



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

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

Beatriz Nogueira Cândido da Silva

COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO  
DE CUIDADOS DE SAÚDE EM  
ENFERMAGEM NOS CUIDADOS  
INTENSIVOS

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA**

**COMUNICAÇÃO**  
**NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM**  
**ENFERMAGEM NOS CUIDADOS INTENSIVOS**

Relatório Final de Estágio

**Beatriz Nogueira Cândido da Silva**

Relatório Final de Estágio apresentada 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 do Professor Mestre André Leão

Oliveira de Azeméis | 2023



*“Se podes olhar, Vê. Se podes ver, repara.” Saramago (1995).*



## **AGRADECIMENTOS**

---

Ao Professor Mestre André Leão, pela orientação pedagógica dos estágios e pela elaboração deste trabalho, incluindo a realização do projeto de investigação, pela sua disponibilidade imediata, incentivo, força e motivação durante este percurso final.

A todas as equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica e da UCIP que contactei, pela disponibilidade, pela forma como receberam, integraram e partilharam todo o conhecimento e experiências que me acrescentaram no que diz respeito à Pessoa em Situação Crítica.

À Enfermeira Especialista da Médico-cirúrgica Francisca Maia, por ter aceite ser revisora no meu projeto de investigação, pela disponibilidade e dedicação.

À minha família e amigos pela paciência, pela preocupação e pelo carinho e motivação.

Muito obrigada.



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

---

ABCDE – A-Via Aérea; B-Ventilação; C-Circulação; D-Disfunção neurológica; E-Exposição

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CGM – Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães

CHAT – *Clinical Handover Assessment Tool*

CIAV – Centro de Informações Anti-veneno

CIS - Sistema de Informação Clínica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU-MAR - Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar

CONOR - Centro Operacional do Norte

COSUL - Centro Operacional do Sul

COVID 19 – *Coronavirus Disease 2019*

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EHR - *Electronic health record*

eMDS - *Evidence-based structured electronic minimum data set*

ENHS - *Electronic Nursing Handover System*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

I PASS - *Illness Severity, Patient Summary, Action List, Situation Awareness and Contingency Plans, Synthesis by Receiver*

I PASS THE BATON – *Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety concerns, Background, Actions*

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações/ *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

ISOBAR – *Identity, Situation, Observations, Background, Acorded plan, Read back*

LASA - *“Look alike” “Sound alike”*

MCT- *MICU Communication Tool*

MICU - Unidade de Cuidados Intensivos Médica

NSR - *Nursing Summary Report*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIH – Reanimação Intra-hospitalar

SarsCov2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SBAR – *Situation, Background, Assessment, Recommendation*

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado Emergência Médica

SIRESP – Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB - Serviços de Urgência Básica

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

---

No âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, emerge este relatório, fruto do estágio II que foi dividido em dois momentos, um no Pré-hospitalar e o outro numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

O contexto dos dois estágios foi escolhido com o intuito de conhecer o percurso do doente crítico desde o Pré-hospitalar até a uma Unidade de Cuidados Intensivos.

Este relatório pretende evidenciar através de uma análise crítico-reflexiva, o trabalho realizado durante os dois momentos de estágio onde foram adquiridas e desenvolvidas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Enfermagem Médico-cirúrgica e Competências Específicas da Pessoa em Situação Crítica.

O objetivo específico neste estágio foi desenvolver competências no domínio da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, nomeadamente, na transmissão de informação, através da técnica ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações), no contexto do Pré-hospitalar e no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, promovendo a segurança da Pessoa em Situação Crítica e do profissional de saúde, neste caso, os enfermeiros.

A transição de cuidados de saúde é um momento crucial e de grande vulnerabilidade para a pessoa que recebe cuidados. Uma comunicação eficaz nesse contexto tem um impacto considerável na segurança, pela possibilidade de perda ou omissão de informação e conseqüente risco de erro que compromete a qualidade e continuidade de cuidados.

Nesta perspetiva, surge integrado neste relatório um projeto de investigação, a realização de uma Scoping Review, que resulta da pretensão de identificar quais as técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados de saúde em cuidados intensivos, por forma a potenciar a melhoria e a continuidade de cuidados de saúde.

No estudo foram identificadas 14 técnicas de comunicação na transição de cuidados de saúde em cuidados intensivos utilizadas pelos enfermeiros e foram agrupadas em 3 categorias (5 estruturadas, 7 informatizadas e 2 não estruturadas).

Os resultados indicam que existe uma variabilidade de técnicas de transmissão de informação na transição de cuidados utilizada por enfermeiros em cuidados intensivos. Observa-se, porém, uma tendência na aplicação das técnicas de comunicação com base informática, podendo estas técnicas agregar informação proveniente de outras plataformas de uso clínico. Independentemente da técnica utilizada, encontrou-se vantagens na sua

utilização no que respeita à transmissão de informação, segurança da pessoa cuidada, qualidade dos cuidados e redução do erro.

Todo o trabalho de investigação desenvolvido aliado à experiência adquirida em ambos os contextos de estágio, relevou-se de extrema importância no que concerne ao percurso académico uma vez que permitiu aprofundamento de conhecimento científico, reflexão sobre as práticas realizadas em cada contexto e desenvolvimento e aprofundamento das várias competências de diferentes dimensões da enfermagem no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa nomeadamente em situação crítica.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Transição de Cuidados, Cuidados Intensivos.

## **ABSTRACT**

---

The execution of this work comes under the curricular unit Report of the 2th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialising in Person in Critical Situation, of the Red Cross Superior Nursing School. This report focuses on the II curricular unit - clinical practice in Medical-Surgical Nursing, developed in the Pre-Hospital and the Intensive Care Unit.

The choice of context of these two internships stems from gaining exposure to the paths of critically ill patients from Pre-hospital care to the Intensive Care Unit.

This report aims to highlight, through a critical-reflexive analysis, the work carried out during the two stages of internship where Common Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing and Specific Competencies of Persons in Critical Situations were acquired and developed.

The specific objective of this internship was to develop competences in the field of effective communication in the transition of healthcare, in particular conveying information through the ISBAR technique (Identification, Current Situation, Background, Assessment, Recommendations), in both the pre-hospital and the Intensive Care Unit contexts, promoting the safety of Critically Ill Persons and health professionals, in this case nurses.

The care transition is a crucial moment of great vulnerability for the person receiving care. Effective communication in this context provides a considerable impact on safety due to the scope for loss or omission of information and the consequent risk of error, which jeopardises both the quality and continuity of care.

Within this perspective, a research project is included in this report, the carrying out of a Scoping Review, which aims to identify the communication techniques applied by nurses in the handoff in the intensive care unit in order to enhance improvement and continuity of care.

The study identified 14 communication techniques deployed by nurses in intensive care transitions and grouped them into three categories (five structured, seven computerised and two unstructured).

The results indicate there is variability in the information transmission techniques applied in care transitions undertaken by intensive care nurses. Furthermore, there is a trend towards applying computer-based communication techniques, with these techniques being able to aggregate information from other platforms for clinical use. Regardless of the technique used, advantages were found in its use with regard to the transmission of information, safety of the person being cared for, quality of care and reduction of errors.

All the research work carried out, combined with the experience gained in both internship contexts, was extremely important with regard of the academic path as this enabled the advancing of scientific knowledge, reflecting on the practices carried out in each context and developing and deepening various competences in the different dimensions of nursing and providing care to people, particularly those in critical situations.

**Key words:** Medical-Surgical Nursing, People in Critical Situations, Transition of Care, Intensive Care.

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1 - Protocolo Scoping Review.....	59
Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção do estudo.....	59
Tabela 3 - Palavras-chave, descritores Mesh/Desh. ....	60
Tabela 4 - Categorias das técnicas de transição de cuidados identificadas no estudo. ....	62
Tabela 5 - Seleção por Análise Integral.....	91



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

---

Figura 1 - Fluxograma PRISMA referente ao processo de seleção de artigos da pesquisa ... 61



## ÍNDICE GERAL

---

---

INTRODUÇÃO .....	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO .....	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio .....	25
1.1. Estágio em contexto de Pré-hospitalar .....	25
1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos .....	27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	29
2.1. Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	29
2.2. Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	31
2.3. Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados .....	34
2.4. Competências no Domínio Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais ...	36
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica .....	39
4. Considerações finais .....	45
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO .....	47
RESUMO .....	49
ABSTRACT .....	51
1. Fundamentação/enquadramento teórico .....	53
2. Finalidade e objetivos .....	57
3. Metodologia .....	58
5.1. Desenho do estudo .....	58
5.2. Considerações éticas .....	60
4. Resultados .....	61
6.1. Seleção dos estudos .....	61
6.2. Categorização e síntese de dados .....	62
5. Discussão .....	71

6. Conclusão .....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
ANEXOS .....	84
ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE SEGURANÇA DO DOENTE NO PRÉ-HOSPITALAR	85
ANEXO II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE VIA VERDE CORONÁRIA .....	88
ANEXO III: TABELA DE EXTRAÇÃO DE ARTIGOS.....	90

## INTRODUÇÃO

---

No âmbito da unidade curricular estágio II Enfermagem Pessoa em Situação Crítica do 1.º semestre do 2.º Curso de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, será elaborado um relatório que fará parte integrante da avaliação e tem como objetivo patentear as competências comuns e específicas adquiridas ao longo do estágio não olvidando a integração de uma componente de investigação.

O estágio compreendeu dois momentos, o primeiro realizado no Pré-Hospitalar no período de 3 de outubro a 9 de dezembro, e o segundo momento, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente no período compreendido entre 12 de dezembro de 2022 a 8 de março de 2023.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica abrange todo um conjunto de saberes que o capacita ao exercício da função, com elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde na sua área de intervenção e com um perfil integrado de um conjunto de competências, quer comuns, quer específicas para o seu agir.

Este relatório terá como referência teórica, Benner, uma vez que resulta da construção de um caminho para me tornar uma enfermeira perita, desenvolvendo a sabedoria clínica no cuidado a doentes críticos e as competências específicas do enfermeiro especialista (Benner, 2001).

O enfermeiro perito é o enfermeiro com uma grande e vasta experiência, dotado de um olhar intuitivo de um problema clínico potencial ou existente. Este, foca a sua atenção não só exclusivamente no problema, mas também nas múltiplas dimensões da situação. (Benner, 2001).

Na Teoria de Medio Alcance da Benner refletida na sua obra, De Iniciado a Perito (2001), as enfermeiras peritas sabem que, em todos os casos, uma avaliação definitiva do estado do doente não pode ser satisfeita por pressentimentos vagos, mas aprenderam com a experiência a deixar as suas perceções guiá-las à evidência confirmativa. Os peritos não se guiam exclusivamente pelas intuições, não as ignorando, pelo que, podem levar à identificação precoce de um problema e até à sua confirmação.

No caso nos cuidados de enfermagem, a perícia, no que diz respeito à tomada de decisões humanas complexas, torna exequível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os

conhecimentos baseados na evidência incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner 2001).

No processo de tomada de decisão complexo, a prestação de cuidados exige que, os enfermeiros especialistas, sejam capacitados na utilização do pensamento crítico, com base na evidência científica, que os torne capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades muito variadas e exigentes das pessoas (Benner, 2001).

