com diagnóstico de morte cerebral foi das experiências mais marcantes vivenciadas no SMI polivalente.

No estudo realizado por Moghaddam et al. (2018), declarar a má notícia aos seus familiares é identificada como a etapa mais difícil do cuidado à pessoa em morte cerebral, principalmente quando a pessoa é apresentada como potencial dador de órgãos, aumentando a dificuldade e o stress associados a essa comunicação. No mesmo estudo,

também é referido que os enfermeiros preferem que a notícia de morte cerebral seja comunicada pela equipa médica, uma vez que não é ao enfermeiro que cabe a responsabilidade de declarar a situação de morte cerebral (Moghaddam et al., 2018). Com efeito, na experiência vivenciada, a má notícia foi comunicada pela equipa médica a um dos familiares, mas pelo carácter da assistência ininterrupta prestada pelos enfermeiros, foi inevitável a abordagem por parte dos familiares aquando da prestação de cuidados à pessoa em morte cerebral, sendo dos momentos mais exigentes experienciados durante a prática clínica neste contexto.

Os enfermeiros, pela proximidade e contacto permanente com a PSC e, conseqüentemente, com a família, são os profissionais de saúde em melhores condições para detetar sinais de risco e mobilizarem recursos de apoio para as famílias/cuidadores (Pinho, 2020).

3.2. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O EEEMC com especialização na área de Enfermagem à PSC deve ser aquele que, baseado nas competências que adquiriu durante o seu percurso formativo, impele os colegas a melhores práticas. Práticas suportadas pelo conhecimento que possui sobre o Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, diagnosticando carências das equipas em que está envolvido, relacionadas com a prevenção e controlo de infeção, e mantendo uma atitude proativa no desenvolvimento e implementação de estratégias que melhorem a prestação das equipas nesta área (OE, 2018).

A presença de dispositivos invasivos quebra a função protetora da pele e das mucosas, permitindo a proliferação microbiana, sendo as infeções associadas a estes dispositivos consideradas a maior ameaça à segurança da PSC (Pinho, 2020).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade evitáveis e que prolongam a permanência em UCI, tornando-se fundamental preveni-las através da implementação das precauções básicas de controle de infeção, no qual se destaca a higiene ou desinfeção das mãos, a gestão antimicrobiana e a implementação de feixes de intervenções (Edwardson & Cairns, 2019).

Pessoas com necessidade de internamento em UCI têm duas vezes mais probabilidade de contrair uma IACS em comparação com a população do restante hospital, sendo as infeções mais comuns em cuidados intensivos a pneumonia associada à intubação (PAI), a infeção da corrente sanguínea associada ao CVC e a infeção do trato urinário relacionada ao cateter urinário (Edwardson & Cairns, 2019).

Na vigilância epidemiológica de incidência de IACS dos últimos anos, verificou-se uma redução da incidência global de infeção do local cirúrgico, da corrente sanguínea relacionada com CVC, de pneumonia e de traqueobronquite associadas a tubo endotraqueal (TET) em UCI de adultos (DGS, 2022a).

A VMI é um meio de suporte vital que assiste ou substitui a respiração espontânea da pessoa, por intermédio de um ventilador conectado através de um interface: TET ou cânula de traqueotomia (Cruz & Martins, 2019), sendo a técnica de suporte vital, mais utilizada em todo o mundo (Pham et al., 2017). São várias as indicações para o início da VMI, sendo fundamental que o enfermeiro seja conhecedor dos materiais e equipamentos envolvidos, tal como dos procedimentos associados (Pinho, 2020).

Esta é uma área de conhecimento fundamental em contextos de Cuidados Intensivos, estando o sucesso de uma boa adaptação ao ventilador intrinsecamente ligado à redução do esforço respiratório, mantendo a pessoa com necessidade de VMI confortável e reduzindo o tempo de ventilação artificial (Pinho, 2020).

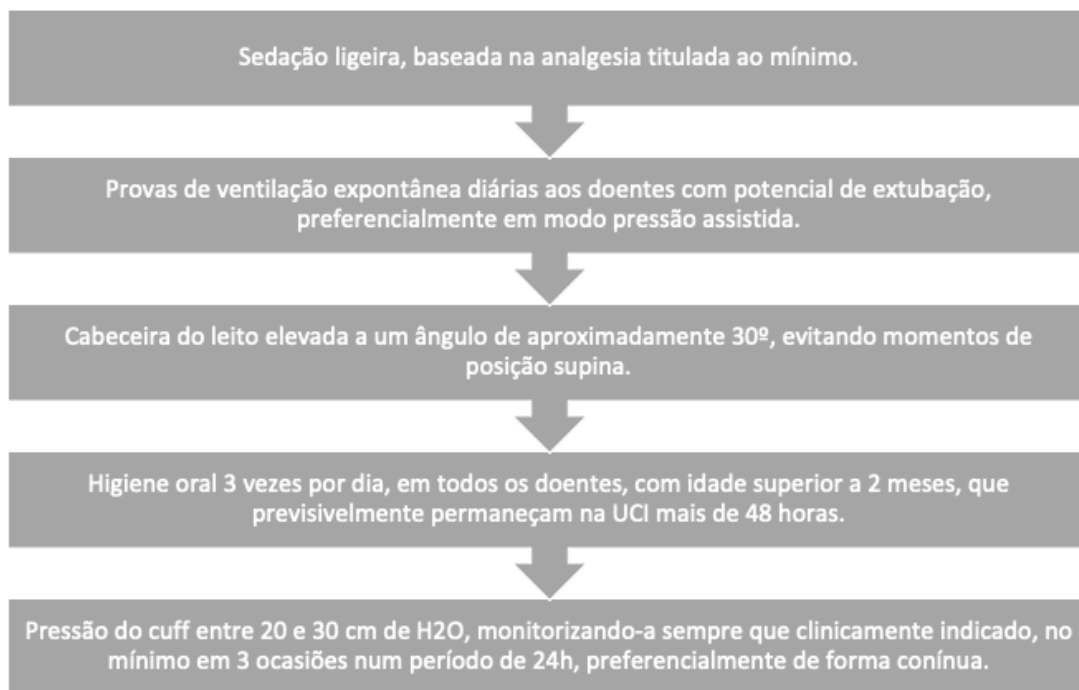
Pessoas submetidas a VMI ficam predispostas a adquirir uma PAI devido a microaspirações da cavidade orofaríngea e à diminuição das defesas como a eficiência da tosse e a depuração mucociliar (Pham et al., 2017). O passo inicial da patogénese é a colonização das vias respiratórias superiores com organismos potencialmente patogénicos, incluindo *Pseudomonas* e *Escherichia Coli*, que sendo microaspirados, entram nas vias respiratórias inferiores, o que, combinado com uma imunidade prejudicada, resulta numa infeção clinicamente ativa (Edwardson & Cairns, 2019).

A PAI é a IACS mais frequente em SMI, tendo associado o aumento da duração da VMI, do consumo de antibióticos, da duração do internamento e, assim sendo, maior morbimortalidade e custos associados (DGS, 2022c).

A PAI é uma infeção passível de prevenção com o cumprimento de um feixe de intervenções que quando aplicadas de forma integrada conduzem a melhores resultados e a maior impacto do que a aplicação isolada de cada uma delas (Cruz & Martins, 2019; DGS, 2022c), o que constitui um grande desafio para os enfermeiros destas áreas.

No âmbito da intubação endotraqueal surge um feixe de intervenções (Figura 1), norteador dos cuidados, de acordo com a evidência científica disponível, que previne a PAI. A norma nº 012/2015 da DGS realça o objetivo de reduzir a taxa de PAI em 30% até 2026, contribuindo para atingir o objetivo estratégico do PNSD 2021-2026 de reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022a, 2022c):

Figura 1 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção da PAI.



Efetivamente, foi testemunhada durante a permanência nos CPC a preocupação constante com o cumprimento deste feixe de intervenções.

A higiene oral com solução de clorhexidina a 0,2% é usada rotineiramente, no entanto, estudos recentes questionaram a sua segurança, sugerindo que esse produto pode aumentar a mortalidade e, apesar da necessidade de aprofundar a investigação nesta área, é apontada como causa de uma possível lesão química nos pulmões, quando aspirada (DGS, 2022c; Edwardson & Cairns, 2019).

A prescrição dos parâmetros ventilatórios para a VMI é da responsabilidade da equipa médica, contudo, o enfermeiro também atua no contexto da VMI, colaborando para a plena recuperação da PSC, sendo da sua responsabilidade a monitorização hemodinâmica, a

verificação de alarmes, o ajuste inicial e o manuseamento dos parâmetros da VMI (Moreira, 2023).

De todas as medidas de prevenção da PAI, as mais frequentes, segundo a literatura, são as que decorrem da prestação de cuidados dos enfermeiros (Cruz & Martins, 2019), podendo ter caráter independente ou interdependente. Dessas intervenções salientam-se: (i) verificar o correto posicionamento do TET; (ii) otimizar a fixação do TET ou cânula de traqueotomia; (iii) aspirar secreções brônquicas do TET/cânula e orofaringe antes de baixar a cabeceira da cama; (iv) vigiar sinais de úlceras por pressão na cavidade oral e nasal; (v) substituir, pelo menos, a cada 24h o filtro antibacteriano e cachimbo; (vi) manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou não funcionantes; (vii) facilitar a comunicação com a pessoa submetida a VMI; (viii) inserir e otimizar sonda gástrica e (ix) verificar estase gástrica (Cruz & Martins, 2019; DGS, 2022c; Pinho, 2020).

A implementação dessas intervenções foram foco de aperfeiçoamento, no sentido de desenvolver as competências especializadas na abordagem à pessoa submetida a VMI.

As infeções relacionadas com o cateter vascular central (CVC) são eventos potencialmente evitáveis, considerando-se, também para este tipo de infeção, a implementação de feixes de intervenção para a sua prevenção, com influência na diminuição da sua prevalência (DGS, 2022b).

As causas frequentemente associadas à contaminação de cateteres são a migração de microorganismos da pele para o local de inserção, contaminação direta do cateter e/ou porta de acesso, através das mãos, fluidos ou material contaminado e contaminação hematogénica da ponta do cateter por outro foco de infeção menos comum (Pinho, 2020).

No estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado numa UCI de um hospital-escola, no Brasil, de Dantas et al. (2017), a maioria dos enfermeiros referiu realizar medidas de manutenção do CVC, como a desinfeção do obturador ou troca da tampa aquando da administração de medicamentos, apesar da execução dessas medidas não ter sido visualizada no momento de observação dos cuidados prestados pela equipa. Tal, leva a concluir que a equipa sabe da importância de tais práticas, mas não as inclui na sua rotina, tornando a adesão às medidas de prevenção das IACS, relacionadas com o CVC, uma área desafiante, onde o EEEMC na área da PSC, deve aplicar as suas competências específicas diagnosticando as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção (OE, 2018).

Para evitar as complicações decorrentes da inserção e manutenção do CVC é necessário que a equipa possua capacitação técnico-científica baseada em evidências quanto às práticas de cuidado e, que trabalhem de forma sincronizada e consistente, com o objetivo de garantir uma assistência efetiva e segura (Almeida et al., 2018). Capacitar a equipa em que está inserido é o desafio do EEEMC com especialização na área de Enfermagem à PSC.

Infeções que ocorram na primeira semana, após colocação do CVC, são associadas a má assepsia durante a inserção, mas após os 7 dias, as infeções serão causadas, provavelmente, devido à transmissão intraluminal de microorganismos durante a manipulação do CVC (Edwardson & Cairns, 2019).

No que se refere à vigilância de IACS em UCI de nível III, entre 2015 e 2019 verificou-se uma redução da densidade de incidência de bacteriemia associada ao CVC em 38,5% (DGS, 2022b).

Com o objetivo de uniformizar a prática clínica quanto à infeção relacionada com o CVC, foi realizada uma revisão da literatura que sustentou o desenvolvimento de um cartaz com os feixes de intervenções relativos à colocação e manutenção do CVC, que foi tema de discussão com a enfermeira tutora e com a equipa em momentos como as transições de cuidados – Cartaz “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o CVC (APÊNDICE III).

Outro dos aspetos que é incluído no cartaz elaborado é a informação sobre o conetor de infusão em uso na UCINC, uma vez que persistia a dúvida sobre a sua adequação para adaptação às vias do CVC, por desconhecimento das suas características. Tratando-se de um dispositivo com septo dividido tem as características necessárias para se considerar a sua utilização (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017), como forma de facilitar a manipulação do CVC.

Os conectores sem agulha devem ser evitados aquando de transfusões de glóbulos vermelhos e quando são necessárias taxas de fluxo elevadas de infusão contínua de soluções cristalóides (Nickel et al., 2024).

Sempre suportada pela procura da evidência científica, consideram-se adquiridas as competências específicas nesta área.

4. Considerações finais

Perante a complexidade que advém da prestação de cuidados à PSC e da diversidade de situações, as UCI, contextos ricos em oportunidade de aprendizagem, configuram-se como locais muito úteis em situação de ensino-aprendizagem, para se desenvolverem um grande número de competências (Pinho, 2020).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que permanecem mais tempo juntos das pessoas que necessitam de cuidados, independentemente do CPC. Por esse motivo, são os enfermeiros que se encontram em posição privilegiada para detetar a maioria dos sinais de instabilidade e intervirem de acordo com os dados que colhem, orientados para a obtenção de resultados ou para alertar outras classes profissionais quando a intervenção necessária não é da sua competência.

Durante o percurso pelos dois CPC referidos, foi assumida uma postura de curiosidade intelectual para enriquecer o processo de aprendizagem. Com o foco na aquisição de competências, manteve-se uma atitude crítica e reflexiva, tentando estabelecer relações significativas entre o conhecimento prévio e o que foi adquirido para tirar o máximo partido das experiências proporcionadas pelos contextos.

A multiplicidade de equipamentos que apoiam a tomada de decisão dos enfermeiros dos contextos de cuidados à PSC deve ser facilitadora dos cuidados e nunca constituir um obstáculo aos cuidados necessários (Pinho, 2020). Assim, o investimento pessoal para aumentar o conhecimento sobre a panóplia tecnológica das UCI frequentadas foi constante, no sentido de interpretar os dados fornecidos pela tecnologia e aumentar gradualmente a segurança e independência na prestação e cuidados.

A aprendizagem para as competências através dos estágios em CPC foi fundamental no desenvolvimento da atitude profissional esperada dos EEEMC, por permitir atingir as competências comuns e específicas esperadas; por melhorar a capacidade de socialização e confiança profissional em contextos cuidados à PSC; por desenvolver as competências de comunicação em ambientes de cuidados à PSC e estimular o pensamento crítico-reflexivo indispensável à prática de Enfermagem e aos desafios diários enfrentados pelos enfermeiros.

Esta UC prevê a divisão das horas de contacto por dois CPC (220 horas em cada), organização que foi sentida como dificultadora da integração nos respetivos contextos, uma vez que a permanência em cada um, se demonstrou curta para uma integração efetiva na prestação

de cuidados especializados diretos à PSC, para identificar as eventuais necessidades da equipa de Enfermagem e trabalhar com os elementos da equipa para colmatar essas necessidades. Ainda assim, consideram-se desenvolvidas e adquiridas as competências comuns do EEEMC e específicas do EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC.

O foco também passou por desenvolver trabalho que melhorasse o dia-a-dia dos enfermeiros dos contextos frequentados, colaborando para tornar os cuidados mais seguros e diminuir a possibilidade de EA, acreditando que esse é o comportamento diferenciador do EEEMC nas áreas em que se especializa.

Estimulando a capacidade criativa, orientando-a para a resolução de problemas práticos, que nem sempre precisam de ser complexos, mas que necessitam de ser diagnosticados, para que se trabalhe no sentido da sua resolução, foram atingidos os objetivos definidos em ambos os CPC, com a colaboração estreita das enfermeiras tutoras, respetivas equipas e professora orientadora.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: Uma comunicação eficaz no momento de transição de cuidados tem um impacto positivo na qualidade dos cuidados a prestar e na segurança da pessoa em situação crítica (PSC).

Objetivos: Caracterizar a comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados da PSC, com base na perceção dos enfermeiros; conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a pertinência da informação transmitida; identificar a perceção dos enfermeiros sobre quais os fatores condicionantes da comunicação na transição de cuidados da PSC.

Metodologia: Estudo descritivo, observacional, transversal, e de abordagem quantitativa, envolvendo enfermeiros que atuam em contextos de cuidados à PSC. A recolha de dados decorreu entre 4 de fevereiro e 29 de maio de 2024 e foi usado um questionário dividido em três partes: I – caracterização socioprofissional dos participantes; II – versão traduzida do questionário de O’Connell et al. (2008) e III – perceção sobre o uso do instrumento padronizado ISBAR. Trata-se de uma amostra não-probabilística por conveniência que envolve enfermeiros a exercerem funções em contextos de cuidados à PSC. A análise de dados foi realizada de acordo com a natureza das variáveis e com recurso ao SPSS versão 28.

Resultados: Obteve-se uma amostra final com 228 participantes, que destacam as interrupções por profissionais de outras classes e a existência de conversas paralelas como principais fatores condicionantes da comunicação. A perceção sobre a ISBAR é globalmente positiva, sendo realçada a vantagem de possibilitar a padronização da informação e a necessidade de formação para um uso correto do ISBAR, como principal desvantagem. Foram identificadas 3 dimensões com recurso à Análise Fatorial Exploratória – “Qualidade da Informação”, “Eficácia da Comunicação” e “Envolvimento do Doente”, referentes à escala da parte II do instrumento de colheita de dados.