O caminho percorrido neste mestrado teve como meta seguir o percurso da Pessoa em Situação Crítica desde o Pré-hospitalar, passando pelo Serviço de Urgência e finalizando na Unidade de Cuidados Intensivos de forma a perceber de que maneira o enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica é uma mais-valia nas suas áreas de intervenção. Durante o decorrer do estágio elegeram-se como área específica de atenção e intervenção a qualidade e a segurança do doente onde se enquadra a comunicação no momento da transição de cuidados de saúde.

A evidência científica demonstra que a comunicação ineficaz está associada a elevados números de erros nos cuidados de saúde no que concerne à transição de cuidados.

As Unidades de Cuidados Intensivos, são serviços que prestam cuidados de saúde a pessoas em situação crítica, de alta vulnerabilidade que pela sua complexidade e gravidade já estão expostas a grande risco de erro.

Nestes serviços, a equipa de enfermagem está exposta a elevados níveis de stress, enquadrado na complexidade dos cuidados e exigência dos mesmos (World of Critical Care Nursing, 2015).

O desgaste e a gestão de conflitos inerente à atividade, podendo resultar na deterioração da qualidade dos cuidados, o que requer alguma atenção aquando da comunicação existente nas UCI (World of Critical Care Nursing, 2015).

A existência de uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos, nutricionistas...) nas UCI que partilhem entre si a informação da pessoa que está a ser cuidada, também promove a segurança e a melhoria dos cuidados (World of Critical Care Nursing, 2015).

A segurança e a sua promoção, para as pessoas internadas em UCI é de extrema relevância uma vez que são pessoas em situação crítica e inseridas num ambiente complexo (World of Critical Care Nursing, 2015).

A estrutura deste relatório está dividida em dois capítulos componente de estágio e componente de investigação.

A componente do estágio remete para uma abordagem critico-reflexiva onde é realizada uma contextualização de cada local de estágio, especificamente em contexto Pré-hospitalar

e em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, uma reflexão das competências comuns da Enfermagem Médico-cirúrgica e competências específicas na área da Pessoa em Situação Crítica e ainda algumas considerações finais.

No que diz respeito à componente de investigação procurou-se mapear quais as técnicas existentes no que se refere à comunicação na transição de cuidados de saúde em cuidados intensivos com a pretensão de identificar qual a técnica que se denota mais eficiente, por forma a potenciar a melhoria de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros. Para tal, recorreu-se a uma revisão da literatura tipo Scoping, que será efetuada segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute, respeitando a lista de verificação PRISMA-ScR (Aromataris & Munn, 2020).

O trabalho de investigação principia com o enquadramento teórico de forma a contextualizar o tema da Comunicação na Transição de Cuidados de Saúde em Enfermagem nos Cuidados Intensivos. O segundo momento refere-se ao enquadramento metodológico, expondo a estrutura que norteou toda a investigação, nomeadamente a contextualização, a finalidade, os objetivos, o tipo de estudo e a seleção dos dados. Por fim, a apresentação e discussão de resultados obtidos na investigação. Concluindo com exposição de algumas implicações na prática clínica e sugestões de melhoria.



## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---



## 1. Enquadramento dos contextos de estágio

---

O contexto de Estágio de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica II foi composto por dois momentos, um realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica e outro realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central do Norte.

### 1.1. Estágio em contexto de Pré-hospitalar

O contexto de estágio do Pré-hospitalar permitiu desenvolver competências exigidas de mestria da Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica.

O INEM é, segundo o Decreto-Lei 124/2011 de 29 de dezembro, no seu artigo 16.º, ponto 1, p.5495, o organismo do Ministério da Saúde que tem por missão *“definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde”*.

O SIEM, compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referência do doente urgente/emergente (INEM, 2013).

Este sistema é complexo e inclui como intervenientes os operadores de central das centrais de emergência, os operadores de central dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), os agentes da polícia de segurança pública e guarda nacional republicana, agentes da proteção civil, bombeiros, tripulantes de ambulância, médicos e enfermeiros pré-hospitalares e hospitalares, pessoal técnico hospitalar e, por fim, o cidadão que frequentemente é o responsável do alerta inicial (INEM, 2013).

Figurativamente, o SIEM é representado pela Estrela da Vida, onde cada uma das pontas corresponde a uma ação vital para efetivar o objetivo final de salvar a vítima nomeadamente, a deteção da vítima, a realização do alerta através da chamada ao 112, o pré-socorro através de ações simples antes da chegada da ajuda, a prestação do socorro no local do acidente, cuidados durante o transporte com equipamento e tripulação adequada às necessidades, finalizando com a transferência e tratamento definitivo na unidade de saúde (INEM, 2013).

A resposta a uma emergência inicia-se com o pedido de socorro através do Número Europeu de Emergência 112. Segundo o Despacho n.º 8591–D/2016, o projeto 112 estabelece o atendimento em dois centros operacionais no continente: o Centro Operacional do Sul (COSUL) e o Centro Operacional do Norte (CONOR). Os centros operacionais recebem

todas as chamadas de emergência encaminhando as referentes à emergência médica para o CODU (INEM, 2013).

O CODU realiza a triagem de chamadas por índice de gravidade e coordena todos os meios de emergência médica em Portugal Continental. Após receção do pedido de ajuda, o CODU, recorre a ambulâncias, a motos, a viaturas médicas de emergência e reanimação e serviço de helicópteros de emergência médica, mediante a situação em questão (INEM, 2013).

Relativamente aos meios diferenciados, as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), surgiram em 2007 e totalizam 42 unidades. São meios que permitem administração de fármacos, telemetria, realização de atos terapêuticos invasivos mediante protocolos aplicados sob supervisão dos médicos reguladores existentes no CODU. A sua tripulação é constituída por um Enfermeiro com curso SIV e por um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH). Estas ambulâncias estão, na sua maioria, colocadas em Serviços de Urgência Básica (SUB) conforme Despacho n.º 5561/2014 que definiu as regras gerais para a sua integração (INEM, 2013).

Existem igualmente meios para o atendimento pediátrico. O Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco e Pediatria que é um serviço de transporte inter-hospitalar de emergência, direcionada para o transporte e estabilização de bebés prematuros, recém-nascidos e crianças em situação de risco de vida entre os 0 aos 18 anos de idade (menos um dia), para hospitais com Unidades de Neonatologia, Cuidados Intensivos Pediátricos e/ou determinadas especialidades ou valências. As ambulâncias deste subsistema são tripuladas por um médico especialista e um enfermeiro, que pertencem ao hospital onde a ambulância estiver alocada (INEM, 2013).

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) tem como objetivo maior a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico, durante o transporte, de vítimas de acidente ou doença súbita. A equipa é composta por médico e enfermeiro, dispõe de equipamento de suporte avançado de vida para situações de emergência médica e de trauma.

O Serviço de Helicópteros de Emergência é composto por quatro aeronaves a nível nacional e é utilizado no transporte de doentes graves entre unidades de saúde, entre o local da ocorrência e a unidade de saúde ou no transporte de órgãos para transplante. Encontram-se equipados com material de suporte avançado de vida e a tripulação é constituída por um médico, um enfermeiro e dois pilotos (INEM, 2013).

O INEM dispõe de uma Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência, com quatro veículos a nível nacional. Este meio de intervenção transporta um psicólogo para

situações onde pessoas carecem de apoio psicológico, como por exemplo, menores não acompanhados ou familiares de vítimas de acidente ou doença súbita fatal (INEM, 2013).

Existem ainda outros serviços complementares, como o Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU MAR) e o Centro de Informação Antivenenos (CIAV). O CODU MAR presta serviços de aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. O CIAV é um centro médico na área da toxicologia, com acesso via telefónica através de um número próprio ou chamada encaminhada pelo CODU. Este serviço aconselha profissionais de saúde ou os cidadãos, promovendo uma abordagem clínica correta e eficaz a vítimas de intoxicação ou sobredosagem (INEM, 2013).

Este estágio decorreu em três locais distintos, Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e na Delegação Regional Norte, realizando turnos de gestão. As experiências vivenciadas e as oportunidades de aprendizagem e reflexão em todos os momentos foram, sem dúvida, um complemento essencial neste processo de aquisição de competências de mestria da Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (INEM, 2013).

### *1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos*

O estágio no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) foi realizado num Hospital Central do Norte do país.

Este Centro Hospitalar visa a excelência em todas as suas ações integradas na saúde, tendo como missão, prestar cuidados de saúde humanizados e de referência, valorizar o ensino e a formação profissional, e ainda incentivar a área da investigação e desenvolvimento científico no que diz respeito à saúde (Centro Hospitalar Universitário de Santo António, 2023).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente fica localizada no piso 2 do edifício novo do Hospital, e dá apoio à sala de emergência (SE) do serviço de urgência (SU) além de ser responsável também pela equipa de emergência interna (EMI) do mesmo hospital.

A UCIP recebe doentes preferencialmente nível III mas também recebe doentes nível II, é composta por 12 unidades, 4 delas com possibilidade de isolamento por pressão negativa e essas mesmas unidades, também com possibilidade de realização de técnica de substituição renal. Cada uma das outras unidades é separada por cortinas antibacterianas, o que favorece tanto a privacidade como o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Existe, na unidade, uma bancada central onde se localiza toda a medicação habitual utilizada, que é repostada diariamente em forma de unidose para cada doente. Ainda nessa bancada

central, existe a máquina de avaliação de gasometria arterial e 6 computadores, dos quais 2 servem para a transmissão central de dados de monitorização das unidades dos doentes.

O carro de emergência localiza-se em frente às 4 unidades de isolamento e a mala de emergência está junto do desfibrilhador da EMI, à saída da unidade.

Existem 3 espaços de armazenamento de diverso material, e o mesmo é repostado segundo o sistema Kanban®.

A unidade possui ainda uma copa, uma sala de sujos, o gabinete do enfermeiro chefe e vários gabinetes médicos, os vestiários (feminino e masculino), a rouparia e uma biblioteca.

A equipa é constituída pelo enfermeiro chefe, 3 enfermeiros com funções de gestão e coordenação de serviço e uma única equipa de enfermeiros que intercalam entre si em turnos de roulement. Tem ainda grupos de formação interna, para desenvolver temas que precisem de ser aprofundados em várias áreas dos Cuidados Intensivos.

Todos os turnos um elemento está escalado para a sala de emergência, sendo responsável pela realização da *check-list* e sua operacionalidade. Esse elemento, não tem doentes atribuídos na unidade. Existe também um elemento que está destinado à Emergência Médica Interna (EMI), tem doentes distribuídos e está à chamada caso haja alguma ocorrência no hospital, leva consigo a mala e o monitor desfibrilhador e faz o registo da ocorrência numa capa própria.

## 2. Competências comuns do enfermeiro especialista

---

A área da saúde é um constante desafio e por consequência a prática é cada vez mais exigente, tanto técnica como científica, por parte dos profissionais de saúde. Os cuidados de Enfermagem não são exceção, e por isso mesmo, assumem um papel de extrema relevância, pelo que, o enfermeiro especialista poderá fazer a diferença no que diz respeito à prestação desses cuidados de forma especializada, com conhecimento técnico e com base em evidência científica (Regulamento 140/2019, 2019).

Na Saúde, o conhecimento utilizado pelos profissionais de forma segura é designado como Competência, que por sua vez determina o seu desempenho. As Competências espelham conhecimento, habilidades cognitivas psicomotoras e interpessoais com os seus atributos, atitudes pessoais e julgamentos/juízos (ICN, 2019).

As “Competências comuns” designam-se comuns uma vez que todos os enfermeiros especialistas as partilham, independentemente da sua área de especialidade. Revelam capacidade no que se concerne a várias áreas nomeadamente a gestão e assessoria, supervisão, investigação e formação (Regulamento 140/2019, 2019).

Segundo o Regulamento 140/2019, 2019, existem 4 domínios de ação no que diz respeito às competências comuns, dos quais fazem parte, a Responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### *2.1. Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*

O Enfermeiro Especialista deve basear a sua prática de cuidados de saúde na segurança, profissionalismo e ética, demonstrando capacidade de tomada de decisão com uma visão holística visando as melhores práticas cujo as preferências da pessoa cuidada não podem ser esquecidas (Regulamento 140/2019, 2019).

*“O desenvolvimento de competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal presume a apropriação de saberes que integrem conceitos, princípios, valores e deveres bem como a sua relação no quadro do exercício profissional da Enfermagem e sua regulamentação”* (Nunes e Amaral 2022 pág.6).

A Ordem dos Enfermeiros (2005), regula a profissão de Enfermagem através do código deontológico e caracteriza a deontologia como um conjunto de normas, que regem a prática dos Enfermeiros. A deontologia tem como alicerce os princípios morais e do direito, sendo o

seu objetivo final definir o que são boas práticas, tendo em conta as características da profissão de Enfermagem.

Para o papel de Enfermeiro Especialista estão definidas competências comuns, onde se integra a responsabilidade profissional, ética e legal que visam o cuidado responsável, ético, norteadas pela deontologia profissional. O exercício profissional do Enfermeiro enquanto especialista é descrito como uma prática ética, legal e segura, que chama a si competências de tomada de decisão dentro da ética e da deontologia (Regulamento 140/2019, 2019).

Importa nesta fase, descrever os contextos dos campos de estágio e as diferentes questões éticas e morais que se podem apresentar ao Profissional de Enfermagem, no seu exercício profissional.

Bremer et al (2015), citado por Torabi et al (2018) refere que os profissionais de saúde, no Pré-hospitalar deparam-se com situações de imprevisibilidade e perigo iminente, que exigem tomadas de decisão com dimensões éticas exigentes.

Os principais dilemas éticos que os profissionais do Pré-hospitalar enfrentam podem ser descritos como prestação de cuidados num ambiente adverso, a obtenção de consentimento por parte da pessoa a socorrer, a adequação da capacidade de resposta, a recusa do transporte ou tratamento, o transporte de pessoas que não estão em situação crítica, a salvaguarda da privacidade da pessoa, ou manobras de reanimação fúteis (Torabi et al, 2018).

As decisões éticas são muitas vezes influenciadas pelo detalhe considerando as condições culturais ou sócio-económicas, os valores e os desejos da pessoa socorrida, bem como da equipa ou organização e ainda os limites terapêuticos que são estabelecidos na equipa multidisciplinar e da pessoa (Torabi et al, 2018).

Em contexto de UCIP, de acordo com Işık e Serinkaya (2022), as unidades de cuidados intensivos são áreas altamente especializadas no cuidado a pessoas sob ameaça iminente à vida, que dispõem de equipamentos com tecnologia avançada para tratamento e continuidade de cuidados em casos de doença aguda ou crónica, com o objetivo de assegurar a sobrevivência da vida humana.

Na perspetiva de Öndaşş e Parlar (2020), citado por Işık e Serinkaya (2022) no quotidiano destas unidades surgem variadas questões éticas, como por exemplo, a privacidade das pessoas, direito ao sigilo clínico, decisões que envolvem ressuscitação cardiorrespiratória, prolongamento de tratamentos clínicos, morte cerebral ou questões relacionadas qualidade de vida, entre muitas outras.

Pelos mesmos autores, os Enfermeiros de cuidados intensivos deparam-se diariamente com desafios éticos e legais difíceis, aos quais precisam de dar resposta, para assegurar os direitos das pessoas, bem como a sua dignidade (Işık e Serinkaya, 2022)

Os deveres deontológicos do Enfermeiro devem firmar-se na elevação dos direitos das pessoas: direito da igualdade, da dignidade, direito à vida e de qualidade de vida, direito à liberdade e segurança dos cuidados, direito à informação, direito à confidencialidade, direito da proteção da saúde e qualidade dos cuidados (Nunes e Amaral, 2022).

Tal como no quotidiano da vida profissional, como ambos os contextos de estágio, foi feita uma diligência para preservar e promover os direitos inerentes à vida humana, respeitando a perspetiva ética, moral e deontológica da Enfermagem. Em todas as ações das experiências vivenciadas, foi perspetivada a tomada de decisão fundamentada nos pressupostos acima descritos e à luz da evidência científica, envolvendo tanto a pessoa cuidada, como a sua família bem como todos os profissionais envolventes (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

## *2.2 Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

Segundo o Regulamento 140/2019, no que concerne as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas da instituição na área de governação clínica, ou seja, participando na conceção e operacionalização de projetos dentro da área da qualidade, auxiliando na sua apropriação até à sua operacionalização. A cooperação e gestão de programas de melhoria contínua, desenvolvendo práticas de qualidade, considerando o ambiente centrado na pessoa no sentido de garantir um ambiente seguro, gerindo o risco e prevenindo incidentes, deverá ser um ponto central do enfermeiro mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, republicado na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, que remete para a excelência da prática profissional, esclarece na alínea e), que se constitui como dever do profissional de enfermagem garantir a qualidade dos cuidados, bem como assegurar a continuidade dos cuidados em qualidade quando estes são delegados a outro profissional.

Nesta perspetiva da efetividade da melhoria e continuidade de cuidados, segundo Despacho Normativo n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, surge inicialmente o Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, que tem continuidade no 2021-2026 tendo como objetivo a consolidação e promoção da segurança nos cuidados de saúde, baseado em 5 pilares (Cultura de segurança; Liderança e governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; Práticas seguras em ambientes seguros).

Sendo a comunicação um pilar da saúde, todas as instituições e serviços que prestam cuidados estão automaticamente dependentes de uma comunicação eficaz para a sua

funcionalidade, quer a nível das relações das suas equipas multidisciplinares, quer ao nível da relação mais estreita profissional-doente (Lopes et al., 2019).

Na prática do profissional de saúde é essencial, que o modo de comunicar entre pares e com o doente seja tanto eficaz, como funcional. A forma de comunicar deve refletir uma adequação e características indicadas para amenizar os efeitos indesejados que coloquem em risco tanto os doentes como os profissionais de saúde (Lopes et al., 2019).

Partindo desta abordagem, foi evidenciada a comunicação que os profissionais de Enfermagem estabelecem entre si na transição de cuidados de saúde em ambos os contextos de estágio. Deste modo é essencial incluir outro conceito, de extrema importância que se prende com a segurança do doente e como este influencia a qualidade dos cuidados prestados em Enfermagem, numa perspetiva avançada.

Existem vários fatores que interferem na segurança, no que concerne à comunicação, entre os quais o contexto onde os profissionais de saúde e o doente se encontram, o que vai influenciar o ambiente (ruído, espaço físico, stress) (Lopes et al., 2019).

A comunicação é indissociável da segurança e caso esta não seja eficaz poderá comprometer todo o processo de cuidados de saúde necessários à pessoa que está a ser cuidada.

Segundo a DGS (2017), segurança do doente é a minimização do risco de danos associados aos cuidados de saúde.

Estas premissas são aplicadas em todos os contextos de prática clínica, desde o Pré-hospitalar até às unidades de cuidados intensivos.

Durante os estágios de Pré-hospitalar e de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, o meu objetivo específico incidiu sobre este domínio da qualidade, nomeadamente a comunicação na transição de cuidados de saúde:

- Desenvolver competências no domínio da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, nomeadamente, transmissão de informação, através da ferramenta ISBAR, no contexto de Pré-hospitalar /Pessoa em Situação Crítica, promovendo a sua segurança e do profissional de saúde;
- Desenvolver competências no domínio da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, nomeadamente, transmissão de informação, através da ferramenta ISBAR, no contexto de UCIP /Pessoa em Situação Crítica, promovendo a sua segurança e do profissional de saúde;

No contexto de Pré-hospitalar, nomeadamente em meio SIV, a transmissão de informação na transição de cuidados realizada pelos enfermeiros é feita através da técnica ISBAR como

preconiza a DGS. Assim, nesse sentido, durante o estágio tentou-se perceber se a utilização da técnica era aplicada em todos os momentos de transmissão de informação.

No Pré-hospitalar, os momentos de transmissão de informação são enfermeiro-CODU, enfermeiro-médico da VMER, enfermeiro-Triagem, enfermeiro-Destino final, que variam dependendo do meio em questão.

Em meio SIV, os enfermeiros, além da formação na área da qualidade e segurança do doente, onde abordam o pilar da comunicação, utilizam maioritariamente a técnica ISBAR como rotina de transmissão de informação. Em meio VMER, os enfermeiros, do que foi a experiência neste estágio, poucos transmitem informações, deixando essa ação para os médicos.

Com intuito de dar resposta ao objetivo específico, foi realizada uma formação sobre a transição de cuidados de saúde através do ISBAR em meio Pré-hospitalar, no sentido de relembrar conceitos, dificuldades encontradas, vantagens da sua utilização e sugerir propostas de melhoria.

No estágio no contexto em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, a transmissão de informação é realizada inicialmente com um *briefing* onde se aborda geralmente todos os doentes da unidade e posteriormente a “passagem de turno” é feita de enfermeiro para enfermeiro junto de cada unidade. Na UCIP, não era utilizada nenhuma técnica de transmissão de informação estruturada, apesar de já ser conhecida por todos a técnica ISBAR. Anteriormente, o serviço tinha uma folha de passagem de turno baseada em outras ferramentas que não o ISBAR, assim, foi proposto uma adaptação dessa folha de acordo com a norma da DGS de 2017, referente à utilização do ISBAR, tendo sido efetuado um planeamento e ação de formação em serviço sobre transição de cuidados de saúde em UCI e a elaboração de um poster.

Nos Cuidados Intensivos existe um ambiente complexo e exigente tanto pela equipa multidisciplinar como pela condição da pessoa que está a ser cuidada e também pelo número de troca de turnos e inerente transição de cuidados. Sendo a comunicação entre os profissionais de saúde a causa maioritária de eventos sentinela, deve ser um foco da nossa atenção, e arranjar estratégias de forma a manter a informação congruente (Wessman et al., 2017).

Apesar da sua extrema importância, a comunicação não deve ser o único foco da nossa atenção no que concerne à segurança da pessoa cuidada, a gestão e utilização da medicação, a identificação da pessoa, a prevenção de quedas e a prevenção de úlceras de pressão são outros fatores que devem ser avaliados e notificados (Despacho n.º 1400-a/2015,2015).

Na UCIP, a medicação é distribuída pela farmácia em sistemas de unidose para cada pessoa, exceto a medicação em perfusão contínua que está em stock na unidade. A medicação é rotulada com etiquetas retiradas do sistema informático que contém o nome da pessoa, o fármaco, a data, a hora e a via de administração.

Ainda na unidade, relativamente ao risco de queda, é aplicada a escala de Morse na avaliação das pessoas sendo identificadas com uma pulseira conforme o risco. É fortemente recomendado notificar eventos através do sistema informático.

Em ambiente Pré-hospitalar, existem fatores como as condições físicas e ambientais, a equipa e a sua experiência e os fatores humanos como os cidadãos comuns atraídos pela curiosidade que condicionam todo o processo de cuidados (INEM, 2013).