Conclusão: Foi possível conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação na transição de cuidados da PSC, o que contribuirá para delinear intervenções facilitadoras de uma comunicação eficaz, como a padronização da comunicação suportada na ISBAR e o aumento da sensibilidade dos enfermeiros para a temática promovendo a adoção de melhores práticas baseadas na evidência.

Palavras-chave: *Patient Handoff, Communication, Patient Safety, Nursing Critical Care, Patient Care Continuity*

2. Abstract

Background: *Effective communication during the transition of care has a positive impact on the quality of care provided and on the safety of the person in a critical situation (PCS).*

Objectives: *To characterize the communication between nurses during the transition of care of the HCP, based on the nurses' perception; to know the nurses' perception of the relevance of the information transmitted; to identify the nurses' perception of the conditioning factors of communication in the transition of care of the PCS.*

Methodology: *This is a descriptive, observational, cross-sectional study with a quantitative approach, involving nurses who work in HSP care settings. Data collection took place between February 4 and May 29, 2024, using a questionnaire divided into three parts: I - socio-professional characterization of the participants; II - translated version of the questionnaire by O'Connell et al. (2008) and III - perception of the use of the standardized ISBAR instrument. This was a non-probabilistic convenience sample involving nurses working in PCS care settings. Data analysis was carried out according to the nature of the variables and using SPSS version 28.*

Results: *A final sample of 228 participants was obtained, who highlight interruptions by professionals from other classes and the existence of parallel conversations as the main factors conditioning communication. The perception of ISBAR is positive overall, with the advantage of making it possible to standardize information and the need for training in the correct use of ISBAR being highlighted as the main disadvantage. Three dimensions were identified using Exploratory Factor Analysis - "Information Quality", "Communication Effectiveness" and "Patient Involvement", referring to the scale of part II of the data collection instrument.*

Conclusion: *It was possible to find out about nurses' perceptions of communication in the transition of care for PCS, which will help to design interventions that facilitate effective communication, such as standardizing communication based on ISBAR and increasing nurses' awareness of the issue, promoting the adoption of best practices based on evidence.*

Keywords: *Patient Handoff, Communication, Patient Safety, Nursing Critical Care, Patient Care Continuity*

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Todas as pessoas têm direito a cuidados de saúde adequados, com prontidão, em tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Lei de Bases da Saúde, 2019). Apesar disso, em todo o mundo, estima-se que 1 em cada 10 doentes seja sujeito a um EA decorrente da prestação de cuidados hospitalares em países de elevado rendimento (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2021).

A implementação de políticas e estratégias que reduzam os incidentes evitáveis é reconhecida, internacional e nacionalmente, como promotora de ganhos em saúde e é apontada como uma área de investimento inequívoco, tornando-se necessário dar relevância à qualidade e à segurança na saúde, nomeadamente no SNS, uma vez que, a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos (PNSD 2021-2026, 2021).

Os cuidados de saúde seguros devem ser encarados como um direito humano básico, mas uma cultura de segurança forte, que proporcione um ambiente de trabalho seguro para os profissionais de saúde, deve garantir que estes possam falar da segurança das pessoas e de outras preocupações sem receio de eventuais consequências negativas (OMS, 2021).

A comunicação é um processo no qual ocorre compreensão e troca de mensagens enviadas e recebidas entre os elementos intervenientes: emissor e recetor. O conteúdo dessas mensagens, bem como a forma como são transmitidas, exercem influência no comportamento presente e futuro das pessoas envolvidas (Barbosa et al., 2016). Problemas relacionados com a comunicação foram apontados como a causa de 70% de todos os EA (Wibrandt & Lippert, 2020), o que torna tão pertinente estudar as perceções dos enfermeiros sobre este fenómeno, num momento tão importante para a continuidade de cuidados e segurança da PSC, como a transferência de responsabilidade.

O Plano de Ação Global para a Segurança do Doente (PAGSD) 2021-2030, evidencia como um dos seus objetivos estratégicos o garante da segurança de todos os processos clínicos, através de uma melhoria ao nível da comunicação entre os profissionais de saúde.

Considerando a melhoria na comunicação como crucial para evitar milhões de eventos indesejados, nomeadamente através da implementação de estratégias pelas instituições e

serviços prestadores de cuidados de saúde, que promovam a comunicação eficaz durante as transições de cuidados (OMS, 2021).

Alinhado com o PAGSD 2021-2030, também o PNSD (2021), no seu pilar 3, dá relevância à melhoria da comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, através da atualização de normativos, do desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados, apostando na formação específica sobre o tema.

A DGS (2017) reconhecendo a extrema importância de uma comunicação eficaz no momento de transição de cuidados, emana uma norma que define que nos momentos de transição de cuidados de saúde, a informação transmitida deve estar assente numa ferramenta de padronização de informação que é reconhecida por promover a comunicação eficaz entre profissionais e dessa forma garantir a segurança dos cuidados: a ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações). Esta ferramenta assenta num método reconhecido para transmitir informações vitais em tempo reduzido e em ambientes de alto risco, como as UCI, permitindo estruturar a comunicação para que informações concisas e essenciais para a continuidade dos cuidados sejam transmitidas, facilitando o processo de tomada de decisão dos enfermeiros (Toren et al., 2022). O uso deste método promove a segurança e a qualidade dos cuidados e minimiza erros (Ramasubbu et al., 2017).

Um dos principais momentos para a comunicação entre os elementos da equipa de Enfermagem corresponde à passagem de turno ou *handover*. Este momento de transição favorece a organização das informações e a gestão dos cuidados para a jornada de trabalho (Oliveira et al., 2018).

O momento de transição de cuidados ocorre em todos os níveis de cuidados hospitalares e envolve a transferência da informação, responsabilidade e autoridade sobre a pessoa-alvo dos cuidados de Enfermagem, ocorrendo entre os profissionais de diferentes turnos no mesmo serviço, durante a transferência entre setores diferentes do hospital e até entre hospitais (Santos et al., 2019).

Considerando-se o momento de transição de cuidados como de alto risco, está evidenciada a necessidade de existir um processo normatizado, um local determinado e adequado e um horário pré-definido, durante o qual os profissionais envolvidos devem estar disponíveis pelo tempo necessário para a transmissão verbal das informações necessárias. (Sousa & Mendes,

2019). Ainda segundo Toren et al. (2022) um instrumento padronizado, um processo bem definido e auditorias externas são essenciais para o sucesso do *handover*.

Os ambientes de cuidados à PSC são contextos onde a segurança merece uma atenção diferenciada, já que as pessoas estão mais vulneráveis às consequências dos EA devido à gravidade das suas doenças (Santos et al., 2018). A maior necessidade de cuidados específicos e a comunicação efetiva entre as equipas destes contextos é considerada um elemento que contribui para promover uma cultura de segurança, sendo as falhas nessa comunicação potencialmente comprometedoras da continuidade dos cuidados e ameaçadoras da segurança da PSC (Santos et al., 2018).

Os fatores capazes de interferir negativamente no conteúdo a transmitir no momento da transferência de responsabilidade entre enfermeiros, podem ser interrupções de profissionais, o não uso de instrumentos padronizados, toque de alarmes, distrações entre os profissionais, conversas paralelas, baixo tom de voz do profissional emissor e até mesmo intercorrências durante a assistência à PSC (Oliveira et al., 2018). São ainda referidos fatores condicionantes como brincadeiras, sons de campainha, falta de clareza na comunicação, ausência de estrutura, dificuldade de interpretação e informações superficiais e incompletas (Santos et al., 2018). Segundo Pun (2023), a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação na transição de cuidados e sobre o uso da ferramenta ISBAR é muito variada.

Com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), considera-se o momento da comunicação verbal na transição de cuidados da PSC, uma transição organizacional, por se tratar de um evento com impacto na dinâmica do serviço e com influência na prestação de cuidados; de padrão sequencial, sendo desejável que a mudança de comportamentos esteja assente em etapas bem definidas, paralelas ao uso de propriedades como a consciencialização e o compromisso de cada enfermeiro para com a equipa. Ainda com base na mesma teoria, considera-se necessário recorrer a facilitadores do processo como a preparação e o conhecimento, mas não será de estranhar o atrito de inibidores como a resistência à mudança das equipas, a rotatividade, a desmotivação, entre outros (Meleis, 2010). Como indicadores de processo teremos a confiança e a capacidade de adaptação dos enfermeiros (*coping*), para atingirmos o domínio de novas competências a nível da comunicação durante a transmissão de informação de Enfermagem sobre a PSC (Meleis, 2010).

O PE é o instrumento orientador da documentação clínica do enfermeiro, sendo definido como um guia sistemático para o cuidado individualizado e centrado na pessoa, com 5 etapas

sequenciais: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Souza, 2021; Toney-Butler & Thayer, 2024). E a comunicação verbal e escrita sobre o plano de cuidados permite a continuidade real e efetiva dos cuidados nas situações em que há transferência de responsabilidade, seja em passagens de turno no mesmo serviço ou quando há transferência da pessoa entre serviços (Souza, 2021).

4. Finalidade e objetivos

Entende-se como imprescindível conhecer as percepções dos enfermeiros dos contextos de cuidados à PSC sobre os momentos de transição de cuidados, para se desenvolverem intervenções efetivas que assegurem a continuidade dos cuidados e a segurança da PSC (Ahn et al., 2021).

Da revisão da literatura realizada sobre o tema em análise, não foi encontrado nenhum estudo que se dedique exclusivamente à comunicação na transição de cuidados da PSC, nos seus diferentes CPC. Assim, este estudo revela-se de extrema pertinência, pela sua especificidade e relevância na identificação de áreas passíveis de serem melhoradas, com impacto significativo na reintegração social da PSC, idealmente sem sequelas limitadoras da qualidade de vida.

O projeto delineado para o desenvolvimento deste estudo de investigação foi apresentado sob a forma de póster (APÊNDICE IV) no 1º Congresso Internacional da Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos (ANEXO II).

Tendo em conta que a comunicação entre os enfermeiros, no momento da transferência de responsabilidade, é uma interação muito complexa, sujeita a muitas variáveis e que pode influenciar profundamente o PE, propõe-se que este estudo responda à seguinte questão de investigação: “Qual a percepção dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição de cuidados, em contextos de cuidados à PSC?”

Para dar resposta à questão supra, os objetivos definidos são:

- Caracterizar a comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados da PSC, com base na percepção dos enfermeiros;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a pertinência da informação transmitida durante a transição de cuidados da PSC;
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre os fatores condicionantes da comunicação na transição de cuidados da PSC.

5. Metodologia

“Uma vez que a pretensão do pesquisador é realizar a pesquisa do início ao fim, deve-se partir do primeiro e básico princípio que reveste este empreendimento da possibilidade de sucesso: o método” (Neto, 2022, p.38).

O método científico possui três características básicas: é sistemático, organizado e objetivo (Néné & Sequeira, 2022).

Neste capítulo pretende-se descrever o desenho do estudo, identificando a população-alvo e aquela a que se teve acesso, por intermédio do instrumento de recolha de dados aplicado. Abordar-se-á, também, a justificação da opção pelo instrumento de recolha de dados e o período em que estes foram colhidos, a técnica de amostragem e respetivos critérios de inclusão, as variáveis estudadas e as necessárias considerações éticas. Finalmente serão apontados os procedimentos da análise de dados e seu tratamento estatístico com o objetivo de responder à questão de investigação formulada.

5.1. Desenho do estudo

A investigação quantitativa é caracterizada pela quantificação na recolha de dados e no seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, desde a mais simples, até às mais complexas (Pocinho & Matos, 2022), admitindo-se que tudo pode ser quantificável por ser possível traduzir em números as opiniões e as informações, para de seguida, poderem ser classificadas e analisadas (Vilelas, 2022).

Os estudos primários, como o que se apresenta, pretendem recolher e analisar dados novos dos indivíduos participantes (Néné & Sequeira, 2022).

Relativamente à finalidade, este estudo pode ser classificado como descritivo uma vez que se procura conhecer as características de determinada população/fenómeno. Neste caso a comunicação durante a transição de cuidados da PSC, ou estabelecer relações complexas entre as variáveis, tornando possível recolher uma grande quantidade de dados a respeito de um problema (Vilelas, 2022). Torna-se, também viável, relatar e registar experiências, possibilitando o intercâmbio de ideias (Néné & Sequeira, 2022; Neto, 2022), o que lhe confere ainda, caráter correlacional. Uma vez que recolhe dados da população de interesse,

representada por uma amostra, num determinado momento, sem existência de seguimento, caracteriza-se ainda, como transversal (Néné & Sequeira, 2022; Neto, 2022).

A fonte de informação nos estudos primários é frequentemente a dos questionários, uma vez que se tratam de ferramentas estruturadas para obter informação dos participantes, cuja principal finalidade é reduzir ao máximo os erros de medida das variáveis mais importantes do estudo e facilitar a sua posterior análise (Néné & Sequeira, 2022).

A aplicação de um questionário compreende o emprego de perguntas que são entregues por escrito diretamente aos participantes, para que estes respondam de acordo com as suas perceções (Neto, 2022), sendo composto por questões fechadas, previamente estabelecidas, com o objetivo de generalizar o resultado da pesquisa a populações muito maiores (Vilelas, 2022).

A recolha de dados foi operacionalizada através de um formulário digital (via *Google Forms*) (APÊNDICE V), constituído por três secções: I – caracterização socioprofissional dos participantes; II – versão traduzida da escala publicada por O’Connell et al. (2008) e III – percepção sobre fatores condicionantes da comunicação e sobre a ferramenta ISBAR.

A secção I foi elaborada pela autora no sentido de realizar a caracterização socioprofissional da amostra, sendo constituída por 10 questões.

A secção II consiste na versão traduzida por Tranquada (2013) da escala publicada no artigo “*Nursing handover: It’s time for a change*” elaborado por O’Connell et al. (2008). Foi pedida a autorização formal à autora da versão portuguesa da escala, Enfermeira Mariana Tranquada, via e-mail, tendo-se obtido resposta concordante (ANEXO III).

A motivação para a escolha deste instrumento partiu dos resultados preliminares provenientes de uma revisão *scoping* realizada com o objetivo de mapear os instrumentos de avaliação da comunicação entre enfermeiros, durante a transição de cuidados, validados transculturalmente para a realidade portuguesa, cujo protocolo foi apresentado em formato de póster (APÊNDICE VI) nas 1^{as} Jornadas da Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos (ANEXO IV), tendo sido também registado na OSF com o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/G8FCB>. Foram identificados três instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa.

Dois dos questionários são “*Handover Evaluation Scale*” – HES – PTO (Antunes, 2019) e “*Importância da Informação Transmitida Durante o Handover*” – IITDH (Botelho, 2016). Apesar do primeiro instrumento avaliar as dimensões em questão no presente estudo, apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,67, que lhe atribui uma consistência interna considerada

apenas de razoável (Marôco, 2021b). Já o segundo instrumento, tem como objetivo caracterizar o momento de transição de cuidados entre equipa de assistência pré-hospitalar e equipa intra-hospitalar na Sala de Emergência, pelo que não se adequa ao âmbito deste estudo.

O terceiro instrumento identificado foi o escolhido para utilizar no presente estudo. Apesar de traduzido para português, não foi possível realizar a validação do mesmo dado o tamanho reduzido da amostra do estudo de Tranquada (2013), confirmado formalmente pelo coeficiente *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de 0,496. Desta forma, a autora da versão portuguesa não avançou para a análise fatorial exploratória (AFE), uma vez que esta só deve ser realizada se KMO superior a 0,7 (Marôco, 2021b). Apesar não validado, o alfa de *Cronbach* (α) unidimensional obtido (0,843) revela uma boa consistência interna, justificando a sua utilização no presente estudo (Marôco, 2021b).

A escala é constituída por 23 questões e por preocupações económicas de tempo e recursos foi auto-administrada, tendo sido ainda, solicitado aos participantes que escolhessem a resposta que melhor representasse o seu grau de concordância ou discordância através de uma escala de *Likert* de 4 pontos, onde o valor 1 corresponde à categoria “Discordo totalmente” e o valor 4 à categoria “Concordo totalmente” (Néné & Sequeira, 2022).

A secção III foi criada com o intuito de perceber a abrangência da utilização da ISBAR a nível nacional, uma vez que existe uma indicação formal nesse sentido, emanada pela DGS (2017). Esta secção irá ainda, permitir conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o uso da ISBAR nos contextos de cuidados à PSC a nível nacional, e sobre os fatores condicionantes da comunicação no momento da transição de cuidados.

O *link* de acesso ao formulário digital foi divulgado por meio de aplicações digitais, tendo sido solicitada a colaboração na divulgação do estudo e no envio do formulário digital à Comunidade Académica da ESSNorteCVP, à Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e à Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, com o objetivo de promover a representatividade da amostra. A recolha de dados decorreu entre 4 de fevereiro e 29 de maio de 2024.

A população-alvo, aquela a que serão aplicáveis os resultados do estudo, serão os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional em contextos de cuidados à PSC, a nível nacional, não sendo possível apurar o número de elementos por não existir referência ao número de enfermeiros por CPC no anuário estatístico da OE.