No que diz respeito ao uso do medicamento, a formação da Comissão de Segurança do Doente dá ênfase por exemplo, aos medicamentos LASA (“*Look alike*” e “*Sound alike*”) e reforça os 5 certos (Doente; Medicação; Via; Dose; Hora) + 4 certos (Registo; Conhecimento da ação; Forma farmacêutica; Monitorização/Vigilância).

Relativamente as quedas que possam surgir nos transportes, também existe formação para que sejam notificadas (INEM, 2013).

No que concerne a eventos adversos, erros de medicação e gestão de risco, ambos os contextos são geradores de stress e a fatores que podem levar a maior probabilidade de erro.

### *2.3 Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados*

O Enfermeiro Especialista demonstra capacidade de gestão e liderança da equipa e dos recursos necessários de forma a otimizar as respostas e a qualidade dos cuidados de enfermagem, para além das tarefas delegadas e da articulação com toda a equipa multidisciplinar (Regulamento 140/2019, 2019).

No domínio da gestão não podemos dissociar competências como a tomada de decisão, liderança, comunicação, planeamento e organização. Na enfermagem existe a necessidade de desenvolvimento deste domínio, tendo em conta a influência direta nas equipas e nos cuidados de saúde prestados (Ferracioli et al., 2020).

O processo de tomada de decisão do enfermeiro especialista encontra-se evidenciado na teoria de Benner (2001), que se refere a este, como perito, uma vez que, é dotado de enorme experiência profissional e a sua tomada de decisão é baseada na sua perícia clínica, e que por isso, a sua atuação é quase intuitiva, com foco no problema ou potencial problema e nas suas consequências (Benner, 2001).

Neste processo de tomada de decisão complexo, é exigido ao enfermeiro especialista um conjunto de *skills* como o pensamento crítico, com base na evidência científica, que o torne capaz de compreender, interpretar e tomar decisões mediante as necessidades (Benner, 2001).

Não se pode liderar sem comunicar. A comunicação permite ao líder chegar perto da sua equipa de enfermagem e de todos os outros profissionais com o intuito de melhorar tanto o trabalho em equipa como o produto final que será a qualidade dos cuidados de saúde (Ferracioli et al., 2020).

Ainda segundo Ferracioli et al., (2020), a comunicação é essencial para a garantia da motivação e satisfação, da eficiência e da eficácia das atividades de qualquer instituição.

A organização e o planeamento são processos que dependem de racionalização de meios tanto técnicos como humanos, que são geridos mediante as condições previstas e planeadas, o que vai influenciar diretamente a tomada de decisão de enfermagem no que diz respeito à gestão.

A gestão de um serviço hospitalar no que diz respeito a recursos humanos e materiais é um processo complexo, pelo que, o enfermeiro tem de ser dotado de capacidades de liderança e saber garantir a qualidade de cuidados prestados pela sua equipa (Parreira, P., et al., 2013).

Dependendo do serviço em questão da área e da afluência, “O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento 140/2019, 2019).

Em ambos os campos de estágio os enfermeiros especialistas realizavam funções de gestão.

Nos meios do INEM, o enfermeiro especialista desempenha funções de gestão no que diz respeito à logística do material e medicação, coordenação e gestão de toda a equipa pluridisciplinar.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, as funções de gestão são desempenhadas por enfermeiros especialistas, ao qual não são atribuídos doentes, que ficam responsáveis pela logística do material, recursos humanos e de medicação em falta, avarias, coordenação da equipa com realização da distribuição do plano de turno, reuniões multidisciplinares sobre casos mais complexos de pessoas internadas e transições de cuidados de saúde da parte médica.

A distribuição dos enfermeiros na UCIP era realizada mediante a carga de trabalho e o tipo de isolamento que o doente estava sujeito, o que permitia a realização de um plano de trabalho mais equitativo e justo.

#### *2.4 Competências no Domínio Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*

O enfermeiro especialista demonstra autoconhecimento sendo fulcral na sua prática clínica. A sua tomada de decisão é baseada em evidência científica que lhe permite estar desperto e envolvido na investigação (Regulamento 140/2019, 2019).

A prática baseada na evidência é um modo de resolver problemas no campo de ação da tomada de decisão clínica utilizando a melhor e mais recente evidência científica, experiência e juízo clínico do enfermeiro, sendo ainda auscultadas as necessidades e preferências da pessoa que está a ser cuidada. O objetivo é, através da investigação, aplicar boas práticas traduzindo-se em melhor qualidade de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Nos contextos de Pré-hospitalar e Unidade de Cuidados Intensivos, o nível de exigência da pessoa em situação crítica é grande e necessita por parte dos enfermeiros formação e competências específicas de forma a promover as melhores práticas e qualidade nos cuidados de saúde prestados.

No Pré-hospitalar, na instituição INEM, assistiu-se à formação no âmbito da “Segurança do doente no Pré-hospitalar” (ANEXO I) e formação na plataforma online “Via Verde Coronária” (ANEXO II). Em complementaridade, para dar resposta aquilo que era o objetivo específico, foi realizada uma formação, para enfermeiros do INEM, no âmbito da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde no Pré-hospitalar.

No contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, frequentou-se a formação de serviço no âmbito da “Preparação e reconstituição de medicação” e foi proposta uma formação no âmbito da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde nos cuidados intensivos para dar resposta ao objetivo específico do estágio, que por indisponibilidade do serviço não foi possível realizar.

Ambos os contextos de estágios proporcionaram situações e experiências, embora em ambientes diferentes, geradores de stress, que obrigam a uma decisão clínica e atuação eficaz sob pressão, o que implica conhecimento, domínio e gestão de emoções, o que vai de encontro com as competências do Enfermeiro Especialista, “D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente... D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão.” (Regulamento 140/2019, 2019, pag.4749).

Situações onde o stress está presente é mais propicio o conflito e por isso mesmo o enfermeiro especialista tem de ser capaz de identificar e antever de forma a poder resolver da melhor maneira possível (Regulamento140/2019, 2019).

As instituições de saúde são locais com maior tendência ao conflito porque juntam várias categorias profissionais, pessoas com diferentes graus académicos e de literacia, trabalho por turnos e por sua vez profissionais mais cansados e pessoas com a sua singularidade no processo de doença (Parreira, P., et al., 2013).

A gestão de conflitos muitas vezes é gerida pelo coordenador da equipa. Um serviço com uma equipa com muitos elementos, com personalidades diferentes, diferenciação de papéis e limitação de recursos por vezes promovem alguns conflitos interpessoais e cabe ao coordenador ter a capacidade de saber gerir cada situação mediante o caso (Parreira, P., et al., 2013).



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

---

*“A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”* (Regulamento n. 429/2018,2018, pág19362)

O enfermeiro especialista diferencia-se pela sua prática baseada na evidência, pelo seu domínio do saber agir de forma holística nas necessidades que a Pessoa em Situação Crítica, e apresenta e antecipa potenciais problemas que possam surgir, tanto no cuidado direto como na gestão e dinamização de áreas, recursos humanos, materiais e logísticos (Regulamento n. 429/2018,2018).

A Pessoa em Situação Crítica recebe cuidados de saúde contínuos, de extrema qualificação, são cuidados *life saving*, ou com funções em perigo, mantendo a pessoa com as necessidades básicas vitais, de forma a evitar complicações e incapacidades procurando a recuperação (Regulamento n. 429/2018,2018).

No Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, existem competências específicas deste campo de intervenção, nomeadamente:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

Uma transição caracteriza-se pela passagem de um estado estável para outro igualmente estável, que necessita de alterações de comportamento e conhecimento por parte das pessoas que a vivenciam (Meleis A., 2010). Durante ambos os contextos de estágio, houve oportunidade de cuidar de pessoas a iniciar o processo de transição saúde/doença, uma vez que envolve a mudança de um estado de saúde saudável para estado de doença e ameaça à vida (Meleis, et al., 2000).

É de extrema importância, um olhar focado no iniciar deste processo, tanto na pessoa a ser cuidada como no familiar.

Os enfermeiros contactam diretamente com as pessoas que repentinamente, iniciam um processo de transição, sejam vítimas de trauma ou de doença súbita abordadas pelo INEM no Pré-hospitalar ou já nas Unidades de Cuidados Intensivos, e que, através das suas

intervenções, promovem e facilitam a mesma, para que seja ultrapassada da forma mais saudável possível.

Os familiares e cuidadores vivenciam também as suas próprias experiências de transição, por exemplo, situacional, quando assumem o papel de cuidar do familiar que se encontra doente. Ao longo de todo o período de estágio, em ambos os contextos, o contacto com a Pessoa em Situação Crítica e por consequência familiares/cuidadores, foi um processo contínuo.

Os dois contextos de estágio permitiram compreender o trajeto, a abordagem, os cuidados de saúde e a dinâmica envolvente da Pessoa em Situação Crítica, desde o pré-hospitalar à sua entrada no serviço de urgência, encaminhamento para a sala de emergência, caso necessário, internamento em UCI, até a sua alta para continuidade de cuidados.

É de relevo saber que *“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, pág. 19362).

Foi essencial para a minha aprendizagem como futura enfermeira especialista e Mestre ter a perceção do papel de Enfermagem nos cuidados que são prestados à pessoa que se encontra em situação crítica no seu percurso desde o local da ocorrência no Pré-hospitalar até à Unidade de Cuidados Intensivos.

Consegui compreender qual é a dinâmica do profissional de enfermagem dentro da equipa multidisciplinar, a tipologia dos cuidados que são prestados, as diversas necessidades específicas que cada pessoa apresenta e quais são as decisões tomadas pelos Enfermeiros, no sentido de dar resposta às mesmas.

A abordagem que é feita à Pessoa em Situação Crítica em qualquer dos dois contextos é com base na metodologia ABCDE (A-Via; Aérea; B-Ventilação; C-Circulação; D-Disfunção neurológica; E-Exposição) que tem como objetivo priorizar a estabilização e antecipação de falência multiorgânica. Assim, o enfermeiro especialista tem um papel fundamental, no que diz respeito à Pessoa em Situação Crítica, porque, *“Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, pág. 19363).

Foi vital para o processo de aprendizagem o contacto com todas as experiências em ambos os contextos, uma vez que, permitiram compreender as diferentes dificuldades encontradas mediante os contextos e as vítimas em questão.

Numa situação de doença que ameaça a vida da pessoa, os familiares/cuidadores encontram-se muitas vezes distantes daquilo que está a acontecer com o mesmo e sujeitos a grandes níveis de ansiedade e stress pelo desconhecimento da situação. Foi fulcral o contacto com os familiares e cuidadores, no sentido de perceber como o papel de Enfermagem pode ser relevante para a tranquilização do estado emocional destas pessoas.

A humanização dos cuidados de saúde, devem ser tidos em conta tanto quanto as competências técnicas e teóricas dos profissionais de saúde. Sendo que, por vezes, os contextos não permitem que o acompanhamento dos familiares e cuidadores seja feito do modo ideal. Contudo, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica *“Valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.”* (Regulamento n. 429/2018,2018, pág.19361).

- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

A tomada de decisão na Pessoa em Situação Crítica, deve ter em conta o conhecimento e a expertise do enfermeiro especialista porque, a sua experiência vai permitir a rápida avaliação e intervenção na estabilização da mesma e, por isso mesmo, o enfermeiro especialista baseia o seu juízo no conhecimento e experiência clínica (Regulamento n. 140/2019,2019).