A amostra são todos os enfermeiros que responderam ao instrumento de recolha de dados, que se pretende que seja representativa, apesar de se tratar de uma pequena parte dos elementos do universo (Pocinho & Matos, 2022), a exercer funções em contextos de cuidados à PSC, a nível nacional.

Trata-se de uma amostra não-probabilística, uma vez que os elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da nossa amostra e por isso, não é possível ter noção exata do erro que pode ser introduzido nas apreciações realizadas; e por conveniência, uma vez que se obtém sem nenhum plano preconcebido, resultando os elementos escolhidos de circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2022).

Após terminada a recolha, iniciou-se a análise de dados com recurso à estatística descritiva e inferencial de acordo com a natureza das variáveis e utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.

Nos estudos cujos dados são numéricos, como o que aqui se apresenta, podem usar-se dois tipos de estatística: a descritiva, que apenas expõe os dados, e a analítica (ou inferencial), que interpreta os dados, comparando-os e verificando as hipóteses (Vilelas, 2022). A estatística descritiva ajuda os investigadores a analisarem os dados recolhidos, já a estatística inferencial é importante para formular conclusões e fazer inferências após a análise dos dados, ajudando nas conclusões sobre a amostra que se pretendem extrapolar para a população-alvo (Pocinho & Matos, 2022). Recorrendo à estatística descritiva podemos descrever o fenómeno em estudo, sendo a primeira fase do tratamento dos dados a análise univariada, através da verificação das frequências e do cálculo das medidas de localização central e de dispersão, para cada variável isoladamente (Vilelas, 2022).

Neste caso, foram determinadas a frequência absoluta (n) e relativa (%) de cada uma das categorias da variável, relativamente às variáveis qualitativas. No caso de variáveis quantitativas, é apresentada a média (\bar{X}) como medida de tendência central e o desvio padrão (DP) como medida de dispersão. Estas estatísticas são complementadas pela mediana (Me) e pelos valores mínimo e máximo.

O nome dado ao método que faz inferências e generalizações sobre os dados de uma amostra representativa de uma população é estatística inferencial, que mesmo recorrendo ao uso da tecnologia e dos softwares estatísticos para a aplicação dos testes, não retira a responsabilidade ao investigador, uma vez que lhe cabe a decisão sobre qual teste estatístico utilizar, o que requer o conhecimento de conceitos básicos (Moya, 2021).

A estatística analítica ou inferencial permite-nos deduzir até que ponto os resultados poderão ser representativos da população subjacente à nossa amostra, através de provas estatísticas e seus resultados, em termos de probabilidades p de significância estatística (Vilelas, 2022). Assim, usou-se uma significância α de 0,05 (implicando um nível de confiança de 95%), rejeitando-se a hipótese nula dos testes, sempre que o valor- p associado fosse inferior a α . O p da significância estatística dá-nos a probabilidade de os resultados serem semelhantes aos que existem na população de origem, aceitando-se o pressuposto de que, na população de origem, não existem diferenças entre grupos, nem associações entre variáveis. Deste modo, a probabilidade de termos uma amostra semelhante à sua população é elevada, mas existe sempre uma possibilidade de a amostra ser diferente (Vilelas, 2022).

O Teste Qui-quadrado (χ^2) avalia as distribuições de frequências de dados categóricos, a fim de verificar se as distribuições de frequências observadas diferem de uma distribuição alegada, se as variáveis linha e coluna são independentes ou se uma variável ocorre com as mesmas proporções entre duas ou mais populações (Moya, 2021). Este teste permite assim avaliar se duas variáveis categóricas estão associadas ($p < 0,05$, estatisticamente significativo) ou se são independentes ($p > 0,05$, não significativo).

Os testes de correlação pretendem verificar a existência ou não de uma correlação entre duas variáveis, ou seja, quando os valores de uma variável se correlacionam com os de outra variável e, se essa correlação é linear (Moya, 2021).

A AFE é uma técnica dentro da análise fatorial cujo objetivo abrangente é identificar as relações subjacentes entre as variáveis medidas, agrupando-as em fatores (Hongyu, 2018). Antes da realização da AFE, foram validados os seus pressupostos, tendo sido calculado o valor do KMO e realizado o teste de esfericidade de Bartlett (Marôco, 2021a).

No sentido de determinar se existem variáveis independentes com influência sobre a variável dependente deste estudo - *score* da escala que avalia a comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados, recorreu-se à regressão linear múltipla. Com esta técnica estatística foi possível avaliar o impacto de todos os potenciais preditores na variável dependente (Marôco, 2021a).

Assim, foi necessário garantir, à posteriori, os pressupostos dos modelos de regressão linear. No que diz respeito à distribuição normal dos resíduos (erros), esta foi confirmada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez que a amostra é superior a 50 elementos (Moya, 2021); de forma a garantir que a variância era constante, recorreu-se ao teste de White; e no

que concerne à ausência de autocorrelação, esta foi confirmada através da estatística de Durbin-Watson.

Como resultado da regressão foram obtidos os coeficientes estandardizado (β) e o não-estandardizado (B), para identificar a importância relativa e o impacto absoluto de cada preditor na variável dependente, respetivamente.

O coeficiente de determinação (R^2) é uma medida da dimensão do efeito da variável independente sobre a variável dependente, sendo também utilizado quando existe mais do que uma variável independente, medindo o efeito dessas mesmas variáveis na variável dependente: varia entre [0 e 1]; quando é zero o modelo não se ajusta aos dados; quando é um, o ajustamento é perfeito (Vilelas, 2022).

5.2. Considerações éticas

Os indivíduos elegíveis para serem incluídos neste estudo são enfermeiros a exercerem funções em contextos de cuidados à PSC, reconhecidos pela OE, pelo que se considera que os resultados trarão ganhos para a prática de cuidados diária nos referidos contextos, nomeadamente, o incremento da qualidade na comunicação durante os momentos de transição de cuidados, sendo esse um factor que influenciará positivamente a qualidade dos cuidados prestados e a segurança das pessoas-alvo dos mesmos, trazendo benefícios para as respetivas instituições, assim como para a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

Garante-se que não existem conflitos de interesse ou quaisquer custos para os participantes.

Para assegurar o respeito pelos princípios éticos, a cada participante foi solicitado o consentimento informado através de uma secção antecipatória ao questionário que continha informações acerca do estudo em desenvolvimento, dos seus objetivos e enquadramento, investigador responsável, condições e financiamento e, só depois de darem o seu consentimento nesta secção era possível avançar no preenchimento do restante questionário.

A participação teve carácter anónimo e voluntário, e os participantes foram alertados para o facto de poderem abandonar o estudo em qualquer momento, sem prejuízos para os próprios.

Foi solicitada e obtida autorização prévia da autora da versão portuguesa da escala usada na secção II deste instrumento de recolha de dados (ANEXO III).

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da ESSNorteCVP – Parecer n.º 002/2024 (ANEXO V).

6. Resultados

Após o tratamento dos dados, estes devem ser organizados de forma prática e racional para que seja possível transformar os dados colhidos em informação (Vilelas, 2022), com o objetivo de clarificar o fenómeno em estudo: a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação na transição de cuidados da PSC.

De seguida, apresenta-se a caracterização socioprofissional da amostra, os resultados relativos às perceções dos enfermeiros sobre os fatores condicionantes da comunicação durante a transição de cuidados da PSC e, por último, os resultados sobre as perceções dos mesmos sobre a comunicação na transição de cuidados, partindo-se da estatística descritiva para a inferencial.

6.1. Caracterização socioprofissional

Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional em contextos da prática de cuidados à PSC, no contexto nacional, são a população, sobre a qual não é possível apurar a dimensão, uma vez que a referência ao número de enfermeiros por contexto da prática não consta do anuário estatístico da OE de 2023 (OE, 2023).

A amostra final é constituída por 228 elementos, sendo predominante o número de indivíduos do sexo feminino (n = 168; 73,7%).

A média de idades dos participantes do estudo é de 38,5 anos (com DP de 8,1) e em relação à experiência profissional tem-se uma mediana (Me) de 15 anos, sendo 10 destes anos (Me = 10), em contexto de cuidados à PSC.

Embora a habilitação académica mais comum seja a licenciatura (n = 141; 61,8%), verifica-se que exatamente metade (50%) dos enfermeiros possui uma especialização, sendo os elementos com grau académico de Mestre também, uma presença significativa na amostra (n = 85; 37,3%) e a constar da mesma, apenas 1 indivíduo com doutoramento, correspondendo a 0,4% do total da amostra.

A especialização mais comum é a de Enfermagem Médico-Cirúrgica (n = 85; 74,6%), ao que não será alheio, o facto de a maioria dos enfermeiros da amostra trabalharem em serviços de cuidados intensivos e/ou intermédios (n = 98; 43,0%) ou de urgência (n = 89; 39,0%). Destes, 47,1% possuem a especialização em EMC geral, prévia à divisão por áreas, sendo que

a mesma percentagem possui especialização em EMC na área da PSC, 4,7% dos indivíduos possuem Especialização em EMC na área da pessoa em situação perioperatória e apenas um indivíduo possui Especialização de EMC na área da pessoa em situação paliativa, correspondendo a 1,2%.

Relativamente à localização da instituição onde exercem funções os participantes do estudo, as regiões Norte (n = 82; 36%) e Centro (n = 80; 35,1%) são realçadas por se encontrarem sobre-representadas (n = 35% do total na amostra versus 21,7% no total da população).

Os contextos de cuidados com maior representação na amostra são as UCI e os Serviços de Urgência, com 43% e 39% dos participantes, respetivamente.

6.2. Perceção dos enfermeiros sobre fatores condicionantes da comunicação

A perceção dos enfermeiros sobre os fatores condicionantes da comunicação na transição de cuidados de saúde está caracterizada na Tabela 1, constatando-se que a norma da DGS (2017), relativa à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, é conhecida por 82,9% dos enfermeiros, o que equivale a cerca de 4 em cada 5 profissionais.

Tabela 1 – Perceção dos fatores condicionantes da comunicação.

Variável	Amostra (n = 228)
Conhece norma DGS sobre comunicação eficaz na transição de cuidados (%)	
Sim	189 (82,9%)
Não	39 (17,1%)
Identifica fatores condicionantes da comunicação na transição de cuidados (%)	
Sim	217 (95,2%)
Não	11 (4,8%)
Se sim, que fatores condicionantes considera relevantes (%)	
Interrupções por profissionais de outras classes	192 (88,5%)
Conversas paralelas	162 (74,7%)
Toques de alarmes	108 (49,8%)
Intercorrências relacionadas com a assistência à pessoa-alvo dos cuidados	99 (45,6%)
Falta de clareza na comunicação	98 (45,2%)
Não uso de instrumento padronizado	94 (43,3%)

Baixo tom de voz do profissional emissor	72 (33,2%)
--	------------

A Tabela 2 explora o conhecimento e abrangência da ISBAR a nível nacional, sendo possível concluir que é reconhecida pela grande maioria dos enfermeiros (90,4%).

Pode ainda observar-se que 55,3% referem usar um instrumento padronizado na transição de cuidados no serviço.

De referir que cerca de metade dos enfermeiros (51,3%) refere trabalhar numa instituição de saúde onde a ISBAR está normatizada como ferramenta de comunicação para a transição de cuidados; um valor similar é obtido para a percentagem de enfermeiros que afirma o uso da ISBAR (51,8%) no momento da transição de cuidados do seu serviço.

Tabela 2 - Abrangência da ISBAR.

Variável	Amostra (n = 228)
Conhece a metodologia de transmissão de informação ISBAR (%)	
Sim	206 (90.4%)
Não	22 (9.6%)
Transição de cuidados no serviço com base em instrumento padronizado (%)	
Sim	126 (55.3%)
Não	93 (40.8%)
Não sei	9 (3.9%)
Instituição normatizou ISBAR para a comunicação na transição de cuidados (%)	
Sim	117 (51.3%)
Não	82 (36.0%)
Não sei	29 (12.7%)
O momento de transição de cuidados do serviço tem por base o ISBAR (%)	
Sim	118 (51.8%)
Não	95 (41.7%)
Não sei	15 (6.6%)

Considerando a perceção dos enfermeiros sobre a ISBAR, que se organiza na Tabela 3, 86% reconhecem-lhe vantagens, sendo apontada como um método para padronizar a comunicação (88,8%), promotor da segurança (74%) e de fácil memorização (55,6%).

No que respeita às desvantagens, para os que consideram existir (46,5%), destaca-se a necessidade de formação para que a técnica possa ser eficazmente aplicada, facto que é apontado por 90,6% deste conjunto de pessoas.

Tabela 3 - Perceção das vantagens e desvantagens da ISBAR.

Variável	Amostra (n = 228)
Reconhece vantagens ao uso da metodologia ISBAR (%)	
Sim	196 (86,0%)
Não	12 (5,3%)
Não sei	20 (8,8%)
Reconhece desvantagens ao uso da metodologia ISBAR (%)	
Sim	106 (46,5%)
Não	85 (37,3%)
Não sei	37 (16,2%)
Se reconhece vantagens, quais as que considera relevantes (%)	
Método para padronizar a comunicação	174 (88,8%)
Promove a segurança	145 (74,0%)
Técnica de fácil memorização	109 (55,6%)
Diminui do tempo do momento de transição de cuidados	87 (44,4%)
Promove o pensamento crítico	70 (35,7%)
Promove a integração de novos profissionais	68 (34,7%)
Facilita a tomada de decisão	57 (29,1%)
Se reconhece desvantagens, quais as que considera relevantes (%)	
Necessidade de formação/treino para uma boa aplicabilidade	96 (90,6%)
Aumenta o tempo do momento de transição de cuidados	39 (36,8%)
Limitadora da informação a transmitir	31 (29,2%)
Técnica de difícil memorização	7 (6,6%)

Apenas 51,8% dos enfermeiros usam a ISBAR no momento da transição de cuidados (Tabela 2), sendo legítimo inferir que talvez a perceção da importância do uso de instrumento padronizado dependa de o enfermeiro o utilizar ou não. Assim, foi explorada esta associação através de uma tabela de frequências cruzadas entre o uso da ISBAR e a perceção da importância de um instrumento padronizado (Tabela 4).

Os enfermeiros que consideram o não uso de instrumento padronizado como condicionante à comunicação, são sobretudo aqueles que não usam a ISBAR (62,4%), em comparação com os 27,6% que usam esta ferramenta. O uso da ISBAR está associado a uma menor perceção do instrumento padronizado como condicionante à comunicação, existindo relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Associação entre uso da ISBAR e percepção do não uso de instrumento padronizado como fator condicionante à comunicação.

		Não uso de instrumento padronizado		Valor-p do teste χ^2
		Sim	Não	
O momento de transição de cuidados do seu serviço tem por base a metodologia ISBAR para a transmissão de informação?	Sim	30 (27,3%)	80 (72,7%)	< 0,001
	Não	58 (62,4%)	35 (37,6%)	
	Não sei	6 (42,9%)	8 (57,1%)	

Os dados da Tabela 2 sugerem ainda que quando existe um instrumento padronizado para os momentos da transmissão de informação sobre a PSC na transição de cuidados, esse instrumento é o ISBAR, e que quando o ISBAR é normatizado pela instituição, este é de facto utilizado na prática. As percentagens elevadas de concordância na Tabela 5 suportam, largamente, esta leitura.

Tabela 5 - Suporte da ISBAR como instrumento de comunicação padronizado preferencial e aplicação do mesmo quando normatizado pela instituição.

	ISBAR utilizado = "Sim"
Momento de transição de cuidados com base em instrumento padronizado = "Sim"	88.1%
ISBAR normatizado pela instituição = "Sim"	87.2%

6.3. Percepção dos Enfermeiros sobre a Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica

A escala que avalia as percepções dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição de cuidados é composta por 23 questões, operacionalizadas em itens de *Likert* de 4 pontos, onde o valor 1 corresponde à categoria "Discordo totalmente" e o valor 4 à categoria "Concordo totalmente".

Neste capítulo são analisados os itens de *Likert* individuais (questões da escala), bem como a escala unidimensional, obtida pela agregação dos 23 itens, remetendo-se para apêndice a tabela com todas as questões e categorias de respostas (APÊNDICE VII).

Cada item de *Likert* é uma variável qualitativa ordinal, com 4 categorias, existindo uma ordenação natural entre elas, sendo, neste contexto, a Me a estatística apropriada para descrever os dados (Marôco, 2021b). Embora a média não tenha um sentido claro neste tipo de variáveis, é tradicionalmente apresentada, pelo que tal será feito também neste trabalho.

Para simplificar a interpretação foi feita a dicotomização de todos os itens através da criação da variável “% respostas positivas (3+4)”, que contém a percentagem de enfermeiros que responderam “3 – Concordo parcialmente” ou “4 – Concordo totalmente” para cada um dos itens. A estatística descritiva por item encontra-se na Tabela 6.

Tendo em conta uma análise conjunta de mediana e percentagem de respostas positivas, pode afirmar-se que o posicionamento mediano da amostra, em 20 dos 23 itens, é de Me = 3, o que equivale a um nível de concordância parcial.

Tabela 6 - Estatística descritiva por item.

Questão	Média (DP)	Mediana	% Respostas positivas (3+4)
1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida	3,43 (0,6)	3	97,8
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	3,31 (0,6)	3	93,9
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar	3,17 (0,6)	3	91,2
4. A informação transmitida é atualizada	3,32 (0,6)	3	93,4
5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes	3,34 (0,6)	3	93,4
6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi	3,54 (0,7)	4	93,4
7. A duração da passagem de turno é adequada	2,96 (0,9)	3	72,4
8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes	3,13 (0,8)	3	83,3
9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente	2,94 (0,9)	3	73,7
10. A informação transmitida é subjetiva	2,43 (0,7)	2	49,6
11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	2,91 (0,8)	3	77,2
12. A informação é transmitida de forma estruturada	2,99 (0,8)	3	82,0
13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes	2,74 (0,9)	3	66,2
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço	3,28 (0,8)	3	86,8
15. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno	2,69 (0,9)	3	61,4
16. É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno	3,17 (0,8)	3	81,1
17. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes	2,80 (0,9)	3	68,4
18. Sinto que há informação importante que não é transmitida	2,89 (0,9)	3	71,9
19. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente	2,61 (0,9)	3	57,0
20. Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno	2,89 (0,9)	3	68,9

21. Conheço o procedimento multissetorial da instituição para a realização da passagem de turno	3,12 (1,0)	3	76,3
22. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso	2,18 (0,9)	2	40,4
23. É importante reformular a estrutura das passagens de turno	3,10 (0,9)	3	77,2

O único item que apresenta a mediana máxima possível ($Me = 4$), o que, por definição, significa que pelo menos 50% dos enfermeiros responderam “Concordo totalmente”, é relativo à oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreenderam (Questão (Q) 6; 93,4% de respostas positivas).

Por outro lado, a mediana mínima obtida na amostra é de $Me = 2$, sendo verificada em dois itens. Este valor da mediana significa que nessas questões mais de 50% dos enfermeiros responderam de forma negativa (“Discordo totalmente” ou “Discordo parcialmente”). Tais valores referem-se a não concordarem, em mediana, que a informação transmitida seja subjetiva (Q10; 49,6% de respostas positivas, logo inferior a 50%) e a não concordarem, em mediana, que tenham dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso (Q2; 40,4% de respostas positivas, logo inferior a 50%).

Realça-se ainda a Q19, sobre sentir-se pressionado para terminar rapidamente a passagem de turno. Embora a $Me = 3$, apenas 57% dos enfermeiros concordam total ou parcialmente com esta afirmação.

Terminada a análise por item e de forma a prosseguir com a análise da escala, importa realçar que esta foi definida de forma a que, quanto maior o *score* (valor global), melhor é a avaliação da comunicação percebida. Assim, todos os itens que a compõem terão de seguir a mesma lógica, o que implica inverter as pontuações dos itens em que tal não acontece, quando se encontram formulados pela negativa.

Na Q1 – “*Consigo esclarecer a informação que foi transmitida*”, uma pontuação alta significa uma melhor comunicação, logo não é necessário alterar o item original, já na Q18 – “*Sinto que há informação importante que não é transmitida*”, uma pontuação alta significa uma pior comunicação, devido à formulação da questão na negativa, devendo esta questão ser invertida (4 passa a 1, 3 a 2, 2 a 3 e 1 a 4), antes de entrar na escala global. Assim, foram identificados de forma qualitativa (por interpretação das questões) os itens Q10, Q13, Q14, Q17, Q18, Q19, Q22 e Q23 como candidatos a serem invertidos. Posteriormente, através da análise de correlação item-escala, esta inversão foi confirmada analiticamente.

A fiabilidade da escala diz respeito à consistência com que um parâmetro ou variável está a ser medido. Existem vários tipos de fiabilidade, sendo a mais utilizada a avaliação da consistência interna, tipicamente medida pelo alfa de *Cronbach* (α). Esta pretende avaliar se todos os itens associados a uma escala (ou subescala) contribuem de forma positiva e uniforme para essa mesma escala (ou subescala). O α deverá ser idealmente superior a 0,7, sendo que valores inferiores a 0,5 são inaceitáveis do ponto de vista da fiabilidade dos dados usados para construir uma determinada escala (Field, 2018; Marôco, 2021a; Nunnally & Bernstein, 1994).

A escala unidimensional foi obtida pela média dos itens que a compõem, após inversão dos itens mencionados. O α (unidimensional) obtido foi de 0,84, sendo este valor considerado Bom (Marôco, 2021b). A Tabela 7 apresenta a estatística descritiva do *score* da escala.

Tabela 7 - Estatística descritiva do *score* da escala.

Variável	Média (DP)	Mediana	Min-Max
Score da escala	2,82 (0,38)	2,83	1,96-3,83

Para atribuir uma classificação qualitativa à perceção da comunicação entre enfermeiros durante as transições de cuidados da PSC, a gama de valores teóricos (entre 1 e 4) foi dividida em quatro intervalos com a mesma amplitude. A Tabela 8 apresenta a classificação qualitativa de cada intervalo e a respetiva % de enfermeiros neles contidos. Segundo esta grelha de classificação, o valor médio da escala ($\bar{X} = 2,82$) corresponde a um nível de comunicação razoável, sendo esta a classificação percecionada pela maioria dos enfermeiros (64%). Verifica-se ainda que apenas 14,5% da amostra considera a comunicação boa, sendo que 21,5% a considera fraca.

Tabela 8 - Classificação qualitativa da comunicação nas transições de cuidados.

Intervalo	Comunicação nas transições	% da amostra (n = 228)
De 1,00 a 1,75	Muito fraca	0%
De 1,75 a 2,50	Fraca	21,5%
De 2,50 a 3,25	Razoável	64,0%
De 3,25 a 4,00	Boa	14,5%

Foi também analisada a influência das variáveis independentes no *score* da escala. O objetivo da estatística inferencial é determinar se existem variáveis independentes (potenciais

preditores) com influência sobre a variável dependente, que neste estudo é o *score* da escala que avalia a comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados. A técnica estatística apropriada para este tipo de análise é a regressão linear múltipla, uma vez que permite avaliar, simultaneamente, o impacto de todos os potenciais preditores na variável dependente, tendo em conta as interações entre os próprios preditores, permitindo ao modelo de regressão ajustar o impacto efetivo de cada uma destas variáveis (Marôco, 2021a).

A Tabela 9 apresenta as trinta variáveis independentes que foram usadas no modelo inicial como potenciais preditores do *score* da escala.

Tabela 9 - Variáveis utilizadas no modelo de regressão linear inicial.

Variável independente (preditor)	Tipo de variável
Género	Qualitativa nominal
Idade	Quantitativa
Experiência profissional total	Quantitativa
Experiência profissional em cuidados à PSC	Quantitativa
Grau académico	Qualitativa ordinal
Título de especialista	Qualitativa nominal
Serviço onde trabalha	Qualitativa nominal
Localização da instituição	Qualitativa nominal
Norma DGS - Comunicação Eficaz	Qualitativa nominal
Condicionante Interrupções	Qualitativa nominal
Condicionante Intercorrências	Qualitativa nominal
Condicionante Baixo tom de voz	Qualitativa nominal
Condicionante Falta de clareza na comunicação	Qualitativa nominal
Condicionante Conversas paralelas	Qualitativa nominal
Condicionante Não uso de instrumento padronizado	Qualitativa nominal
Condicionante Toques de alarmes	Qualitativa nominal
Transição padronizada no serviço	Qualitativa nominal
ISBAR normatizado no serviço	Qualitativa nominal
ISBAR efetivamente utilizado no serviço	Qualitativa nominal
Vantagem ISBAR Diminui tempo de transição	Qualitativa nominal
Vantagem ISBAR Facilita a tomada de decisão	Qualitativa nominal
Vantagem ISBAR Método para padronizar a comunicação	Qualitativa nominal
Vantagem ISBAR Técnica de fácil memorização	Qualitativa nominal
Vantagem ISBAR Promove o pensamento crítico	Qualitativa nominal
Vantagem ISBAR Promove a integração de novos profissionais	Qualitativa nominal
Vantagem ISBAR Promove da segurança	Qualitativa nominal
Desvantagem ISBAR Aumenta tempo de transição	Qualitativa nominal

Desvantagem ISBAR Necessidade de formação para aplicação	Qualitativa nominal
Desvantagem ISBAR Limitadora da informação a transmitir	Qualitativa nominal
Desvantagem ISBAR Técnica de difícil memorização	Qualitativa nominal

Partindo das 30 variáveis iniciais, o modelo foi ajustado iterativamente, sendo eliminadas, em cada passo, as variáveis independentes sem influência estatisticamente significativa ($p > 0,05$) no *score* da escala. No final do procedimento, restaram 6 variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$), apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 - Resultados do modelo de regressão linear.

Variável independente / Preditor	Coef. não-estandardizado B	Coef. estandardizado β (beta)	t	Valor-p
(Constante)	2,745		32,641	<0,001
C - Não uso de instrumento padronizado = 'Sim'	-0,163	-0,217	-2,944	0,004
ISBAR utilizado = 'Sim'	0,146	0,194	2,740	0,007
C - Intercorrências relacionadas com a assistência à pessoa-alvo dos cuidados = 'Sim'	-0,142	-0,191	-2,938	0,004
C - Falta de clareza na comunicação = 'Sim'	-0,138	-0,185	-2,657	0,009
V - Promove a integração de novos profissionais = 'Sim'	0,117	0,151	2,267	0,025
V - Método para padronizar a comunicação = 'Sim'	0,155	0,132	2,062	0,041

C: condicionante; V: Vantagem do ISBAR

O valor- p global obtido, que corresponde ao teste de ANOVA [$F(6,179) = 11,512$], é estatisticamente significativo ($p < 0,001$), o que significa que um ou mais preditores do modelo final têm capacidade explicativa da variabilidade da variável dependente.

O R^2 do modelo final é de 0,278 e o coeficiente de determinação ajustado (R^2_{aj}) é de 0,254, o que significa que 27,8% da variância presente no *score* da escala de avaliação da comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados é capturada pelos preditores presentes no modelo final.

Com vista a validar os pressupostos dos modelos de regressão linear, os resíduos (diferenças entre valores previstos pelo modelo e observados nos dados) foram analisados, no que respeita à sua distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov: 0,037, $p > 0,05$), variância constante (teste de White: 14,476, $p > 0,05$) e ausência de autocorrelação (estatística de Durbin-Watson: 2,037), tendo-se assim verificado que cumpria todos os critérios de validação.

Tendo em conta que a importância relativa de cada preditor na variável dependente é dada pelo coeficiente estandardizado (β) e, que o impacto absoluto de cada preditor na variável dependente é dado pelo coeficiente não-estandardizado (B), é possível concluir com base na Tabela 8 que:

- A variável mais importante do modelo é a condicionante da comunicação “Não uso de instrumento padronizado” ($\beta = -0,22$), associada negativamente ao *score* da escala. Os enfermeiros que consideram que o não uso de instrumento padronizado é um fator condicionante da comunicação obtêm, em média, menos 0,16 pontos no *score* de escala de avaliação da comunicação ($p = 0,004$).
- A utilização do ISBAR no serviço está positivamente associada ao *score* da escala ($\beta = 0,19$). Os enfermeiros que usam esta metodologia nas transições dos cuidados obtêm, em média, mais 0,15 pontos no *score* de escala de avaliação da comunicação ($p = 0,007$).
- A condicionante relacionada com intercorrências está negativamente associada ao *score* da escala ($\beta = -0,19$). Os enfermeiros que consideram estas intercorrências como sendo uma condicionante da comunicação obtêm, em média, menos 0,14 pontos no *score* de escala de avaliação da comunicação ($p = 0,004$).
- A condicionante da falta de clareza na comunicação está negativamente associada ao *score* da escala ($\beta = -0,19$). Os enfermeiros que consideram a falta de clareza como sendo uma condicionante da comunicação obtêm, em média, menos 0,14 pontos no *score* de escala de avaliação da comunicação ($p = 0,009$).
- A vantagem do ISBAR respeitante à integração de novos profissionais está positivamente associada ao *score* da escala ($\beta = 0,15$). Os enfermeiros que consideram a integração de novos enfermeiros como sendo uma vantagem do ISBAR obtêm, em média, mais 0,12 pontos no *score* de escala de avaliação da comunicação ($p = 0,025$).
- A vantagem do ISBAR relativa a ser um método padronizado de comunicação para transmissão de informação está positivamente associada ao *score* da escala ($\beta = 0,13$). Os enfermeiros que consideram a padronização da comunicação como sendo uma vantagem do ISBAR obtêm, em média, mais 0,16 pontos no *score* de escala de avaliação da comunicação ($p = 0,041$).

Adicionalmente, foi realizada uma AFE com o objetivo de encontrar um conjunto de fatores ou dimensões que pudessem explicar a estrutura correlacional presente nas variáveis observadas, que correspondem aos itens da escala de avaliação da comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados.

Antes de proceder à AFE, foram validados os pressupostos de aplicação desta técnica. Foi obtido um valor KMO inicial de 0,820, significando que a amostra recolhida é classificada como Boa (Marôco, 2021b) para aplicação da AFE. Foi ainda realizado o teste de esfericidade de Bartlett, obtendo-se um valor de qui-quadrado (χ^2) de 1450,6, a que se associa um valor- $p < 0,001$, indiciando a existência de correlações não nulas nas variáveis observadas, permitindo assim a utilização da AFE.

Foi utilizado o método da Análise Paralela para aferir o número de componentes a reter para serem usados posteriormente na fase de extração, sendo o resultado apresentado no *scree plot* da Figura 2.

O critério associado a este método consiste em reter todos os componentes para os quais o respetivo valor próprio (*eigenvalue*) obtido pelos dados (pontos azuis) seja superior àquele obtido por simulação (pontos alaranjados). A aplicação do critério com ajuda do gráfico revela que os itens do instrumento se podem agrupar em 3 componentes, que irão corresponder a dimensões ou subescalas.

Na Tabela 11 evidencia-se a variância explicada por cada um dos 3 componentes retidos, verificando-se que, cumulativamente, estes componentes explicam 40,1% da variância observada nos dados originais (23 itens de *Likert*).

Com base na informação anterior, recorreu-se ao método da Fatorização de Eixo Principal (principal método de extração na AFE), para extrair os 3 componentes, que se passam a chamar de fatores nesta fase da AFE.

Figura 2 - *Scree plot* da Análise Paralela.

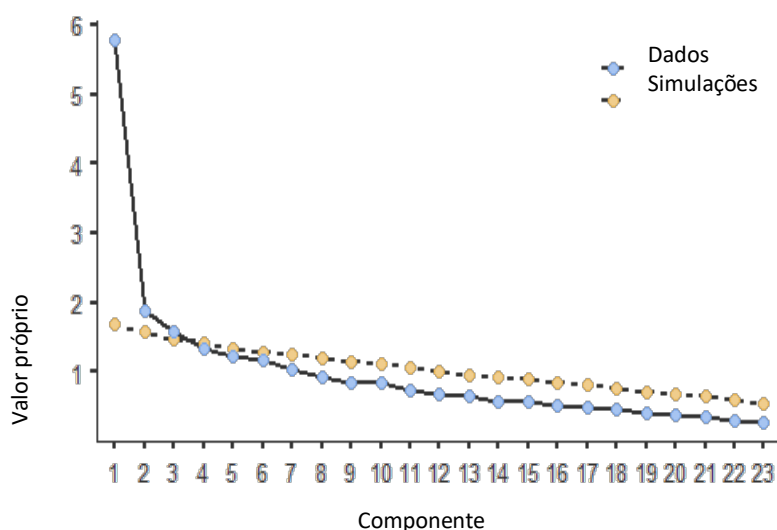


Tabela 11 - Variância explicada por componente.

Componente	Valores próprios	% Variância	% Variância acumulada
1	5,77	25,08	25,08
2	1,87	8,13	33,21
3	1,58	6,85	40,05

Para ajudar à interpretação dos mesmos, foi utilizada uma rotação oblíqua (*Oblimin*), que deve ser usada na presença de correlação entre fatores, o que foi verificado.

Os resultados obtidos foram então sujeitos a um processo iterativo, tendo o item Q20 sido eliminado por falta de validade fatorial individual (peso fatorial em todos os fatores abaixo do mínimo absoluto admitido de 0,30 (Marôco, 2021b), o que significa que o item não se associa a nenhum deles). A matriz final encontra-se na Tabela 12 e contém 22 dos 23 itens iniciais, pela eliminação do item Q20.

A fase final consiste em nomear os fatores, com base no tipo de perguntas que eles contêm, e calcular a consistência interna (fiabilidade) de cada dimensão:

Fator 1 – Foi atribuído o nome de **Qualidade da informação (QI)** a esta dimensão composta por 13 itens. O respetivo alfa de *Cronbach* é de 0,82.

Fator 2 – Foi atribuído o nome de **Eficácia da comunicação (EC)** a esta dimensão composta por 7 itens. O respetivo alfa de *Cronbach* é de 0,73.

Fator 3 – Foi atribuído o nome de **Envolvimento do doente (ED)** a esta dimensão composta por 2 itens. O respetivo alfa de *Cronbach* é de 0,57, tendo sido, possivelmente, penalizado pelo número reduzido de itens.

Tabela 12 - Associação entre itens e fatores (omitidos pesos fatoriais inferiores a 0,3).