As Unidades de Cuidados Intensivos e o Pré-hospitalar são áreas em que as equipas são multidisciplinares e necessitam de tomar decisões rápidas e em consonância, de forma metódica, por isso mesmo, é importante todos usarem a mesma linguagem. O trabalho em equipa é essencial, principalmente em áreas como o Pré-hospitalar em que o trabalho flui muito melhor se cada um souber onde se posicionar e quem lidera especialmente em situações de *life-saving*. É aqui, que o enfermeiro especialista tem um papel fundamental no que diz respeito à participação na equipa da tomada de decisão (Regulamento n. 140/2019,2019).

Foi visível ao longo do estágio que estava presente a coordenação necessária, por parte dos profissionais, no que diz respeito a situações de emergência em ambos os contextos.

Segundo a Lei de bases da Proteção Civil, *“Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”* (Diário da República, 2006 pág.3).

Durante o estágio de Pré-hospitalar, não foi presenciado nenhuma situação de catástrofe, contudo existe equipamento e estratégias no INEM caso seja necessária alguma ativação.

A nível hospitalar, existem planos de emergência e catástrofe que necessitam de ser treinados e conhecidos por todos os elementos das equipas.

A equipa de Pré-hospitalar estava quase sempre em sintonia o que possibilitou a fluidez da integração e envolvimento na dinâmica. No processo de tomada de decisão complexo, que exige a Pessoa em Situação Crítica, a prestação de cuidados e pensamento crítico fundamentado com base na evidência científica é fulcral, na medida em que os profissionais se tornem capazes de compreender, interpretar e responder às necessidades muito variadas dos doentes (Benner, 2001).

Durante este estágio, houve capacidade de tomar decisões baseadas em experiência prévia e saber clínico, conhecimento teórico adquirido ao longo do mestrado e nos recursos disponíveis, respeitando sempre a Pessoa em Situação Crítica e validando com os orientadores todas as decisões.

c) 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;

De acordo com Wilson (2001), atualmente a supressão e/ou diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) continua a ser um desafio e um foco de preocupação. Existe uma concordância de que a prevenção é o caminho a tomar no que concerne ao controlo das infeções.

No sentido da minimização dos riscos, para as pessoas que requerem cuidados de saúde bem como para os cuidadores do mesmo, é essencial que o ambiente onde se prestam cuidados de saúde seja controlado, para promover tanto a segurança dos intervenientes, como garantir a qualidade desses mesmos cuidados.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, infeção é o *“processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo”* (Ordem dos Enfermeiros, 2020, pág.77).

O enfermeiro especialista na prevenção das IACS deve implementar boas práticas para o controlo e a prevenção de infeções nos cuidados de saúde prestados às pessoas e deve também identificar os fatores que influenciam a cadeia de transmissão que

poderão dar início ou quebrar o processo de infeção. O enfermeiro especialista *“Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos;”* (Regulamento n. º429/2018,2018, pág.19362).

Na UCIP do Centro Hospitalar Universitário de Santo António existem protocolos de avaliação de risco, de prevenção, intervenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, logo desde a entrada na unidade da pessoa a quem se presta cuidados. No momento da admissão da pessoa no serviço, a mesma, é identificada como potencial risco de transmissão de um microrganismo infeccioso (por prevenção), até saída de resultados analíticos. Caso se verifique a positividade de alguma IACS, é identificado o tipo de isolamento em questão.

No ambiente de Pré-hospitalar existe uma maior dificuldade no controlo de infeção pelo fator ambiental e pelo contexto onde são prestados os cuidados, contudo, procede-se à utilização de EPI's adequadas à situação clínica. Neste contexto, existe ainda limpeza do material de ocorrência para ocorrência, contudo não é um ambiente favorável ao controlo de infeção pela sua envolvimento, pela falta de informação relativa à pessoa em situação crítica e pelo facto da realização de intervenções ser em meio exterior ou não controlado.

Apesar de serem contextos diferentes o enfermeiro especialista deve fazer face ao risco de infeção, ao nível de cuidados exigidos e à sua diferenciação, de forma a manter a vida da Pessoa em Situação Crítica, responder de maneira eficaz no que concerne à prevenção e controlo de infeção e de resistência dos agentes Antimicrobianos (Regulamento140/2019, 2019).

Em geral, considerando ambos os contextos de estágio, podemos considerar que, apesar dos recursos físicos, materiais e humanos, os enfermeiros asseguravam o cumprimento das precauções básicas, equipamento de proteção individual, etiqueta respiratória, esforçam-se para prevenir a transmissão de agentes microbianos com a correta higienização e desinfeção das mãos, o manuseamento das roupas da pessoa, gerem a limpeza e desinfeção do equipamento médico, controlam o ambiente onde são prestados cuidados e das unidades dos doentes, preconizam a correta preparação e manuseamento de fármacos.



#### 4. Considerações finais

---

A análise crítico-reflexiva explanada, neste relatório, expressa o desenvolvimento de um conjunto de competências, adquiridas ao longo desta unidade curricular, que permitem, no final de todo este percurso, um grau de mestre baseado no Decreto-Lei n.º 65/2018, que regula os graus académicos do ensino superior, particularmente o grau de mestre em Enfermagem.

O estágio Enfermagem Pessoa em Situação Crítica II incorporou dois momentos, em campos de estágio diferentes, fundamentais para o desenvolvimento de competências específicas de cada contexto.

O contexto de Pré-hospitalar e o de Cuidados Intensivos Polivalente são áreas de distintas de atuação sob a Pessoa em Situação Crítica em que foi possível vivenciar um leque de experiências, todas elas enriquecedoras, para o processo de mestria profissional, mas também pessoal. Assim, o Enfermeiro Mestre adquire *“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162).

Durante todo este percurso sempre esteve presente o interesse em novas aprendizagens, a busca por conhecimento científico que comprove as práticas clínicas executadas e um olhar com outras perspetivas no que diz respeito à prática de Enfermagem avançada.

A mestria em enfermagem permite que os enfermeiros tenham a capacidade de transmitir conhecimentos e informações a qualquer tipo de público de forma ajustada, sem contradições e de forma clara (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

A comunicação, nomeadamente na transição de cuidados de saúde, é por si só de extrema relevância no que concerne à segurança da pessoa cuidada e por consequência à qualidade dos cuidados prestados, ganhando maior relevo quando se trata da Pessoa em Situação Crítica (DGS, 2017).

Por isso mesmo, considera-se que foram alcançados tanto os objetivos delineados no início deste relatório, como os objetivos esboçados para o projeto de investigação realizado, uma vez que, se consideram adquiridas as competências inerentes para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Esta jornada termina, mas o percurso não cessa aqui, o enfermeiro mestre ganha *“Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”* (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018, p. 4162).

## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

---

### Comunicação na Transição de Cuidados de Saúde em Enfermagem nos Cuidados Intensivos – *A Scoping Review*



## RESUMO

---

Enquadramento: A comunicação eficaz durante a transição de cuidados de saúde, também designada como *handoff*, tem vindo a assumir um relevo significativo quando nos referimos à segurança do doente.

Para a efetividade e melhoria da continuidade dos cuidados de saúde é fundamental que a comunicação na transição destes seja padronizada, simples, prática, rápida e eficaz, por forma a ser facilmente percebida e recebida pelo profissional recetor.

A evidência científica demonstra que a comunicação ineficaz está associada a elevados números de erros nos cuidados de saúde no que concerne à transição de cuidados.

As Unidades de Cuidados Intensivos, são serviços que prestam cuidados de saúde a pessoas em situação crítica, de alta vulnerabilidade que por consequência já estão expostas a grande risco de erro. A utilização de técnicas para promover uma comunicação eficaz é fundamental para a padronização de cuidados, a segurança da pessoa e a minimização desses erros.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as técnicas de comunicação utilizadas na transição de cuidados de enfermagem nos cuidados intensivos.

Metodologia: O estudo desenvolvido foi uma revisão da literatura tipo Scoping, segundo a metodologia Joanna Briggs Institute, tendo a pesquisa sido efetuada no período entre 1 de dezembro 2022 e 30 de maio de 2023, e, respeitando a lista de verificação PRISMA-ScR (Aromataris & Munn, 2020).

Resultados: Foram identificadas 14 técnicas de transição de cuidados de saúde, utilizadas pelos enfermeiros, em diferentes Unidades de Cuidados Intensivos, agrupadas em categorias (5 estruturadas, 7 informatizadas e 2 não estruturadas).

No seguimento da análise dos estudos selecionados encontramos uma ligeira tendência no uso da técnica ISBAR. Nas técnicas estruturadas, o ISBAR, corresponde à técnica identificada em maior número de estudos encontrados (3 estudos), sendo que também serve como base de transmissão de informação em duas técnicas informatizadas.

Conclusão: Existe uma preocupação cada vez maior na utilização de técnicas de comunicação na transição de cuidados de saúde, contudo, não foi encontrada evidência que permita nomear uma técnica, como sendo a mais indicada, para a utilização pelos enfermeiros em ambiente de cuidados intensivos.

Torna-se evidente o uso mais frequente das técnicas informatizadas que partilham informação com outras plataformas.

Implicações para a prática: Este estudo destaca a importância do tema em questão como um aspeto crítico da assistência à saúde. Assim, é elementar que as organizações de saúde e os profissionais da área de enfermagem reconheçam a importância da comunicação eficaz, nomeadamente em cuidados intensivos, e invistam na sua melhoria contínua, seja no que respeita à formação, seja no que concerne à investigação.

**Palavras-chave:** enfermagem, cuidados intensivos, comunicação, *handoff*.

## **ABSTRACT**

---

Framework: Effective communication during healthcare transitions also known as handoff takes on significant importance in patient safety.

For healthcare continuity to improve and become more effective, the standardisation of communication in care transitions is essential, ensuring the provision of standard, simple and practical information, fast and effectively so that it may be easily perceived and understood by the receiving professional.

Scientific evidence demonstrates how ineffective communication associates with a high number of errors in healthcare regarding the transition of care.

Intensive care units represent services that provide healthcare to critically ill in highly vulnerable situation who are correspondingly already exposed to a high risk of error. The use of specific techniques to promote effective communication is essential for the standardization of care, the safety of the person and the minimization of errors.

Objective: To map the scientific evidence on the communication techniques applied in the nursing care transitions in intensive care units.

Methodology: A Secondary Study-Scoping literature was carried out according to the Joanna Briggs Institute methodology, with the research being carried out between December 1, 2022 and May 30, 2023, and, respecting the PRISMA-ScR checklist (Aromataris & Munn, 2020).

Results: 14 care transition techniques used by nurses in different Intensive Care Units were identified, grouped and categorised (five structured, seven computerised and two unstructured).

Following the analysis of the selected studies, we found a slight trend in the use of the ISBAR technique. In structured techniques, ISBAR corresponds to the technique identified in the largest number of studies found (3 studies), and it also serves as a basis for transmitting information in two computerized techniques.

There is a clear trend towards the more frequent application of computerised techniques that share information with other platforms and facilitate access to information.

Conclusion: There is an increasing concern in the use of communication techniques in the transition of health care, however, no evidence was found that allows us to name a technique as the most suitable for use by nurses in an intensive care environment.

Implications for practice: This study highlights the importance of the issue in question as a critical aspect of healthcare. Therefore, it is essential that healthcare organisations and nursing professionals recognise the importance of effective communication, particularly in

intensive care, and invest in its continuous improvement, both in terms of training and research.