Item / Questão	Fator		
	1	2	3
11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	0,69		
12. A informação é transmitida de forma estruturada	0,66		
8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes	0,64		
6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi	0,64		
5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes	0,59		
4. A informação transmitida é atualizada	0,56		
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	0,51		

1. Consiço esclarecer a informação que foi transmitida	0,49		
9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente	0,45		
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar	0,45		
23. É importante reformular a estrutura das passagens de turno*	0,38		
7. A duração da passagem de turno é adequada	0,35		
21. Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno	0,31		
18. Sinto que há informação importante que não é transmitida*		0,73	
19. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente*		0,59	
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço*		0,58	
13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes*		0,55	
17. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes*		0,45	
10. A informação transmitida é subjetiva*		0,44	
22. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso*		0,32	
16. É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno			0,64
15. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno			0,63

* questão invertida

Os índices de ajustamento pretendem avaliar se o modelo ajustado é válido do ponto de vista matemático, não estando relacionado diretamente com a validade psicométrica da escala.

Foi obtido um *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) de 0,0675 (Bom) (Marôco, 2021a), pelo que se conclui que o modelo ajustado com 3 fatores captura de forma aceitável a informação contida nos dados originais da amostra.

A Tabela 13 apresenta a correlação entre as dimensões criadas verificando-se uma correlação positiva e moderada (0,46) entre as dimensões QI e EC, o que significa que o aumento de uma está associado ao aumento da outra. Já a dimensão ED é essencialmente independente das restantes, uma vez que as correlações são fracas.

Tabela 13 - Correlação de *Pearson* entre as dimensões/subescalas.

Dimensão	QI	EC	ED
QI	1	0,46	0,18
EC		1	0,11
ED			1

As médias por dimensão encontram-se na Tabela 14, revelando-se a existência de uma discrepância entre a QI e a EC. Segundo a classificação qualitativa apresentada anteriormente (Tabela 6), a QI ($\bar{X} = 3,08$) é classificada como razoável com tendência a boa; já a EC ($\bar{X} = 2,30$)

é classificada como fraca com tendência a razoável. As razões principais que levam à fraca classificação da EC estão relacionadas, sobretudo, com interrupções por outros eventos/atividades do serviço e com a percepção de que a estrutura das transições deveria ser reformulada. Outros fatores menos relevantes, mas ainda assim com impacto, são a informação importante que não é transmitida (falha por omissão) e, por outro lado, a informação considerada irrelevante que é transmitida (falha por excesso).

Tabela 14 - Estatística descritiva das dimensões e escala unidimensional.

Dimensão	Média (DP)
Qualidade da informação	3,08 (0,43)
Eficácia da comunicação	2,30 (0,54)
Envolvimento dos doentes	2,93 (0,72)
Score da escala (unidimensional)	2,82 (0,38)

7. Discussão

A comunicação é a base para um PE eficaz sendo importante conhecer as características da mesma, em alturas tão cruciais com a transição de cuidados da PSC, para se implementarem medidas que diminuam as barreiras comunicacionais e promovam a continuidade dos cuidados e a segurança (Teixeira & Oliveira, 2023).

Este estudo permitiu caracterizar a comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados da PSC, com base nas suas perceções, conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a pertinência da informação transmitida durante a transição de cuidados da PSC e identificar a perceção dos enfermeiros sobre os fatores condicionantes da comunicação na transição de cuidados da PSC, considerando-se atingidos os objetivos previamente definidos.

O predomínio de enfermeiras face aos enfermeiros, neste estudo, alinha-se com a população nacional de enfermeiros, onde são predominantes os elementos do sexo feminino (82,7%) (OE, 2023).

Em relação à experiência profissional mediana de 15 anos, sendo, 10 destes anos (Me = 10), em contexto de cuidados à PSC, considera-se significativa a experiência dos enfermeiros que responderam ao inquérito.

Os participantes são maioritariamente provenientes das regiões Norte e Centro do país, muito provavelmente por serem as zonas da formação de base da autora e de exercício profissional. Numa amostragem não probabilística por conveniência não há qualquer garantia que a amostra seja representativa da população, sendo esta questão de discrepância de proporções a nível regional muito comum. No entanto, estando a norma da DGS (2017) sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, em vigor em todo o território nacional, e não havendo razões para assumir que o cumprimento dependa da região do país, avalia-se que o impacto nos resultados seja, expectavelmente, nulo ou negligenciável.

A maioria dos enfermeiros (95,2%) concorda com a existência de fatores condicionantes da comunicação eficaz na transição de cuidados da PSC, dando relevo às interrupções por profissionais de outras classes (88,5%) e às conversas paralelas (74,7%), o que se alinha com o identificado por Castro et al. em 2022, num estudo primário desenvolvido num serviço de urgência em Portugal, onde são assumidas as interrupções por outras classes profissionais e o barulho durante o momento de transição de cuidados, como os aspetos negativos mais frequentes. Também no estudo primário desenvolvido por Antunes (2019), 70,6% dos

participantes consideram ser interrompidos pelos doentes e familiares durante o momento da transição de cuidados da manhã para a tarde. Na revisão sistemática de Ahn et al. (2021) é referido que as interrupções frequentes durante a transição de cuidados dificultaram a concentração dos enfermeiros das UCI, sendo a maioria dessas interrupções solicitações da PSC, abordagens de familiares e alarmes de equipamentos.

De facto, como referido nos estudos observacionais de Weigl et al. (2017) e Forsyth et al. (2018), as interrupções afetam a memória, desviam o foco da tarefa em curso e sobrecarregam as funções cognitivas. Na revisão integrativa da literatura de Freitas et al., em 2022, foram identificadas relações entre as interrupções no fluxo de trabalho e o aumento do stress no trabalho, atraso no tratamento, diminuição da concentração e ocorrência de EA. Powell et al. (2020), no seu estudo observacional, realizado numa UCI de um hospital australiano, conclui que é fundamental minimizar o impacto que as interrupções têm na transição de cuidados, para melhorar a capacidade de concentração dos intervenientes, sendo o apoio dos colegas apontado como vital para o atingir.

No que respeita à falta de uso de ferramenta padronizada, apenas 43,3% a reconhecem como um fator condicionante da comunicação eficaz, apesar da evidência revelar que a implementação de sistemas padronizados de comunicação, na transição de cuidados, promove a redução de perda de informação essencial e a continuidade de cuidados (*The Joint Commission International* (JCI), 2017). Na revisão sistemática realizada por Ahn et al. (2021), contrariamente ao referido neste estudo, é realçada a inconsistência e desorganização da informação transmitida como obstáculos à continuidade de cuidados, sendo referida a transmissão de informação insuficiente ou irrelevante.

Neste enquadramento, é necessário maior comprometimento dos líderes organizacionais com a implementação de ferramentas de comunicação padronizadas como suporte à comunicação na transição de cuidados da PSC, sendo que, no contexto nacional, essa ferramenta é a ISBAR. Esta necessidade é suportada pelo facto de apenas aproximadamente metade dos participantes, referir trabalhar numa instituição onde a ISBAR está normatizada.

Face ao que precede e relativamente à abrangência a nível nacional, é possível concluir que quando a ISBAR se encontra normatizada pela instituição é, de facto utilizada na prática (51,3% dos participantes refere trabalhar numa instituição de saúde onde a ISBAR está normatizada como ferramenta de comunicação para a transição de cuidados; 51,8% dos enfermeiros refere que a usa no momento da transição de cuidados).

Como referido pela JCI (2017) é necessária a sustentação e disseminação de melhores práticas no momento da transição de cuidados, tendo como foco transições de cuidados de alta qualidade e altamente confiáveis. Esse nível de desempenho só será atingido com lideranças fortes, implementação de programas com monitorização longitudinal e reforço positivo para as melhores práticas, integrados em normas organizacionais (JCI, 2017).

Uma vez que 55,3% dos participantes refere utilizar um instrumento padronizado, sendo este valor muito próximo da percentagem de utilização do ISBAR (51,8%), decorre naturalmente que as equipas ou não utilizam nenhum instrumento padronizado, ou quando utilizam, esse instrumento é o ISBAR, não parecendo haver espaço para metodologias alternativas, respeitando-se assim a indicação da DGS.

A perceção dos enfermeiros sobre a ISBAR é globalmente positiva, sendo realçadas as vantagens de possibilitar a padronização da informação, ser promotora da segurança e, ser de fácil memorização. Neste sentido, uma revisão integrativa realizada por Guerra et al. em 2023, aponta que o uso da ISBAR está associado a uma transmissão de informação mais eficaz, por permitir de forma simples, memorizar informações complexas, para serem transmitidas oralmente, confirmando-se uma relação direta entre o uso eficaz da ISBAR, e a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Na revisão integrativa de Teixeira & Oliveira (2023) é realçada a implementação desta técnica como estratégia de comunicação na transição de cuidados, por contribuir para o incremento da segurança da PSC, sendo considerada uma boa prática na transmissão de informação em situações críticas, diminuindo a ocorrência de EA, melhorando a comunicação entre os elementos da equipa e tendo impacto positivo nos *outcomes* obtidos.

Como desvantagem é destacada a necessidade de formação para o uso correto da ferramenta. Esta perceção da necessidade de formação ser uma desvantagem deve ser trabalhada no seio das equipas, sendo necessário apostar em abordagens que aproximem os enfermeiros da atualização de conhecimentos, suportada pela evidência de que a ferramenta padronizada é necessária para garantir a segurança de profissionais e PSC. A ISBAR é uma ferramenta de comunicação confiável e eficaz para promover a segurança da pessoa-alvo dos cuidados, no entanto, a educação continuada deve ser mantida para garantir que todos os enfermeiros sejam competentes no seu uso (Chiew et al., 2019). Manias et al. (2016) apontam ainda, estratégias como formação *on-line*, *feedback* construtivo e *workshops* tanto em níveis académicos como de formação em serviço.

Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre o uso do instrumento ISBAR e a percepção do mesmo como condicionante à comunicação, podendo afirmar-se que, o instrumento é identificado como condicionante da comunicação por aqueles que não o usam. Este facto está de acordo com o referido por Castro et al. (2022) uma vez que a maioria da sua amostra considera o uso do instrumento, baseado na metodologia ISBAR, como promotor da melhoria da qualidade dos cuidados e como fundamental para a segurança da PSC.

No estudo de caso, desenvolvido num hospital indonésio por Yetti et al. (2021) é referida a relevância de existirem diretrizes orientadoras que apoiem os enfermeiros a estruturar a sua comunicação na transição de cuidados, no entanto, também é referida a necessidade de esse processo estar assente na formação, treino, prática, avaliação e *feedback*, como caminho para se atingirem transições de cuidados eficazes. Também Ahn et al. (2021) conclui que a ausência de uma estrutura formalizada para a transferência de informação está associada ao risco de omissão de informação essencial, uma vez que os enfermeiros de UCI ou dos serviços de urgência afirmaram não existir uma ferramenta padronizada ou uma lista de verificação que pudesse facilitar a transmissão estruturada de informações.

Relativamente à escala aplicada para conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a comunicação durante a transição de cuidados e, para dar resposta à caracterização da comunicação durante a transição de cuidados da PSC, importa referir que a maioria dos participantes considera a qualidade da comunicação como “razoável” (64%), seguida de uma apreciação como “fraca” por 21,5% e, apenas os restantes 14,5% consideram como “boa” a qualidade da comunicação.

Na última fase do tratamento estatístico foram identificadas 3 dimensões ou subescalas – “Qualidade da Informação”, “Eficácia da Comunicação” e “Envolvimento do Doente” referentes à escala desenvolvida por O’Connell et al. (2008) e traduzida para português por Tranquada em 2013, sendo possível uma correlação entre as duas primeiras, levando-nos a concluir que um incremento na QI tem influência positiva na EC.

Recorrendo à AFE, a dimensão QI surgiu da agregação dos itens que se relacionam com a transmissão de informação atualizada, estruturada e de fácil acompanhamento, a oportunidade de discutir informações confidenciais e de esclarecer assuntos menos claros, a quantidade de informação transmitida ser a suficiente para assegurar o plano de cuidados, a obtenção de informação através do processo clínico do doente, a importância de reformular a estrutura dos momentos de transição de cuidados, a duração desses momentos e o

conhecimento sobre o procedimento multissetorial da instituição para a realização das transições de cuidados.

Neste enquadramento, menos de metade dos participantes concordaram totalmente que existe a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreenderam, o que se alinha com o encontrado no estudo com metodologia investigação-ação, realizado num serviço de urgência em Portugal por Alves (2023). No estudo observacional transversal desenvolvido por Manias et al. (2016) na Austrália, apenas 24% da amostra assume a necessidade de validar a informação recebida, sendo apontada a perceção da necessidade de confirmação de informação por parte dos outros elementos por 12% dos participantes.

Também para Pun (2021) a oportunidade de fazer perguntas e receber informações atualizadas durante a transição de cuidados tem uma correlação significativa com a qualidade da transferência, contribuindo para a compreensão do plano de cuidados da pessoa-alvo. Na revisão sistemática realizada por Raeisi et al. (2019) é realçada a necessidade do enfermeiro recetor ter a oportunidade para esclarecer informações, no entanto, estes esclarecimentos são sentidos como interrupções pelo o enfermeiro emissor.

Outro aspeto percecionado pela maioria dos participantes foi a informação transmitida ser atualizada, fácil de acompanhar e considerada suficiente para assumir a continuidade de cuidados, o que, também, vai ao encontro do estudo de Alves (2023). As informações transmitidas entre enfermeiros devem ser relevantes para o planeamento dos cuidados e para a prevenção ou minimização de incidentes capazes de provocar danos à saúde, de forma a garantir uma assistência mais segura (Oliveira et al., 2018).

Apesar de, no presente estudo, 82% dos elementos referir que a informação é transmitida de forma estruturada, a importância de reformular a estrutura dos momentos das transições de cuidados é identificada por 77% dos participantes, indo de encontro a uma das conclusões do estudo primário desenvolvido por Castro et al. em 2022, onde a maioria da amostra concorda que o uso de uma ferramenta padronizada baseada na metodologia ISBAR, permite a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, sendo fundamental na segurança da pessoa. Também Raeisi et al. (2019) sugere a utilização de um protocolo ou procedimento normatizado para garantir a melhoria da gestão do processo de transferência e da comunicação.

A capacidade de se manterem concentrados durante o momento de transição de cuidados foi assumida pela maioria dos participantes (93,9%), contrariamente ao concluído por Fealy et al. (2019), no seu estudo qualitativo, com recurso a um grupo focal como técnica de

recolha de dados, em que explora o momento de transição de cuidados em serviços de agudos irlandeses. Neste estudo é referido que, apesar de ser determinante que o enfermeiro esteja concentrado, isso pode ser difícil de atingir, após turnos desgastantes física e/ou emocionalmente, configurando-se com um fator condicionante da qualidade da comunicação a partilhar.

É também relevante a perceção da pressão no sentido de abreviar o momento da transição de cuidados por 57% dos participantes, facto também discutido pelos enfermeiros que participaram no estudo desenvolvido por Fealy et al. (2019) que identificaram a duração do momento da transição de cuidados como uma barreira à sua eficácia e, no estudo de O'Connell et al. (2008) é referido que muitos enfermeiros consideram que o momento de transição de cuidados consome demasiado tempo.

Contribuem para o domínio da EC a falha por omissão e por excesso (havendo a perceção de informação importante não ser transmitida e haver lugar para a transmissão de informação irrelevante, respetivamente), as interrupções, a necessidade de contactar o enfermeiro anteriormente responsável para esclarecimentos adicionais, a transmissão de informação subjetiva e a dificuldade em organizar informação quando o historial clínico é mais complexo ou extenso.

A prestação de cuidados em contextos de PSC, pelas características dinâmicas e de imprevisibilidade, pode condicionar perda de informação importante para a continuidade dos cuidados e a ocorrência de EA. Uma transferência adequada e abrangente da informação é uma componente essencial para a segurança do doente. A padronização do processo de transferência de informação pode ser um recurso que permita salvaguardar a continuidade dos cuidados e reduzir a ocorrência de EA (Caselhas, 2020).

No presente estudo, 40,4% dos participantes refere sentir dificuldade na organização da informação a transmitir, referente a pessoas com historial de saúde mais complexo e/ou extenso, percentagem inferior à encontrada por Tranquada, em 2013, onde 60,6% dos inquiridos afirmou sentir essa dificuldade.

Respondendo também ao objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros sobre pertinência da informação transmitida sobre a PSC na transição de cuidados, no presente estudo, 68% dos participantes consideram que é transmitida informação irrelevante, havendo perda a nível da informação considerada importante para quase 72% dos participantes e, 49,6% considera que é transmitida informação subjetiva, apesar de 93%

assumir que é transmitida informação suficiente para dar continuidade à prestação de cuidados.

No estudo qualitativo de Hada et al. (2019), na Austrália, os participantes identificaram que, embora a ferramenta ISBAR seja geralmente usada durante a transição de cuidados entre enfermeiros, o conteúdo da transferência variou com o conhecimento, experiência e características pessoais do enfermeiro emissor, levando a inconsistências no conteúdo da informação transmitida, sendo referida informação em excesso ou omissa e de baixa qualidade. Cerca de 40% assume a dificuldade em organizar a informação quando a PSC tem um historial mais complexo, percentagem muito inferior à referida no estudo de Castro et al. em 2022. No estudo de O'Connell et al. (2008), os enfermeiros consideraram a qualidade da informação na transição de cuidados como frequentemente má, em particular, por serem transmitidas informações incompletas, subjetivas ou irrelevantes, o que se correlaciona com a ocorrência de EA. Ainda nesse estudo, é considerado como útil o desenvolvimento de protocolos de transferência de informação, para fornecer consistência e estrutura à informação que é transmitida e ajudar a simplificar o processo.

Em relação à dimensão “Envolvimento do Doente”, não se avançam com correlações com as outras dimensões, considerando-se independente, contribuindo para esta dimensão a importância da avaliação da PSC durante a transição dos cuidados que é identificada por 81% dos elementos, embora apenas 61% assumam que consegue fazer essa avaliação.

No estudo desenvolvido por Manias et al. em 2016, é referido que o envolvimento do doente teve um impacto positivo na eficácia da transição de cuidados e no estudo de Castro et al. de 2022, 84% dos participantes assume que é benéfico realizar a transmissão de informação junto à PSC, podendo reduzir-se a probabilidade de interrupções e garantir uma abordagem eficaz e centrada na mesma. Como referido, também por Powell et al. (2020), num estudo observacional, desenvolvido numa UCI australiana, os cuidados de saúde centrados na PSC são imperativos para incrementar a segurança e devem ser uma prioridade para as organizações, incluindo as transições de cuidados, recomendando-se a incorporação da pessoa-alvo dos cuidados e da família no momento da transferência de informação.

No estudo de O'Connell et al. (2008) é dada relevância ao local onde se efetua a transição de cuidados, uma vez que os enfermeiros afirmaram que gostavam de efetuar a transferência de responsabilidade à cabeceira da pessoa-alvo dos cuidados, uma vez que lhes proporcionava a oportunidade de verificar as informações transmitidas, no entanto essa localização levanta outros problemas no que concerne à proteção de informações sensíveis,

pelo que é sugerido que a transição de cuidados tenha lugar na sala de Enfermagem, limitando a transferência à cabeceira da cama. No estudo de Tranquada (2013), realizado numa enfermaria cirúrgica de um hospital português, 87,9% dos participantes considera importante a avaliação das pessoas-alvo dos cuidados durante a transição de cuidados, sendo que apenas os enfermeiros com especialidade apresentam uma mediana de resposta que discorda de tal facto.

8. Conclusão

É consensual que uma comunicação eficaz contribui diretamente para uma transição de cuidados segura, sendo essencial para evitar erros e EA.

Com este estudo foi possível conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação na transição de cuidados da PSC, caracterizando essa comunicação, conhecendo a pertinência da informação transmitida e identificando os fatores apontados como condicionantes à comunicação eficaz, atingindo-se, assim, os objetivos propostos.

A maioria dos participantes identifica como principais fatores condicionantes da comunicação as interrupções por profissionais de outras classes e as conversas paralelas. A ausência de ferramenta de padronização da informação é considerada como condicionante da comunicação por menos de metade dos participantes. Aqueles que não usam a ISBAR parecem ser aqueles que consideram o seu uso como um condicionante da comunicação. Cerca de 50% refere trabalhar em instituições onde a ISBAR está protocolada, não parecendo existir outras ferramentas. A perceção dos enfermeiros sobre a ISBAR é globalmente positiva, apesar de lhe ser apontada como desvantagem a necessidade de formação para um uso adequado.

Relativamente às 3 dimensões encontradas, pode concluir-se que uma intervenção nos fatores referentes à QI, terá influência na EC e nos seus fatores. O ED parece ser independente das outras dimensões, estando apenas relacionando com os fatores que lhe estão associados.

Com este conhecimento será possível intervir nos processos que promovem e dificultam a transmissão de informação durante os momentos de transição de cuidados, reconhecendo e implementando métodos facilitadores da comunicação, como a padronização da comunicação suportada na ferramenta ISBAR, como normatizado pela DGS (2017). Como concluído neste estudo, quando a ISBAR se encontra normatizada pela instituição é, de facto, utilizada, o que deve ser um fator motivador para que as instituições normatizem a ferramenta.

Ainda como implicação para a prática, pretende-se que com este estudo seja possível sensibilizar os enfermeiros para a importância da eficácia da comunicação, no momento da transição de cuidados da PSC, motivando-os para formação contínua, nos respetivos contextos.

Além disso, a identificação dos condicionantes de uma comunicação eficaz, é o primeiro passo para a adoção de melhores práticas baseadas na evidência, tendo como objetivo último apoiar na gestão de dificuldades e na promoção de abordagens positivas, como o desenvolvimento de estratégias para diminuir as interrupções durante os momentos de transição de cuidados e a definição de grupos implementadores da ISBAR nos CPC, como suporte aos momentos de transição de cuidados.

No que diz respeito a desenvolvimentos futuros, e tendo em conta a consistência interna da dimensão “Envolvimento do Doente”, propõe-se uma de duas abordagens: considerar expandir o número de questões sobre o “Envolvimento do Doente”, no sentido de a tornar fiável, ou considerar a eliminação da dimensão por completo, assumindo que as dimensões QI e EC são suficientes para a avaliação da comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados.

Como limitações do estudo, identificamos o seu desenho transversal, recolhendo dados num determinado momento, sem existência de seguimento, e o tipo de amostragem utilizado, que sendo não probabilística por conveniência, pode colocar em causa a representatividade da população.

Espera-se que o trabalho desenvolvido sirva de mote à implementação de ferramentas que estruturem a informação transmitida nos momentos das transições de cuidados e tenha influência nos fatores que condicionam essa comunicação, concordante com a evidência científica que aponta nesse sentido.

Mudar práticas é difícil e trabalhoso, mas mantê-las, sob o refúgio de que “sempre se fez desta forma” é perigoso. A vontade de prestar os melhores cuidados e os mais seguros, deve ser estimulada no seio das equipas recorrendo à melhor evidência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aquisição de competências, tanto comuns como específicas, foi comprovada ao longo da reflexão-crítica explanada na primeira parte deste relatório, o que não teria sido viável sem os contributos e oportunidades providenciadas pelos CPC escolhidos e suas equipas, considerando-se atingidos os objetivos pessoais delineados em cada contexto.

Essa aquisição alterou, permanentemente, a forma como se encaram os desafios colocados pelo exercício da prática de Enfermagem, uma vez que além das competências referidas, houve também lugar a um grande desenvolvimento pessoal, exigido pela persistência, resiliência, capacidade de adaptação e investigação constante para acompanhar o ritmo imposto pelo ciclo de estudos do curso de mestrado da ESSNorteCVP.

Discutem-se temas, no âmbito da aquisição de competências comuns dos EEEMC, como a proteção dos direitos da PSC pela sua vulnerabilidade inegável, o transporte-intra-hospitalar onde o enfermeiro surge como elemento fundamental para a redução ou eliminação de EA, a dotação adequada de enfermeiros, o uso do humor positivo como estratégia de *coping* e fator agregador dos elementos das equipas. No âmbito das competências específicas realçam-se os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação neurocrítica e os aspetos relacionados com a VMI e o CVC com influência na prevenção das IACS.

O investimento na investigação primária que se desenvolveu, proporcionou uma melhor compreensão sobre o fenómeno da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica, baseada na perceção dos enfermeiros que responderam ao instrumento de colheita de dados, aprofundando os conhecimentos sobre metodologias de investigação, o que permitiu transformar os dados colhidos em informação.

A relevância dessa informação, crê-se, será influenciadora de uma melhoria a nível da comunicação e, conseqüentemente promotora da continuidade de cuidados e segurança da pessoa em situação crítica, usando esta informação para sensibilizar os enfermeiros destes contextos a alterar práticas, sempre apoiados na melhor evidência possível.

Este foi o caminho exemplificador e que se replicará a cada desafio encontrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013, abril). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Ahn, J., Jang, H., & Son, Y. (2021). Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management, 29*(4), 623–634. <https://doi.org/10.1111/jonm.13207>
- Alizadeh, S. R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2021). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in Critical Care, 26*(4), 244–252. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
- Almeida, T. M. de, Gallasch, C. H., Gomes, H. F., Fonseca, B. de O., Pires, A. da S., & Peres, E. M. (2018). Prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central não implantado de curta permanência. *Revista Enfermagem UERJ, 26*. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.31771>
- Alves, C. (2023). *Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência – Implementação da metodologia ISBAR* [Projeto de investigação integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde]. <https://core.ac.uk/download/598010182.pdf>
- Antunes, M. (2019). *Perceção dos Enfermeiros acerca da passagem de turno* [Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barbosa, I. de A., Silva, K. C. da C. D. da, Silva, V. A. da, & Silva, M. J. P. da. (2016). O processo de comunicação na Telenfermagem: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem, 69*, 765–772. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690421i>
- Barreto, L., Barreto, O., & Santos, L. (2023). Outcome Neurológico: Construção de um Guia de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Status Neurológico Comprometido. *Jornal de Investigação Médica (JIM), 4*(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.747>

- Caciano, K. R. P. da S., Saavedra, J. de L. israel, Monteiro, E. L., Volpáti, N. V., Amaral, T. L. M., Sacramento, D. S., & Prado, P. R. (2020). Nursing interventions for neurocritical patients. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 14. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243847>
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 19(4), 525–572. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Caselhas, S. M. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande* [Relatório de Estágio]. Instituto Politécnico de Castela Brnaco.
- Cassiani, S. H. D. B., & Lira Neto, J. C. G. (2018). Nursing Perspectives and the “Nursing Now” Campaign. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2351–2352. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>
- Castro, C. M. D. C. S. P. D., Marques, M. D. C. M. P., & Vaz, C. R. D. O. T. D. (2022). Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
- CDC. (2017, outubro). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (2011): Recommendations and updates*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>
- Chaves, R., Sousa, F., Silva, A., Santos, G., Fernandes, H., & Cutrim, C. (2017). Importância da Família no Processo de Cuidados: Atitudes de enfermeiros no contexto da terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 4989–4998. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22285p4989-4998-2017>
- CHBV. (2013, outubro 2). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.* <https://www.chbv.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/D1.pdf>
- CHBV. (2024). *Centro Hospitalar do Baixo Vouga | Missão e Visão*. <https://www.chbv.min-saude.pt/conselho-de-administracao/missao-e-visao/>
- Chiew, L., Bakar, S. B. A., Ramakrishnan, S., Cheng, P. L. C., Karunakaran, Y., & Bunyaman, Z. B. (2019). Nurse’s Perception and compliance on Identification, Background, Assessment and Recommendation (ISBAR) Tools for Handoff Communication in Tertiary Hospital, Dammam. *Malaysian Journal of Medical Research (MJMR)*, 3(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.31674/mjmr.2019.v03i04.004>

- CHUSJ. (2021, agosto 26). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.* https://portal-chsj.min-saude.pt/portalchsj/uploads/document/file/950/Regulamento_Interno_agosto_2021_c.pdf
- Colégio de Medicina Intensiva, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos Recomendações 2023.* <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf>
- Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, Lei n.º 12/93 (1993). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-1993-692651>
- Costa, M. J. P. (2022). *Desafios à enfermagem na era da globalização. Importância da formação (Original).*
- Cruz, J., & Martins, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: Cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência.* https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3038&id_revista=24&id_edicao=173
- Dantas, G. D., Figueiredo, D. S. T. de O., Pimentel, E. R. S., & Nobre, A. M. D. (2017). Adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. *Revista de Enfermagem UFPE online, 11(10), Artigo 10.* <https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201701>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine, 45(1), 103–128.* <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Deodato, S. (2024). *Direito da Saúde.* Almedina.
- Despacho n.º 9390/2021, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- DGS. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito (015/2013).* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>
- DGS. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (001/2017).*

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

DGS. (2022a, maio). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

DGS. (2022b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma nº 022/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

DGS. (2022c). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação—Portal das Normas Clínicas (021/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Duarte, S., & Duarte, L. (2016). O Humor nas Organizações: Um Estudo Epistemológico. *Revista Hospitalidade*, 13.

Edwardson, S., & Cairns, C. (2019). Nosocomial infections in the ICU. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 20(1), 14–18. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2018.11.004>

Farnoosh, L., Hossein-nejad, H., Beigmohammadi, M.-T., & Seyed-Hosseini-Davarani, S.-H. (2018). Preparation and Implementation of Intrahospital Transfer Protocol for Emergency Department Patients to Decrease Unexpected Events. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 2(3), e29. <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.50>

Fealy, G., Donnelly, S., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M., Mylotte, E., Nicholson, E., & Zaki, M. (2019). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 80–88. <https://doi.org/10.1111/jocn.14643>

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5ª Edição). SAGE Publications Ltd.

Forsyth, K. L., Hawthorne, H. J., El-Sherif, N., Varghese, R. S., Ernste, V. K., Koenig, J., & Blocker, R. C. (2018). Interruptions Experienced by Emergency Nurses: Implications for Subjective and Objective Measures of Workload. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 614–623. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.02.001>

Freitas, W. C. J. D., Menezes, A. C., Mata, L. R. F. D., Lira, A. L. B. D. C., Januário, L. H., & Ribeiro,

- H. C. T. C. (2022). Interruption in the work of nursing professionals: Conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), e20201392. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1392>
- Godoy, Murillo-Cabezas, F., Suarez, J. I., Badenes, R., Pelosi, P., & Robba, C. (2023). “THE MANTLE” bundle for minimizing cerebral hypoxia in severe traumatic brain injury. *Critical Care*, 27(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04242-3>
- Golger, E. (2019). Effects of Humor to Relieve Stress in Nurses. *Grace Peterson Nursing Research Colloquium.*, 31. <https://core.ac.uk/download/pdf/232979003.pdf>
- Golpazir-Sorkheh, A., Ghaderi, T., Mahmoudi, S., Moradi, K., & Jalali, A. (2022). Family-Centered Interventions and Quality of Life of Clients with Ostomy. *Nursing Research and Practice*, 2022, e9426560. <https://doi.org/10.1155/2022/9426560>
- Guerra, A., Bras, F., Siquenique, J., Anacleto, J., Ruivo, M. A., & Marques, M. C. (2023). Comunicação ISBAR na Qualidade do Cuidados de Saúde. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, v. 9, 30-46 Páginas. [https://doi.org/10.60468/R.RIASE.2023.9\(2\).597.30-46](https://doi.org/10.60468/R.RIASE.2023.9(2).597.30-46)
- Hada, A., Jack, L., & Coyer, F. (2019). Using a knowledge translation framework to identify barriers and supports to effective nursing handover: A focus group study. *Heliyon*, 5(6), e01960. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01960>
- Hawkins, N., Jeong, S. Y., Smith, T., & Sim, J. (2023). A conflicted tribe under pressure: A qualitative study of negative workplace behaviour in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 711–726. <https://doi.org/10.1111/jan.15491>
- Hongyu, K. (2018). Análise Fatorial Exploratória: Resumo teórico, aplicação e interpretação. *E&S Engineering and Science*, 7, 88. <https://doi.org/10.18607/ES201877599>
- Inácio, L. C. (2022). *Gestão de Stocks e da Melhoria Contínua do Armazém de EPI do ACES do Algarve I- Central*. <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/19770/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio-%20Luana%20Cristina%20In%C3%A1cio%20%2861314%29.pdf>
- Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, Assembleia da República, 55 (2019). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 01, Artigo 01. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>

- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2016). Perspectives of clinical handover processes: A multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 80–91. <https://doi.org/10.1111/jocn.12986>
- Marôco, J. (2021a). *Análise de Equações Estruturais – Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (3ª Edição). ReportNumber.
- Marôco, J. (2021b). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª edição). ReportNumber.
- Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. Elsevier Academic Press.
https://ia800703.us.archive.org/4/items/psychologyofhumo00martrich/psychologyofhumo00martrich_bw.pdf
- Martins, Costa, T., Wolkers, P., Braga, I., Chagas, B., Bino, L., Lourença, C., Zago, L., Carvalho, D., & Júnior, N. (2023). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Neurocrítico. *Revista ft*, 27. <https://revistaft.com.br/cuidados-de-enfermagem-ao-paciente-neurocritico/>
- Martins, J. B. (2023). *Implementação de um checklist para transporte intra-hospitalar de paciente crítico adulto* [Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre]. <https://repositorio.ufcspa.edu.br/handle/123456789/2375>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory—Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meneses, N. da P., Castelli, I., & Costa Junior, Á. L. (2018). Comunicação de morte encefálica a familiares: Levantamento com profissionais de saúde. *Revista da SBPH*, 21(1), 192–217.
- Moghaddam, H., Manzari, Z. S., Heydari, A., & Mohammadi, E. (2018). Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients: A content analysis. *Electronic Physician*, 10(8), 7205–7216. <https://doi.org/10.19082/7205>
- Moreira, Â. (2023). *O caminho para a excelência do cuidar à pessoa em situação crítica* [Relatório de Estágio]. Universidade Católica. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/41519/1/203323467.pdf>
- Moya, C. R. (2021). *Como escolher o teste estatístico: Um guia para o pesquisador iniciante*. Claudia Moya.
- Navarro-Carrillo, G., Torres-Marín, J., Corbacho-Lobato, J. M., & Carretero-Dios, H. (2020). The effect of humour on nursing professionals' psychological well-being goes beyond

- the influence of empathy: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 474–483. <https://doi.org/10.1111/scs.12751>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática*. (1ª edição). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Neto, J. A. C. (2022). *Metodologia, Modelos e Estatística Aplicados à Pesquisa Científica na Área da Saúde*.
- Nickel, B., Gorski, L., Kleidon, T., Kyes, A., DeVries, M., Keogh, S., Meyer, B., Sarver, M. J., Crickman, R., Ong, J., Clare, S., & Hagle, M. E. (2024). Infusion Therapy Standards of Practice, 9th Edition. *Journal of Infusion Nursing*, 47. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000532>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3ª Edição). McGraw-Hill.
- O’Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing handover: It’s time for a change. *Contemporary Nurse*, 30(1), 2–11. <https://doi.org/10.5172/conu.673.30.1.2>
- OE. (2015, outubro). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE. (2018, julho 16). *Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- OE. (2019a, fevereiro 6). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- OE. (2019b, setembro 25). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- OE. (2020, novembro 12). *Rácio de enfermeiros em Serviços de Medicina Intensiva—COVID*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf

- OE. (2021, outubro 10). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (2023). *Anuário Estatístico*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/estatistica-de-enfermeiros/>
- Oliveira, J., Almeida, L., Fagundes, L., Andrade, K., Paula, V., & Sá, C. (2018). Interruptions in intensive care nursing shift handovers: Patient safety implications. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, e33877–e33877. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.33877>
- Oliveira, P. (2015). O ensino clínico: Influência positiva no desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31782/1/2015_II%20congresso230-236.pdf
- OMS. (2021, agosto 3). *Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030—Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Ornellas, T., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(Nº2), e22055.
<https://doi.org/10.12707/RVI22055>
- Padilha, J. M. dos S. C., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), Artigo 1.
<https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Parveez, M. Q., Yaddanapudi, L. N., Saini, V., Kajal, K., & Sharma, A. (2020). Critical events during intra-hospital transport of critically ill patients to and from intensive care unit. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 135–141.
<https://doi.org/10.4103/2452-2473.290067>
- Peters, M. D., Gofrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. Em *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.