**Key words:** *nursing, intensive care, communication, handoff.*

## 1. Fundamentação/enquadramento teórico

---

A comunicação é um pilar da saúde, e por isso mesmo, todas as instituições e serviços que prestam cuidados estão automaticamente dependentes de uma comunicação eficaz para a sua funcionalidade, quer seja, entre as suas equipas multidisciplinares, quer ao nível da relação mais estreita profissional-pessoa que recebe cuidados de saúde (Lopes et al., 2019).

Na prática do profissional de saúde é essencial que a comunicação entre pares e com a pessoa seja tanto eficaz, como funcional, pelo que a forma de comunicar, deve refletir uma adequação e características específicas no sentido de evitar eventuais efeitos indesejados que coloquem em risco tanto as pessoas que recebem cuidados como os profissionais de saúde (Lopes et al., 2019).

Segundo a DGS (2017), a comunicação eficaz é percebida como a transmissão de informação entre profissionais de saúde, no momento exato, de forma precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e sempre com validação do recetor da informação.

Transição de cuidados de saúde é qualquer situação em que se realize transferência, entre profissionais, de responsabilidade de cuidados, e toda a informação da pessoa em questão, ou seja, *“são momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.”* (DGS,2017, p4).

*Handover* e *handoff* são termos muito utilizados na literatura na descrição da transferência da pessoa, isto é, na transição de cuidados de saúde e onde se realiza a transmissão de informação entre profissionais. É sem dúvida o período mais crítico no que diz respeito à transmissão de informação e de mais responsabilidade para os profissionais de saúde (Burgess et al., 2020).

A transmissão de informação aquando da transição de cuidados de saúde, bem como o seu registo, deve ser realizada de forma segura e coordenada com o objetivo de garantir a melhoria constante do nível de cuidados prestados, evitando assim, perdas de informação, eventos adversos e aumento das taxas de readmissão hospitalar (Joint Commission, 2017; Nair, S. C. et al., 2020).

O momento em que se realiza a transição de cuidados de saúde é considerado um momento crítico no que diz respeito à transmissão de informação e de elevada responsabilidade para os profissionais de saúde (Burgess et al., 2020).

Se as pessoas que necessitam de cuidados de saúde, estão expostas desde logo, ao risco de erro humano, nomeadamente por parte dos profissionais de saúde, quando acresce uma falha na comunicação, o risco de danos para a pessoa cuidada aumenta (WHO, 2007).

De acordo com o plano global de ação para a segurança do doente para os anos de 2021-2030, formulado pela Organização Mundial da Saúde em 2021, as causas de morte e de incapacidade das pessoas provocadas por cuidados de saúde pouco seguros é uma adversidade a ser evitada, mas que preocupa em larga escala, e em crescendo, a saúde pública (WHO, 2021).

No mesmo plano podem ser identificados os problemas na comunicação, entre os vários intervenientes na saúde, como uma das causas que ameaçam a segurança das pessoas. Torna-se então imprescindível que a comunicação entre profissionais de saúde, e com as pessoas, seja alvo de melhoria para que os eventos adversos sejam prevenidos/evitados (WHO, 2021).

Uma ineficaz transmissão de informação na transição de cuidados de saúde estima-se estar relacionada com cerca de 70–80% de erros de eventos médicos adversos graves (DGS, 2017; Figueiredo et al., 2020; Tobiano et al., 2014).

Em 2013, nos Estados Unidos, existiram cerca de 400.000 mortes com origem em erros médicos relacionados com comunicação não efetiva. Desde então, houve uma crescente valorização da comunicação, especialmente em áreas como a urgência e a pediatria, que são áreas de risco de erro elevado (Eppich, 2015).

De acordo com a Joint Commission (2017), para que a transição de cuidados entre profissionais de saúde possa ser caracterizada como de boa qualidade existe um processo complexo que envolve diversas variáveis. Falhas na entrega e receção de informação crítica do doente tem vindo a ser um problema comum que se arrasta ao longo dos tempos. Na linha de pensamento da Joint Commission (2017), as perdas de informação na transição de cuidados de saúde entre profissionais de saúde têm uma influência direta na ocorrência de eventos adversos em saúde.

The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions (2015), citada pela Joint Commission (2017), refere que cerca de 30% dos eventos adversos eram provocados por falhas na comunicação, que levaram à morte de 1744 pessoas e 1,7 biliões de dólares de custos associados, em cinco anos.

A finalidade de todos os aspetos a ter em conta na comunicação, no momento da transmissão de informação e/ou transição de cuidados de saúde, especialmente em situações críticas, é a segurança do doente, uma vez que esta, é a minimização do risco de danos associados aos cuidados de saúde (DGS, 2017).

Atendendo ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, a razão pela qual ocorrem incidentes de segurança não está relacionada com questões de incompetência técnica dos profissionais de saúde, mas sim, falhas de organização, de coordenação ou de comunicação (Despacho n.º 1400-a/2015,2015).

Por sua vez, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 refere como, terceiro pilar, a comunicação, conferindo especial importância à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde entre profissionais, tendo estabelecido como meta para 2026, a monitorização e a realização de auditorias internas a 90% das instituições de prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Segundo a Joint Commission (2017), a transmissão da informação deve ser realizada sempre que possível cara a cara, contudo, a presença de um documento em papel ou um documento online (por exemplo uma aplicação) permite aumentar o grau de concentração e eficácia da transferência.

Existem técnicas de comunicação com o intuito de melhorar a transmissão de informação durante a transição de cuidados, de forma a padronizá-la, promovendo a segurança do doente, evitando o erro, e assim, por consequência melhorando os cuidados de saúde prestados à pessoa (Bakon et al., 2017).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a equipa de enfermagem está exposta a elevados níveis de stress, enquadrado na complexidade dos cuidados e exigência dos mesmos e que tem ligação significativa com a segurança da pessoa cuidada. O desgaste e a gestão de conflitos inerente à atividade, podendo resultar na deterioração da qualidade dos cuidados, requerem alguma atenção aquando da comunicação. A existência de uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos, nutricionistas...) nas UCI que partilhem entre si a informação da pessoa que está a ser cuidada, também promove a segurança e a melhoria dos cuidados (Browne & Braden, 2020; World of Critical Care Nursing, 2015).

A segurança para as pessoas internadas em UCI é de extrema relevância uma vez que são pessoas que podem estar em risco de vida e inseridas num ambiente complexo (World of Critical Care Nursing, 2015).

A utilização de técnicas de transição de cuidados estruturadas tem sido associada à melhoria e continuidade dos cuidados da pessoa cuidada.

Nem todas as técnicas se aplicam a todos os ambientes clínicos, por vezes contêm informação irrelevante outras vezes a informação é insuficiente ou o conteúdo não se aplica.

As UCI em diversos aspetos nomeadamente no tipo de especialidade, na sua estrutura e tamanho, localização e tipo de trabalho, a padronização flexível pode ser uma solução na medida em que envolve a adaptação de uma estrutura estabelecida e segundo estudos

recentes as técnicas de transição de cuidados padronizados são mais eficazes, traduzindo-se em melhores cuidados menos erros técnicos e maior segurança da pessoa cuidada reduzindo custos na saúde (Spooner et al., 2018).

O ambiente experienciado nas UCI com interrupções de alarmes, funcionários, pacientes, familiares e telefonemas, interfere com a transição de cuidados. Concomitantemente, existem limitações inerentes ao desempenho humano que abonam para ocorrência de erros de comunicação, embora os enfermeiros sejam qualificados e altamente motivados (James et al., 2013).

Assim, a comunicação eficaz na transição de cuidados, entre os profissionais de saúde nas UCI's, nomeadamente, os enfermeiros, é peculiarmente considerada imperativa uma vez que a precisão e a eficiência/eficácia pertencem aos pré-requisitos críticos de uma assistência de elevada qualidade (Dalky et al., 2020).

Posto isto, as UCI são serviços que prestam cuidados de saúde a pessoas em situação crítica e situações de vulnerabilidade, e que face ao contexto, também se encontram expostas a uma elevada probabilidade de ocorrer um erro, pelo que as técnicas de comunicação constituem-se como uma mais valia na padronização da informação transmitida, diminuindo a omissão, evitando a perda de informação, reduzindo o erro e a mortalidade e aumentando a segurança da pessoa que recebe os cuidados, proporcionando, assim, melhores cuidados de saúde.

## **2. Finalidade e objetivos**

---

Considerou-se pertinente, depois do apresentado, desenvolver um estudo alicerçado na seguinte questão de investigação: “Quais as técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados de saúde em cuidados intensivos?”, com a pretensão de identificar qual a técnica de comunicação que se denota mais eficiente na transição de cuidados, por forma a potenciar a melhoria de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros.

De forma a dar resposta a questão de investigação formulou-se o seguinte objetivo:

- Mapear a evidência científica sobre as técnicas de comunicação utilizadas na transição de cuidados de enfermagem nos cuidados intensivos.

Este trabalho de investigação tem como finalidade desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado e perceber possibilidades de contribuição para a prática, no que diz respeito aos Cuidados Intensivos.

### 3. Metodologia

---

A fase metodológica é descrita como o instante onde se relatam um conjunto de métodos e de técnicas que vão servir de guia orientador do processo de investigação. Para a realização da investigação, identificamos o percurso e meios, tendo em conta o tipo e objetivo do estudo (Fortin, 2009).

No seguimento da fundamentação teórica, é de relevo neste momento apresentar o desenho do estudo (tipo de estudo, a população e amostra, critérios de inclusão e exclusão, palavras-chaves, metodologia de pesquisa) e abordar as questões éticas.

A prática baseada em evidência é uma área em expansão concomitantemente com um aumento na acessibilidade das pesquisas. Variadas questões e objetivos foram projetados que permitiram novas abordagens de forma mais eficaz e exigente. As Scoping Review são utilizadas para mapear evidências quando ainda não existe clareza sobre quais outras questões mais específicas podem ser dispostas e abordadas de forma importante (JBI, 2015).

#### *5.1 Desenho do estudo*

O tipo de estudo realizado foi um estudo Secundário - Revisão da literatura tipo Scoping, segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute, respeitando a lista de verificação PRISMA-ScR (Aromataris & Munn, 2020).

Neste sentido, norteou-se um estudo científico com base na questão de investigação “Quais as técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados de saúde em cuidados intensivos?” utilizando a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), em que a população são os Enfermeiros, o conceito são as técnicas de comunicação utilizadas na transição de cuidados de saúde e o contexto é Unidade de Cuidados Intensivos.

**Tabela 1-** Protocolo Scoping Review.

População	Conceito	Contexto
Enfermeiros	Técnicas de comunicação utilizadas na transição de cuidados de saúde	UCI
Questão de investigação segundo mnemónica PCC		
Quais as técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados de saúde em cuidados intensivos?"		

No que concerne a amostragem, esta Scoping inclui todos os artigos que abordam as técnicas de comunicação utilizadas na transição de cuidados de enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos. Os estudos que focam outros contextos de cuidados, como serviços de internamento, urgência ou fora do contexto hospitalar, foram excluídos (tabela 2).

Na realização da pesquisa não foi colocada qualquer restrição temporal e foram analisados todos os artigos, de estudos primários ou secundários, em língua portuguesa espanhola e inglesa, que responderam à questão de investigação.