<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Pham, T., Brochard, L. J., & Slutsky, A. S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(9), 1382–1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.05.004>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados intensivos*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Despacho nº 9390/2021, 96 (2021). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Pocinho, M., & Matos, F. (2022). *Metodologias de Pesquisa e de Investigação: Qualitativa, quantitativa, quantiquantitativa, qualiquantitativa e revisões sistemáticas*. https://www.researchgate.net/publication/360061984_Metodologias_de_Pesquisa_e_de_Investigacao_qualitativa_quantitativa_quantiquantitativa_qualiquantitativa_e_revisoes_sistematicas
- Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2020). Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Australian Critical Care*, 33(6), 538–545. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.004>
- Pun, J. (2021). Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context. *BMC Nursing*, 20(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00624-0>
- Pun, J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1021110>
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Raeisi, A., Rarani, M., & Soltani, F. (2019). Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(1), 173. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_460_18
- Ramasubbu, B., Stewart, E., & Spiritoso, R. (2017). Introduction of the identification, situation, background, assessment, recommendations tool to improve the quality of information transfer during medical handover in intensive care. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(1), 17–23. <https://doi.org/10.1177/1751143716660982>

- Ruhatiya, R., Adukia², S., Manjunath, R., & Maheshwarappa, Harish. (2020). Current Status and Recommendations in Multimodal Neuromonitoring. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(5), 353–360. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23431>
- Santos, B. S. dos. (2019). A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: Uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a Saúde*, [90-107].
- Santos, G. R. D. S. D., Barros, F. D. M., Broca, P. V., & Silva, R. C. D. (2019). Communication noise during the nursing team handover in the Intensive Care Unit. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, 1–16. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0014>
- Santos, G. R. D. S. D., Campos, J. F., & Silva, R. C. D. (2018). Handoff communication in intensive care: Links with patient safety. *Escola Anna Nery*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0268>
- Shorey, S., & Wong, P. Z. E. (2021). A qualitative systematic review on nurses' experiences of workplace bullying and implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11), 4306–4320. <https://doi.org/10.1111/jan.14912>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2023). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65–S164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>
- Sousa, P., & Mendes, W. (2019). *Segurança do paciente: Criando organizações de saúde seguras*. Editora FIOCRUZ. <https://books.scielo.org/id/bskw2>
- Souza, C. V. S. de. (2021). O papel da comunicação nas tecnologias do processo de enfermagem. *UNINTER - Saúde e Desenvolvimento*, 10(18), Artigo 18.
- Teixeira, J. M. F., & Oliveira, P. C. A. (2023). A comunicação da equipa na promoção da segurança da pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 3392–3411. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-266>
- Teixeira, S. L. (2023). *PERCEÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA MÉDICO-CIRÚRGICA* [Relatório, Escola Superior de Saúde Norte

- da Cruz Vermelha Portuguesa].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50066/1/Relat%C3%B3rio%20final%20de%20est%C3%A1gio.pdf>
- The Joint Commission International. (2017, setembro 12). *Inadequate hand-off communication*. Department of Corporate Communications.
[https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2024). Nursing Process. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- Toren, O., Lipschuetz, M., Lehmann, A., Regev, G., & Arad, D. (2022). Improving Patient Safety in General Hospitals Using Structured Handoffs: Outcomes From a National Project. *Frontiers in Public Health, 10*, 777678. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777678>
- Tranquada, M. F. (2013). *A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem* [ISCTE - Business School]. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6985/1/master_mariana_fernandes_tranquada.pdf
- ULSSJoao. (2024a). *Medicina Intensiva*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/a-nossa-saude/clinicos/uag-da-urgencia-e-medicina-intensiva/medicina-intensiva>
- ULSSJoao. (2024b). *UAG da Urgência e Medicina Intensiva*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/a-nossa-saude/clinicos/uag-da-urgencia-e-medicina-intensiva>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação—O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª Edição). Edições Sílabo.
- Visiers-Jiménez, L., Suikkala, A., Salminen, L., Leino-Kilpi, H., Löyttyniemi, E., Henriques, M. A., Jiménez-Herrera, M., Nemcová, J., Pedrotti, D., Rua, M., Tommasini, C., Zeleníková, R., & Kajander-Unkuri, S. (2021). Clinical learning environment and graduating nursing students' competence: A multi-country cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences, 23*(2), 398–410. <https://doi.org/10.1111/nhs.12819>
- Weigl, M., Beck, J., Wehler, M., & Schneider, A. (2017). Workflow interruptions and stress atwork: A mixed-methods study among physicians and nurses of a multidisciplinary emergency department. *BMJ Open, 7*(12), e019074. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019074>
- Wibrandt, I., & Lippert, A. (2020). Improving Patient Safety in Handover From Intensive Care Unit to General Ward: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety, 16*(3), 199–210.

<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000266>

- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(1), 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>
- Yetti, K., Dewi, N. A., Wigiarti, S. H., & Warashati, D. (2021). Nursing handover in the Indonesian hospital context: Structure, process, and barriers. *Belitung Nursing Journal*, 7(2), 113–117. <https://doi.org/10.33546/bnj.1293>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Lista de Verificação do TIH

MOMENTO	AÇÕES		VALIDAÇÃO		
			Sim	Não	N/A
Sempre	Comunicação segura entre profissionais	Requisição efetuada (se RMN levar questionário preenchido)			
		Contacto com serviço de destino			
		Composição da equipa de transporte determinada			
		Transmissão formal, entre equipas médica e de enfermagem, da situação clínica do doente e terapêuticas em curso			
Fase pré-transporte	A	Via aérea patente			
		Higiene oral adequada			
		TET ou cânula de traqueotomia fixados			
		TET ou cânula de traqueotomia sem obstrução			
		Pressão de cuff adequada			
	B	Ventilador de transporte operacional			
		Ajuste dos parâmetros ventilatórios			
		Quantidade de O2 adequada para o transporte (com reserva adicional para 30min)			
		Insuflador manual com máscara, reservatório e prolongador (se RMN prolongador de 3 metros)			
	C	Monitor de Transporte operacional			
		Mala de Transporte com fármacos de ressuscitação			
		Baterias do monitor de transporte, seringas e máquinas perfusoras e outros			
		Cabos de alimentação de seringas e máquinas perfusoras e monitor de transporte			
		Perfusões e medicação adequadas (se RMN até 4 máquinas/seringas perfusoras)			
		Acessos venosos e arteriais permeáveis e seguros (se RMN levar material para obturar linha arterial)			
	D	Controlo da Dor			
		Administração de Sedação e/ou Curarização			
	E	Medidas gerais de prevenção de infeção			
		EPIs adequados			
		Retiradas almofadas de posicionamento			
Retirados metais não nobres ou objetos que contenham metal, se RMN (telemóvel, canetas, acessórios)					
Drenos permeáveis					
Sacos de drenagem esvaziados					
Sonda gástrica em drenagem livre					
Pensos limpos e secos					
Fralda limpa					
Fase transporte	Monitorizar a PSC				
	Gerir perfusões e medicação				
	Gerir dispositivos e equipamentos				
Fase Pós-Transporte	Avaliar condições clínicas da PSC				
	Garantir o tratamento de dispositivos e equipamentos (limpeza e conexão a fonte de energia)				
	Repor mala de transporte				

APÊNDICE II – Póster “Capacitação da Família da Pessoa em Situação Crítica com estoma: protocolo de *scoping review*”



CAPACITAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ESTOMA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Elisabete Costa^a Cláudia Mota^a Catarina Pinto^{a*}

^aMestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na ESE/InovaCVE e-mail: elisabete@bma.com
^{*}Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na ESE/InovaCVE e-mail: claudiam@bma.com
^{**}Professora Adjunta Convidada na ESE/InovaCVE e-mail: acpinto@bma.com

INTRODUÇÃO

Cabe ao enfermeiro o compromisso e a responsabilidade de induzir as famílias nos cuidados de saúde mesmo num ambiente tão intenso como as UCI (Unidades de Cuidados Intensivos), pois o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem.⁽¹⁾

A Teoria das Transições de Meleis assume-se cada vez mais pertinente na atual realidade dos cuidados de saúde na medida em que, a pessoa que vive o processo de transição saúde-doença necessita de adquirir novos conhecimentos, alterar comportamentos que proporcionem a mudança, com o objetivo de atingir a adaptação.⁽²⁾

A intervenção centrada na família tem resultados benéficos para a pessoa que vive com estoma com impacto positivo na qualidade de vida constituindo-se uma intervenção terapêutica que pode ser desenvolvida em diferentes campos de atuação.⁽³⁾

A pessoa em situação crítica está numa condição de dependência do outro, por isso, o modelo de cuidados centrado na família encontra espaço no contexto das UCI, na prática de uma enfermagem avançada que procura cuidados holísticos, com respeito pelas necessidades e valores da família, que se deseja um facilitador da recuperação da pessoa.^(4,5)

As guidelines sugerem a educação da família, com recurso a programas de educação que demonstram efeitos positivos ao nível da redução de ansiedade, stress e aumento da satisfação da família com os cuidados.⁽⁶⁾

PALAVRAS-CHAVE

Ostomy, ostomy care, family-centered care, critical care nursing, intensive care units.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Que evidência existe sobre as vantagens de iniciar o processo de capacitação da família sobre os cuidados ao estoma da pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos?

OBJETIVO

Mapear a evidência científica sobre a capacitação da família da pessoa em situação crítica com estoma internada em unidades de cuidados intensivos.

METODOLOGIA

Scoping Review segundo a metodologia JBI.⁽⁸⁾ Este protocolo encontra-se registado na Open Science Framework, com o DOI [10.17605/OSF.IO/EUVRW](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/EUVRW).

Fig 1 - População, Conceito e Contexto.

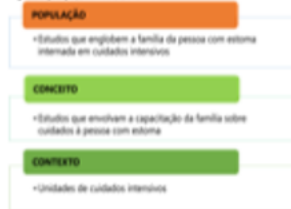


Fig 2 - Exemplo de estratégia de pesquisa e bases de dados.



A estratégia de pesquisa será adequada às bases/repositórios propostos. Serão incluídos estudos em português, inglês, francês e espanhol, sem limitação temporal. A análise de relevância dos artigos, a extração e síntese dos dados será realizada por dois revisores independentes, recorrendo a um terceiro revisor, em caso de conflito.

RESULTADOS

O mapeamento da evidência permitirá identificar em que nível se encontra a investigação sobre este tema. Os resultados serão apresentados de forma descritiva, com recurso a tabelas, tendo em conta o objetivo e o foco da scoping review.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Espera-se que esta scoping review permita a análise dos estudos referentes aos cuidados de enfermagem centrados na família da pessoa em situação crítica com estoma. A pesquisa irá fomentar a reflexão sobre as práticas, com o objetivo de promover uma transição de saúde eficaz para a vida com estoma, com o objetivo de atingir uma qualidade de vida satisfatória para a pessoa e família.

A pessoa em situação crítica com necessidade de analgesia, não consegue iniciar este processo de transição. Incluir a família na abordagem surge como a estratégia de eleição para promover o suporte que a pessoa com estoma necessitará, assim que tiver condições para tomar consciência da sua nova condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CONGRESSO NACIONAL DE ESTOMATERAPIA 2024

**APÊNDICE III – Cartaz “Feixes de Intervenções” para a
Prevenção da Infecção relacionada com o CVC**

“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central

NORMA CLÍNICA DGS: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022

“Feixe de Intervenções” de colocação de CVC:

- Garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC:
 - i. Antes da colocação:
 - avaliar a necessidade da sua utilização;
 - registar a razão da sua necessidade;
 - selecionar o CVC com o número mínimo de lúmens adequado à situação da pessoa.
 - ii. Colocação realizada ou monitorizada por profissional de saúde com treino e competência específica:
 - realizar avaliação de conhecimentos e de adesão às boas práticas.
- Realizar Higiene das Mãos:
 - i. Na avaliação do local de punção e antes da descontaminação da pele;
 - ii. Higiene das mãos e antebraços pelo método de fricção com SABA ou lavagem com sabão antisséptico (técnica de preparação pré-cirúrgica preconizada pela OMS) antes da colocação e depois da descontaminação da pele.
- Usar barreira de proteção máxima :
 - i. Precauções de barreira máxima (bata e luvas estéreis, touca e máscara);
 - ii. Os campos cirúrgicos estéreis devem ser de grande dimensão, de modo a cobrir a maior parte da superfície corporal do doente.
- Realizar antisepsia da pele com clorexidina (CHD) a 2% em álcool:
 - i. Garantir que a pele se encontra limpa antes da desinfecção;
 - ii. Friccionar a pele com CHD a 2% em álcool, de acordo com instruções do fabricante e deixar secar antes da punção;
 - iii. Em pele não íntegra utilizar solução antisséptica aquosa, garantindo tempos de secagem de pelo menos 2 minutos.
- Evitar acesso femoral:
 - i. Selecionar como local de inserção a veia jugular interna ou veia subclávia, de forma a minimizar o risco de infeção;
 - ii. Sempre que o risco de complicações versus benefício de prevenção de infeção o permita, deve privilegiar-se o acesso subclávia;
 - Documentar com texto pré-definido a colocação do CVC, documentando as intervenções do feixe, incluindo o local e motivo da escolha se femoral.

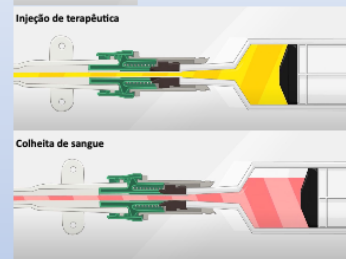
“Feixe de Intervenções” de manutenção de CVC:

- Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC:
 - i. Retirar de imediato o CVC em caso de não ser necessário;
 - ii. Documentar o motivo de manutenção do cateter e tempo de permanência diariamente.
- Realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC:
 - i. Antes da manipulação do CVC;
 - ii. Utilizar técnica no-touch nos pontos de acesso ao mesmo.
- Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico:
 - i. Usar técnica asséptica antes de, qualquer conexão, infusão ou aspiração;
 - ii. Descontaminar com material de uso único e estéril, com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos, e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril;
 - iii. Se forem utilizados conectores de infusão, preferir os de tecnologia com septo dividido e evitar as válvulas mecânicas, devido à possibilidade de risco acrescido de infeção;
 - iv. Prolongamentos, torneiras, conectores e sistemas de infusão e sistemas de transdução de pressão devem ser substituídos com uma regularidade de 96 horas (ou de acordo com recomendação do fabricante), exceto quando visivelmente sujos ou perante suspeita de infeção;
 - v. Substituição de tampa por outra compatível e estéril a cada utilização;
 - vi. Os sistemas de infusão de hemoderivados e emulsões lipídicas não devem permanecer mais de 12h e 24h, respetivamente, e no caso das infusões de propofol, 6 a 12 horas;
 - vii. Limpeza e desinfecção das bombas e seringas infusoras pelo menos a cada 24 horas e após alta;
 - viii. Não há nenhuma recomendação relativamente ao uso de um lúmen designado para nutrição parentérica.
- Usar técnica asséptica na realização do penso:
 - i. Para realização do penso após inserção: limpar o local de inserção com técnica asséptica e CHD a 2% em álcool;
 - ii. Mudar o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições:
 - Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - Penso com compressa: até 48 horas após sua realização;
 - Penso transparente: 7 dias após sua realização.
- Desenvolver treino e competência na manutenção do CVC:
 - i. A manipulação do CVC deve ser realizada por profissional com treino e competência;
 - ii. A avaliação periódica de conhecimentos e de adesão às boas práticas deve ser realizada.