**Tabela 2** - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção do estudo.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos que abordam as técnicas de comunicação utilizadas na transição de cuidados de enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos.	Estudos que focam outros contextos de cuidados, como serviços de internamento, urgência ou fora do contexto hospitalar.
Todos os artigos, de estudos primários ou secundários, em língua portuguesa espanhola e inglesa, que responderam à questão de investigação.	

A pesquisa do estudo para a seleção dos artigos iniciou a dia 1 de dezembro de 2022 e término a 30 de maio de 2023. Considerando a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), a pesquisa foi conduzida em três etapas. Numa primeira fase foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, via EBSCOhost, de forma a determinar as palavras-chave e termos de indexação mais utilizados nos títulos, termos do assunto e resumos das publicações relativas ao conceito em estudo.

A tabela 3 explana a seleção e identificação das palavras-chave segundo os termos Mesh/Desh.

**Tabela 3** - Palavras-chave, descritores Mesh/Desh.

<b>Nurs*</b>	<b>Intensive care</b>	<b>Handoff</b>
Nursings	Care, Critical	Care, Transitional
	Care, Intensive	Cares, Transitional
	Care, Surgical Intensive	Home Transition
	Intensive Care	Transition Care
	Intensive Care, Surgical	Transition Cares
	Surgical Intensive Care	Transitional Cares

Numa segunda etapa, partindo da análise das palavras-chave e termos de indexação identificados, foi realizada uma pesquisa avançada, nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete (via EBSCOhost) e MEDLINE (via Pubmed) e SCIELO e bibliografia dos artigos finais encontrados, segundo a seguinte frase booleana:

***("Nurs\*") AND ("Intensive Care") AND ("Handoff")***

Posteriormente, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados e realizada uma triagem de fontes com relevância para esta Scoping Review.

Após estas três fases, foram eliminados, os artigos duplicados, recorrendo a um software gerenciador de referências, e analisados e selecionados por títulos, por resumos, e a sua análise integral dos artigos selecionados foi realizada por dois revisores independentes.

Todo o processo de seleção das fontes e respetivos resultados foram mapeados recorrendo a um diagrama de fluxo PRISMA-ScR (Aromataris & Munn, 2020).

Para uma maior compreensão dos resultados encontrados, estes foram organizados numa tabela (Anexo III), que tem por base as orientações emanadas pelo JBI. No relato desses resultados do estudo identificaram-se as implicações para a prática e para a pesquisa/investigação (Aromataris & Munn, 2020).

## *5.2 Considerações éticas*

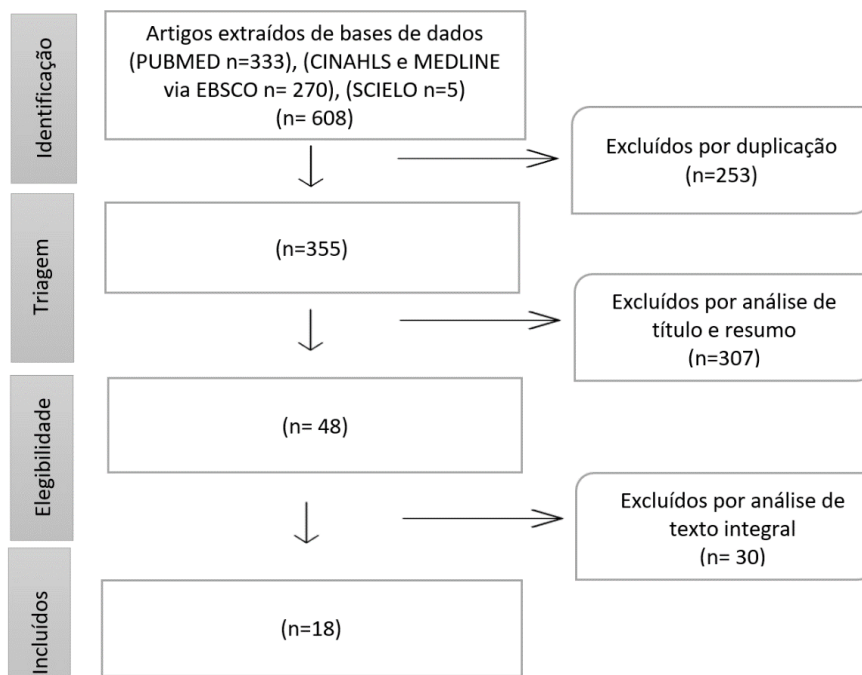
Tratando-se de uma Scoping Review, não houve participantes e por isso mesmo não houve necessidade de obtenção de consentimento informado, procedimentos de armazenamento e conservação dos dados. Contudo a equipa de investigação compromete-se a respeitar a propriedade intelectual da literatura encontrada durante todo o percurso de revisão. Mais se acrescente que, nesta investigação não existem conflitos de interesses.

## 4. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados decorrentes da análise efetuada. Para facilitar uma melhor compreensão dos mesmos, foram agrupados em subcapítulos tendo em conta os objetivos do estudo. Assim, será feita uma descrição da pesquisa realizada até a seleção dos estudos para análise e depois a categorização e síntese de dados onde são descritas as técnicas de transmissão de informação na transição de cuidados de saúde identificadas.

### 6.1 Seleção dos estudos

Da pesquisa realizada, resultaram um total de 608 potenciais artigos, dos quais 253 eram duplicados, totalizando 355 artigos apropriados para revisão. Desses, foram excluídos 307 por análise de título e resumo, totalizando 48 artigos. Estes últimos foram submetidos a uma análise de texto integral ao qual finalizaram 18 artigos por respeitarem os critérios de inclusão do estudo e descreverem quais as técnicas utilizadas por enfermeiros em cuidados intensivos na transição de cuidados (consultar Anexo III).



**Figura 1** - Fluxograma PRISMA referente ao processo de seleção de artigos da pesquisa.

## 6.2 Categorização e síntese de dados

Considerando a transição de cuidados nas Unidades de Cuidados Intensivos, os estudos demonstraram a utilização de 14 diferentes técnicas de transmissão de informação entre enfermeiros.

As técnicas encontradas foram: THE FLOW, ENHS (Electronic Nursing Handover System), SBAR, ISBAR, ISOBAR, I PASS, I PASS THE BATTON, eMDS (evidence-based structured electronic minimum data set), EHR-NSR (generated Nursing Summary Report), EHR, MCT, TAB – EHR, Verbal/ papéis variados, e Glass door.

As técnicas foram agrupadas em três grandes categorias, tendo em conta as suas especificidades: estruturadas, informatizadas e não estruturadas (tabela 4).

As técnicas estruturadas são o SBAR, ISBAR, ISOBAR, I PASS, I PASS THE BATTON, uma vez, que seguem uma estrutura pré-definida e uma sequência lógica de raciocínio. As técnicas informatizadas são o THE FLOW, eMDS (evidence-based structured electronic minimum data set), EHR-NSR (generated Nursing Summary Report), EHR, MCT, TAB – EHR, ENHS (Electronic Nursing Handover System), que algumas são baseadas em mnemónicas, mas estruturadas em sistemas eletrónicos integradas nos serviços dos próprios cuidados intensivos. Além destas duas categorias, podemos agrupar outras técnicas, numa terceira categoria, a das técnicas não estruturadas, como a Verbal/ papéis variados e o Glass door, que não tem propriamente uma sequência ou ordem padronizada.

Tabela 4 - Categorias das técnicas de transição de cuidados identificadas no estudo.

CATEGORIA ESTRUTURADA		
	Nº de artigos	Título do artigo
ISBAR	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study</li> <li>• Dynamic Pocket Card for Implementing ISBAR in Shift Handover Communication</li> <li>• Nursing Team Leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study</li> </ul>
SBAR	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation of the Situation, Background, Assessment, and Recommendation Handover Tool in Improving Communication and Satisfaction Among Jordanian Nurses Working in Intensive Care Units</li> <li>• The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation technique</li> </ul>

ISOBAR	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available</li> </ul>
I PASS	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow</li> </ul>
I PASS THE BATON	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blending Evidence and Innovation Improving Intershift Handoffs in a Multihospital Setting</li> </ul>
CATEGORIA INFORMATIZADA		
	Nº de artigos	Título do artigo
THE FLOW	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Using mobile devices for inpatient rounding and handoffs: an innovative application developed and rapidly adopted by clinicians in a pediatric hospital</li> </ul>
eMDS (evidence-based structured electronic minimum data set)	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interruptions During Senior Nurse Handover in the Intensive Care Unit</li> </ul>
EHR-NSR (Nursing Summary Report)	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information Content Across Types of Nurse Cognitive Artifacts</li> </ul>
EHR	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information and Data Visualization Needs among Direct Care Nurses in the Intensive Care Unit</li> </ul>
MCT	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Developing a Standardized Tool to Improve Nurse Communication During Shift Report</li> </ul>
TAB – EHR	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>An observational study of patient handover communications among nurses on an oncology critical care unit</li> </ul>
ENHS (Electronic Nursing Handover System)	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>The effects of electronic nursing handover on patient safety in the general (nonCOVID-19) and COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study</li> </ul>
CATEGORIA NÃO ESTRUTURADA		
	Nº de artigos	Título do artigo
Verbal/ papeis variados	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>A systematic review of nurses' inter-shift handoff reports in acute care hospitals</li> <li>A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care</li> </ul>
Glass door	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Novel ICU Hand-Over Tool: The Glass Door of the Patient Room</li> </ul>

A maioria dos artigos incluídos, 15 artigos, no estudo escolheram uma técnica a pôr em prática nas suas Unidades de Cuidados Intensivos com o intuito de implementar uma padronização no que diz respeito à transmissão de informação, seja por uma via informatizada ou não, recorrendo a uma forma estruturada com uma sequência lógica onde

é agrupada a informação. Contudo, em 3 artigos, foi demonstrado que ainda existem alguns serviços que utilizam técnicas não estruturadas como o modo verbal ou papeis variados e o Glass door.

No que concerne às técnicas da categoria estruturada, o SBAR (Situation - Background- Assessment - Recommendations), e as suas derivações o ISBAR (Identify- identificação da pessoa em questão; Situation- motivo pelo qual se encontra a necessitar de cuidados; Background- antecedentes de relevo; Assessment- avaliação do estado atual (Ex: ABCDE); Recommendations – plano a seguir), e o ISOBAR (Identity - Situation – Observations - Background - Acorded plan - Read back) que são mnemónicas que surgem com o objetivo de melhorar a qualidade da transição de cuidados garantindo melhor qualidade na comunicação e assim uma maior segurança para a pessoa que está a ser cuidada (Bakon et al., 2017; Schmidt et al., 2019).

ISBAR foi a técnica mais utilizada nos artigos deste estudo, no que diz respeito à categoria estruturada, foram encontrados três. Um dos artigos foi realizado nomeadamente numa UCI médico cirúrgica de cardiotorácica na Austrália, um focus grupo, com 63 enfermeiros séniores, que concluíram a utilidade da técnica ISBAR para orientar a transferência clínica, sendo esta, padronizada com objetividade e com conteúdo mínimo a ser informado durante transmissão de informação, contudo, segundo os participantes, outros dados não ISBAR foram considerados de revelo serem acrescentados (Spoonner et al., 2018).

Ainda na Austrália, num estudo observacional, realizado por Spoonner et al. (2016), onde foram observadas e registadas quarenta transferências do coordenador da equipe de enfermagem, que resultou num total de 277 transferências de pacientes e uma média de 7 pacientes discutidos em cada transferência. Os autores concluíram após análise de conteúdo dedutiva e indutiva dentro das prioridades e categorias do esquema ISBAR que a Avaliação e as Recomendações foram as que obtiveram melhores resultados e que também transmitiam uma quantidade diversificada de informações adicionais que não se encaixavam no esquema ISBAR (Spoonner et al., 2016).