Exemplo de conector de infusão com septo dividido:



- Espaço morto reduzido
- Septo dividido
- Membrana desinfetável
- Barreira Microbiana eficaz
- Lúmen linear



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=QQnrds7pa2Q>

Além das medidas preconizadas nos “Feixes de Intervenções”, outras medidas adicionais poderão ser adotadas de forma generalizada ou, pontualmente:

- No momento da colocação do cateter vascular central o uso de óculos de proteção acresce à segurança desses profissionais.
- Nos momentos de manipulação do cateter vascular central, a técnica asséptica no-touch pode ser utilizada em alternativa ao uso de luvas estéreis. No entanto, nos procedimentos mais complexos e se houver contacto com as partes consideradas críticas (ex.: pontas de seringas, lúmen, topos de ampolas, etc) que, se contaminadas, têm maior probabilidade de causar infeção, é de preferir a utilização de luvas estéreis.

Cartaz elaborado por: Elisabete Costa
Aluna 3ª Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Dezembro de 2023

**APÊNDICE IV – Póster “Perceção dos Enfermeiros acerca da
Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em
Situação Crítica – projeto de investigação”**

APÊNDICE V – Instrumento de recolha de dados

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

Exma Senhora Enfermeira/ Exmo Senhor Enfermeiro
Cara/o Colega

O meu nome é Elisabete Costa, sou enfermeira e mestranda no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, sob orientação da Professora Adjunta Convidada Catarina Pinto.

Estou a realizar um estudo de investigação sob o título: "Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica" que tem como objetivos: caracterizar a comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados da pessoa em situação crítica, com base na perceção dos enfermeiros; identificar a perceção dos enfermeiros sobre quais os fatores condicionantes da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica e conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a pertinência da informação transmitida durante a transição de cuidados da pessoa em situação crítica.

Para tornar este estudo possível, convidam-se os enfermeiros com exercício profissional em contextos da prática de cuidados à pessoa em situação crítica, a nível nacional, a preencher este questionário.

A participação é totalmente voluntária e poderá ser interrompida em qualquer momento. As respostas só serão válidas se o questionário for preenchido na sua totalidade., o que requer cerca de 5 minutos.

Este questionário é anónimo, garantindo o princípio de confidencialidade.

Qualquer esclarecimento adicional por favor contactar: elisabete costa@me.com
Grata pela colaboração.

Investigador Responsável: Elisabete Costa

* Indica uma pergunta obrigatória

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

1. Declaro ter compreendido o enquadramento e os objetivos do estudo fornecidos * pelo investigador, que se encontra disponível para qualquer esclarecimento adicional necessário.

Declaro que foram assegurados os princípios de confidencialidade e garantida a inexistência de prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar em qualquer momento.

Assim, devidamente esclarecido(a):

Marcar tudo o que for aplicável.

- Aceito participar neste estudo de forma voluntária, dando o meu consentimento, confirmando que fui esclarecido (a) sobre as condições do mesmo.

Parte I

Caracterização socioprofissional

2. Género: *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Outro

Outra: _____

3. Idade: *

4. Tempo de exercício profissional (anos completos): *

5. Tempo de exercício profissional em contexto de cuidados à pessoa em situação * crítica (anos completos):

<https://docs.google.com/forms/d/1dUw2u3EzVkm9j34PgtCvdJbn4Rk11Nw-kxIbiOtc-Sw/edit>

2/16

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

6. Serviço onde exerce funções atualmente: *

Marcar apenas uma oval.

- Unidade de Cuidados Intensivos e/ou Intermédios
- Serviço de Urgência
- Bloco Operatório
- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
- Extra-hospitalar
- Outro

7. Se respondeu "Outro", qual o serviço?

8. Grau académico: *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

9. Tem título de especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (independentemente de ser reconhecido ou não como especialista no contexto de trabalho)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

<https://docs.google.com/forms/d/1dUw2u3EzVkm9j34PgtCvdJbn4Rk1INw-kxIbiOtc-Sw/edit>

3/16

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

10. Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, indique qual a sua área de especialidade.

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátria
- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Familiar.
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

11. Localização geográfica da instituição: *

Marcar apenas uma oval.

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

Parte II

Versão Traduzida por Tranquada (2013) do Questionário "Nursing Handover: It's time for a change" de O'Connel et al. (2008)

<https://docs.google.com/forms/d/1dUw2u3EzVkm9j34PgtCvdJbo4Rk11Nw-kxIbiOtc-Sw/edit>

4/16

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

12. 1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

13. 2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

14. 3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

15. 4. A informação transmitida é atualizada. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

<https://docs.google.com/forms/d/1dUw2u3EzVkm9j34PgtCvdJbo4Rk11Nw-kxIbiOtc-Sw/edit>

5/16

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

16. 5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

17. 6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

18. 7. A duração da passagem de turno é adequada. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

<https://docs.google.com/forms/d/1dUw2u3ErVkm9j34PgtCvdJbn4Rk11Nw-kxIbiOtc-Sw/edit>

6/16

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

19. 8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

20. 9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

21. 10. A informação transmitida é subjetiva. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

22. 11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

23. 12. A informação é transmitida de forma estruturada. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

24. 13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

25. 14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

26. 15. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

27. 16. É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

28. 17. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o *
cuidado dos doentes.

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

29. 18. Sinto que há informação importante que não é transmitida. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

30. 19. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar *
rapidamente.

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

31. 20. Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

32. 21. Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

33. 22. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

<https://docs.google.com/forms/d/1dUw2u3EzVkm9j34PgtCvdJbn4Rk1INw-kxIhtOtc-Sw/edit>

11/16

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

34. 23. É importante reformular a estrutura das passagens de turno. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo Totalmente
 Concordo Parcialmente
 Discordo Parcialmente
 Discordo Totalmente

Parte III

Perceção dos enfermeiros sobre fatores condicionantes e metodologia ISBAR

35. 1. Conhece a norma da DGS (2017): "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

36. Identifica fatores condicionantes da comunicação nos momentos de transição de cuidados? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

37. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, indique que fatores, condicionantes da comunicação, identifica nos momentos de transição de cuidados da pessoa em situação crítica?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Interrupções por profissionais de outras classes
- Falta de clareza na comunicação
- Não uso de instrumento padronizado
- Toques de alarmes
- Distrações entre os enfermeiros presentes
- Conversas paralelas
- Baixo tom de voz do profissional emissor
- Intercorrências relacionadas com a assistência à pessoa-alvo dos cuidados

38. Conhece a metodologia de transmissão de informação ISBAR? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

39. O momento de transição de cuidados do seu serviço tem por base algum instrumento padronizado para a transmissão de informação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

40. A sua instituição normatizou o uso metodologia ISBAR para a transmissão de informação durante a transição de cuidados? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

41. O momento de transição de cuidados do seu serviço tem por base a metodologia ISBAR para a transmissão de informação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

42. Reconhece vantagens ao uso da metodologia ISBAR? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

43. Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, indique quais as duas principais vantagens do instrumento padronizado ISBAR, na sua opinião.

Marcar tudo o que for aplicável.

- Fácil de memorizar
- Promotor da segurança
- Diminui do tempo de duração do momento de transição de cuidados
- Método para padronizar a comunicação
- Facilita a tomada de decisão
- Promove o pensamento crítico
- Promove a integração de novos profissionais
- Outra

44. Se respondeu "Outra" anteriormente indique que outra vantagem reconhece à metodologia ISBAR?

45. Reconhece desvantagens ao uso da metodologia ISBAR? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

28/11/23, 15:57

Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

46. Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, indique quais as duas principais desvantagens da metodologia ISBAR, na sua opinião.

Marcar tudo o que for aplicável.

- Aumenta o tempo do momento de transição de cuidados
- Necessidade de formação/treino para uma boa aplicabilidade
- Técnica de difícil memorização
- Limitadora da informação a transmitir
- Outra

47. Se respondeu "Outra" anteriormente indique que outra desvantagem reconhece à metodologia ISBAR?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

Elisabete Costa.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**APÊNDICE VI – Póster “Instrumentos de Avaliação da
Comunicação entre Enfermeiros na Transição de Cuidados,
validados para Portugal: protocolo de *scoping review*”**

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS, VALIDADOS PARA PORTUGAL: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Elisabete Costa*, Catarina Pinto**

*Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na ISSNopenCUP; **Professora Adjunta, Convidada na ISSNopenCUP



INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros define que a passagem de turno tem como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados, através da transmissão verbal de informação, servindo à transição de cuidados e à transferência de responsabilidade.⁽¹⁾

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes assume a comunicação como fundamental para a segurança no processo de transição de cuidados.⁽²⁾

A Direção-Geral da Saúde define que a transmissão de informação nos momentos de transição de cuidados, deve estar assente numa ferramenta de padronização de informação reconhecida por promover a comunicação eficaz entre profissionais e dessa forma garantir a segurança nos cuidados.⁽³⁾

O ambiente da transição de cuidados pode ser influenciado por fatores como não uso de instrumentos padronizados, interrupções várias (toque de alarmes, conversas paralelas), baixo tom de voz do emissor e até intercorrências durante a prestação de cuidados.⁽⁴⁾

A percepção dos enfermeiros sobre a comunicação na transição de cuidados é muito variada⁽⁵⁾, pelo que encaramos como necessário um estudo aprofundado dessas percepções.

A utilização de instrumentos de avaliação da comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados, afigura-se como uma estratégia efetiva para conhecer essas percepções.

PALAVRAS-CHAVE
Patient handoff, communication, patient safety, surveys and questionnaires.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

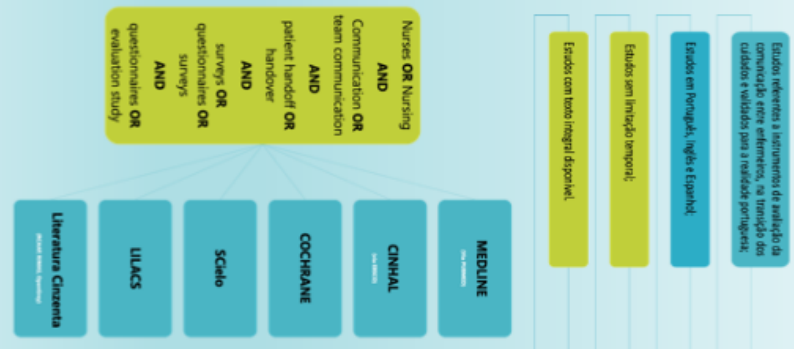
Que instrumentos existem, validados para a realidade portuguesa, de avaliação da comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados?

OBJETIVO

Mapear os instrumentos de avaliação da comunicação entre enfermeiros, durante a transição de cuidados, validados transculturalmente para a realidade portuguesa.

METODOLOGIA

Scoping Review segundo a metodologia JBI.⁽⁶⁾



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O mapeamento da evidência permitirá identificar os instrumentos de avaliação da comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados, validados para a realidade portuguesa.

Os resultados serão apresentados segundo as diretrizes do PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).⁽⁷⁾

A informação extraída dos artigos incluídos será apresentada de forma descritiva, com recurso a tabelas, tendo em conta o objetivo e o foco da scoping review.

CONCLUSÕES

Espera-se que esta scoping review permita a análise dos estudos referentes aos instrumentos de avaliação da comunicação entre enfermeiros na transição de cuidados, validados para o contexto português.

A utilização de instrumentos de medida adequados irá fomentar a reflexão sobre as práticas, promover a comunicação eficaz durante a transição de cuidados e consequentemente, a qualidade e segurança em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE VII – Tabela com todas as questões e categorias de resposta

Questão/Item	Discordo Totalmente (%)	Discordo Parcialmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Concordo Totalmente (%)
1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida	0,44	1,75	52,63	45,18
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	0,88	5,26	56,14	37,72
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar	0,88	7,89	64,91	26,32
4. A informação transmitida é atualizada	0,44	6,14	54,82	38,60
5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes	0,00	6,58	52,63	40,79
6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi	1,32	5,26	32,02	61,40
7. A duração da passagem de turno é adequada	7,02	20,61	41,67	30,70
8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes	3,95	12,72	49,56	33,77
9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente	7,02	19,30	46,05	27,63
10. A informação transmitida é subjetiva	10,96	39,47	45,61	3,95
11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	6,58	16,23	57,02	20,18
12. A informação é transmitida de forma estruturada	6,14	11,84	59,21	22,81
13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes	11,84	21,93	46,49	19,74
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço	5,26	7,89	40,35	46,49
15. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno	10,96	27,63	42,98	18,42
16. É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno	3,95	14,91	41,67	39,47
17. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes	10,96	20,61	46,05	22,37
18. Sinto que há informação importante que não é transmitida	7,89	20,18	46,49	25,44
19. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente	14,47	28,51	39,04	17,98
20. Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno	5,70	25,44	42,54	26,32
21. Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno	8,33	15,35	32,02	44,30
22. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso	27,63	32,02	35,09	5,26
23. É importante reformular a estrutura das passagens de turno	5,70	17,11	39,04	38,16

ANEXOS

**ANEXO I – Certificado de apresentação do Póster
“Capacitação sa Família da Pessoa em Situação Crítica Com
Estoma: protocolo de *scoping review*”**



Diversidade e Sustentabilidade em Estomatoterapia

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Elisabete Carla Lopes da Costa

Ana Cláudia Reis Mota

Ana Catarina Pereira Pinto

Participaram com o Póster intitulado “Capacitação da família da pessoa com situação crítica com estoma: Protocolo de scoping review”, no Congresso Nacional de Estomatoterapia 2024, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatoterapia, no dia 23 e 24 de fevereiro, no Centro de Congressos Évora Hotel, em Évora, num total de 14 horas.



Carla Cristina Gomes Rocha
Carla Cristina Gomes Rocha
(Comissão Científica)

Claudia Rocha Silva
Cláudia Rocha Silva
(Presidente APECE)

ANEXO II – Certificado de apresentação do Póster “Perceção dos Enfermeiros acerca da Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica – projeto de investigação”



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que o trabalho, em formato de Póster, intitulado: *"Perceção dos Enfermeiros acerca da Comunicação na Transição de Cuidados da Pessoa em Situação Crítica"* da autoria de **Elisabete Costa, Catarina Pinto**, foi apresentado pela autora **Elisabete Costa**, no *I Congresso Internacional da APAPEnf+ - Diversidade, Inclusão e Valorização nos Ambientes de Prática de Enfermagem*, que se realizou no Auditório do Centro de Reabilitação do Norte – Portugal, no dia 15 de junho de 2024.

Senhora da Hora, 30 de junho de 2024

O Presidente da Comissão Organizadora do
I Congresso Internacional da APAPEnf+

(João Ventura)

Site: <https://www.apapenf.com/>
Telefone: +351 910 050 871
E-mail: apapenf.geral@gmail.com



**ANEXO III – Autorização da autora da versão portuguesa da
escala elaborado por O’connell et al. em 2008, Mariana
Tranquada (2013)**

★ Mariana Tranquada

14 de outubro de 2023, 09:10



Re: Solicitação de Autorização de Utilização de Instrumentos de colheit... [Detalhes](#)

Para: Elisabete Costa

Bom dia Elisabete,

Tem autorização para utilizar o questionário referido no seu e-mail.

Bom trabalho e Votos de sucesso,
Mariana Tranquada

No dia 12/10/2023, às 23:09, Elisabete Costa <elisabetecosta@icloud.com> escreveu:

[Ver mais de Elisabete Costa](#)

Elisabete Costa

12 de outubro de 2023, 23:09



Solicitação de Autorização de Utilização de Instrumentos de colheita de... [Detalhes](#)

Para: Mariana Tranquada

Boa noite,

Eu, Elisabete Lopes da Costa, aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilização da versão traduzida para a realidade portuguesa do questionário "Nursing handover: It's time for a change" (O'Connel, B.; Macdonald, K. e Kelly, C., 2008), usado na tese de mestrado "A comunicação durante a transição das equipas de enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português" (Tranquada, 2013).

A utilização do instrumento supra integrará o trabalho de investigação intitulado "Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica", a desenvolver no contexto da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica II - componente de investigação do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Mestre Catarina Pinto.

Comprometo-me a referenciar o seu estudo em toda a divulgação e produção científica associada a este estudo de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Elisabete Costa.

**ANEXO IV – Certificado de apresentação do póster
“instrumentos de avaliação da comunicação entre
enfermeiros na transição de cuidados, validados para
portugal: protocolo de *scoping review*”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que o **póster "Instrumentos de avaliação da comunicação entre Enfermeiros na transição de cuidados, validados para Portugal: protocolo de scoping review"** da autoria de Elisabete Costa e Catarina Pinto foi apresentado por **Elisabete Costa** nas **I Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos: Realidade ou Utopia**, realizadas no dia 25 de novembro de 2023, no Auditório Municipal da Póvoa de Varzim.

Senhora da Hora, 27 de novembro de 2023

A Presidente da Direção da APAPEnf+

Assinado por: Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Num. de identificação: 11989024
Data: 2023.12.10 22:19:39+00'00'



(Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro)

Site: <https://www.apapenf.com/>
Telefone: +351 910 050 871
E-mail: apapenf.geral@gmail.com



**ANEXO V – Parecer nº 002/2024 da Comissão de Ética da
ESSNORTECVP**



**APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 002/2024	Código: 2023.042	Data: 11 de janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Perceção dos enfermeiros acerca da comunicação na transição de cuidados da pessoa em situação crítica

Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: L4 - Sistemas e Tecnologias da Informação & Simulação

Investigador responsável: Elisabete Carla Lopes da Costa	Protocolo (se aplicável): N/A
---	--------------------------------------

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novalis, Aida Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

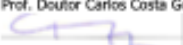
Resumo do Parecer/Recomendações:

- Este estudo é importante para a área científica e evidencia os aspetos éticos,

CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 11 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
------------------------------------	--