Já na UCI do Centro Hospitalar de Biel, um estudo descritivo, realizado por Schmidt et al. (2019), com objetivo de desenvolver um *pocket card*, tendo por base o ISBAR, teve por parte dos participantes um elevado nível de aceitação, contudo os autores chegaram à conclusão que seria necessário um estudo mais abrangente de forma a perceber se existe realmente melhoria de comunicação e se o aplicativo móvel seria o meio mais indicado para a implementação da técnica.

Relativamente à técnica SBAR foram encontrados dois artigos que descrevem a implementação na transmissão de informação em serviços de UCI, onde incluíram a realização de questionários de avaliação pré e após a sua implementação. No estudo quase-experimental pré-teste e pós-teste, com 71 enfermeiros realizado por Dalky et al. (2020), na

Jordânia, concluíram que, houve uma melhora significativa no conhecimento pós-teste e nas “relações e comunicação em geral” e “satisfação” além de ganhos nas “relações gerais e comunicação” em comparação com o pré-teste. No estudo realizado por Wang et al. (2022) num Departamento de Medicina Intensiva do Centro Médico da Força Aérea em Pequim, os resultados concluíram que houve melhoria no que respeita a diminuição dos riscos de 5% para 1.67% e de informação perdida de 7.26% para 2.02%.

Na utilização da técnica ISOBAR, foi encontrado um estudo do tipo revisão da literatura, realizado por Bakon et al. (2017), com o objetivo de encontrar diferentes modelos e processos de transferência disponíveis e sua eficácia na melhoria da comunicação de transferência na prática de enfermagem, no qual concluem que existem várias técnicas de transição de cuidados em uso, mas não há evidências de que algum tenha maior eficácia.

O ISOBAR e suas adaptações continuam a ser o único modelo empregado em várias especialidades, porém é necessária uma análise comparativa da eficácia de diferentes tipos de técnicas em vários ambientes clínicos, como Unidades de Cuidados Intensivos (Bakon et al., 2017)

Da categoria das técnicas estruturadas, também, foi encontrada a mnemónica I PASS (I - Illness Severity, P - Patient Summary, A - Action List, S - Situation Awareness and Contingency Plans, S - Synthesis by Receiver), associada a uma redução nas taxas de erro e melhoria na comunicação para médicos residentes na transmissão de informação. Segundo o estudo incluído, realizado por Starmer et al. (2017), houve a implementação de um IPASS Handoff Bundle modificado para enfermeiros que trabalham em UCI, em Boston, e resultou numa diminuição significativa nas taxas gerais de interrupções durante os períodos de transferência verbal e foi associada a melhorias na integridade e qualidade das comunicações de *handoff* e reduções nas taxas de interrupções, sem impacto significativo na duração do *handoff* ou no fluxo de trabalho de enfermagem.

I PASS THE BATON é uma mnemónica baseada em evidências que representa várias categorias. As mesmas são padronizadas, os elementos-chave da informação em cada categoria podendo ser alterado para representar a particularidade da especialidade/serviço. As categorias representam: I – Introduction (Apresenta-se e sua função/trabalho (inclua o paciente), P – Patient (Nome, identificadores, idade, sexo, localização), A – Assessment (Queixa principal, diagnóstico, nível de consciência, sinais vitais e sintomas), S – Situation (Status/circunstâncias/problemas atuais, incluindo status do código, avanço diretivas, nível de (in)certeza, mudanças recentes e resposta a tratamento), S - Safety concerns (Valores/relatórios laboratoriais críticos, fatores socioeconómicos, alergias e alertas (quedas, isolamento), restrições, risco de rutura da pele, um para um observação, assistência fora da cama, reflexo de deglutição deficiente), THE B – Background (Comorbidades, episódios anteriores, medicamentos atuais, histórico familiar, procedimentos), A – Actions

(Metas/necessidades a serem cumpridas, que ações foram tomadas ou são necessárias? Fornecer breve justificção. Exemplos: titulações de oxigênio, desmame, cama em baixa posição, tocar campainhas ao alcance, virar e posicionar a cada 2 horas, chefe de cama a 30° 45°, precauções de aspiração), T – Timing (Nível de urgência e calendário explícito e priorização de ações, por exemplo, medicamentos, preparação de procedimento/cirurgia, amostras a serem colhidas (níveis máximos e mínimos), reavaliação), O – Ownership (Quem é o responsável (pessoa/equipe), incluindo paciente/família, por exemplo, médico, contato familiar, procurador de cuidados de saúde, N – Next (Pergunte ao paciente: Você tem alguma preocupação neste momento? O que vai acontecer próximo? Mudanças previstas? Qual é o plano? Há contingência planos? Planos de alta?) (Thomas & Donohue-Porter, 2012).

Thomas & Donohue-Porter (2012), realizaram em 7 hospitais de um sistema multilocal, um estudo piloto de transferências entre turnos, utilizando a técnica I PASS THE BATON redesenhadas com as lições aprendidas, onde concluíram um aumento na satisfação do enfermeiro e do paciente.

O THE FLOW é uma técnica de transição de cuidados através de um dispositivo móvel que fornece uma visão dos dados do paciente e com capacidade de inserir notas curtas (Motulsky et al., 2017).

As categorias da técnica foram desenvolvidas tendo por base o ISBAR adaptado para cada unidade de acordo com as necessidades dos médicos, tendo sido incentivado o uso do smartphone pessoal em 4 unidades piloto (Motulsky et al., 2017).

A sua implementação foi feita em duas Unidades de Cuidados Intensivos (uma unidade pediátrica e uma unidade neonatal) em outubro de 2013 e maio de 2014, respetivamente. Em outubro de 2014, também foi implementado em 3 unidades médicas do mesmo local. Em janeiro de 2015, a unidade neonatal de outro hospital passou a utilizar de forma espontânea esta técnica. Foi realizada uma auditoria para visualizar os padrões de utilização da plataforma e aplicado um questionário para descrever a experiência do utilizador. Todos os profissionais de saúde que usaram o aplicativo receberam um convite para preencher o questionário (Motulsky et al., 2017).

Tem havido um crescente interesse no uso de técnicas eletrónicas para transmitir informações durante a transição de cuidados, dessa forma, ao nível das técnicas informatizadas, foram identificadas três, baseadas no sistema de registo eletrónico de saúde EHR (*electronic health record*) (Motulsky et al., 2017).

A técnica TAB- EHR surge de um estudo observacional e avaliativo, realizado por Milesky et al. (2018), com objetivo de melhorar a qualidade e viabilidade no uso de recomendações baseadas em evidências no que diz respeito à transição de cuidados. Os dados foram coletados por um único observador, durante dois meses numa UCI oncológica e resultaram em 38 observações em 2015 e 35 observações em 2016. A técnica foi construída, integrando

vinte elementos de transferência essenciais baseados na literatura e quatro elementos baseados no ambiente da prática clínica (Milesky et al., 2018).

As enfermeiras receberam formação mensalmente durante as reuniões de equipa, abordando o uso de métodos padronizados que incluíam o uso do handover função (“tab”) do EHR (Milesky et al., 2018).

Após a aplicação da técnica constatou-se que a, equipe de enfermagem expressou a vontade de utilizar o EHR nas transições de cuidados, apreciaram a consistência e diminuíram a necessidade de escrever informações. A técnica permite a atualização do plano dos doentes em tempo real por ser suportada por tecnologia baseada em informações presentes no registo eletrónico que são considerados pela sua pontualidade, precisão, consistência, conveniência e respeito pela privacidade do doente. As técnicas de transição de cuidados de saúde suportadas pelo EHR estão associadas com diminuição do tempo de preparação da transição, aumento da capacidade de controlo remoto e acessibilidade e uma diminuição no envelhecimento dos dados ou erro de transcrição (Milesky et al., 2018).

Num outro estudo qualitativo, realizado por Lindroth et al. (2022), foi feita uma pesquisa anónima multicêntrica com objetivo de perceber as necessidades de informação e visualização na transição de cuidados do doente de forma também a melhorar e aumentar a utilização do EHR. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros de UCI de cuidados diretos, ao qual se concluiu que 64% consideraram a visualização EHR atual era insuficiente.

Ainda integrado no EHR surge o *Nursing Summary Report* (NSR), que é um relatório de enfermagem resumido gerado do sistema eletrónico. A técnica surge num estudo observacional com o objetivo de comparar o conteúdo da informação em três formatos de transição de cuidados usados por enfermeiras de cuidados intensivos em uma unidade de oncologia médica onde chegam à conclusão de que o NSR imprimiu algumas informações não vistas nos outros formatos. Algumas informações não impressas no NSR pelo EHR foram manuscritas pela enfermeira e eram mais personalizadas (BLAZ et al., 2016).

Num estudo piloto num grande centro académico no sul dos Estados Unidos, realizado por Jukkala et al. (2012), com o objetivo de desenvolver um projeto de melhoria da qualidade através do microsistema clínico, desenvolveram e avaliaram uma ferramenta padronizada, de forma a melhorar a comunicação na transição de cuidados entre os enfermeiros.

O microsistema clínico é o ponto em que há um cruzamento entre pacientes e profissionais de saúde, nomeadamente quando os enfermeiros, prestam cuidados de saúde.

O estudo foi posto em prática com 43 enfermeiros numa Unidade de Cuidados Intensivos Médica (MICU). Os membros da equipa principal reviram a melhor literatura e melhores práticas clínicas para orientar as melhores práticas incluindo o desenvolvimento da técnica de comunicação da MICU (MCT) (MICU Communication Tool). O MCT inicial incluía uma visão

frontal da figura humana e um texto para orientar a comunicação específica dos sistemas do corpo, trabalho básico de laboratório, procedimentos e preocupações sociais/familiares (Jukkala et al., 2012).

Os resultados deste projeto demonstraram melhoria na qualidade e segurança, aumentando o envolvimento da equipa utilizando o microsistema clínico. É relatado, pela equipa, uma melhoria na comunicação, após a implementação do MCT (Jukkala et al., 2012).

Relativamente à técnica foram identificadas melhorias na versão final tais como a mudança do fluxo visual de informações (de circular para vertical), coletando mais informações para cada sistema corporal, e agregando conteúdos específicos aos planos de cuidados e novas ordens. Apesar da passagem de turno (por exemplo, fita de áudio, cara a caralongo da cama ou formato verbal ao lado da cama) ter sido bem avaliada, o processo de entrega de informações em termos de conteúdo específico necessário, fluxo de informações e perceção de comunicação dos enfermeiros recebeu menos atenção (Jukkala et al., 2012).

Os Sistemas eletrónicos de transferência de enfermagem foram comprovados como mais eficientes comparativamente com outras técnicas de transição de cuidados de saúde baseados em papel e demonstraram melhor continuidade dos cuidados. Vários estudos realizados sobre o desenvolvimento de Electronic Nursing Handover System (ENHS), indicaram que há uma precisão no fornecimento dos dados desses sistemas de forma a manter um *handover* estruturado, aumentar a qualidade da informação clínica, reduzir o tempo de *handover* e melhorar a comunicação e satisfação dos seus utilizadores (Tataei et al., 2023).

A ENHS incluiu itens sobre informações demográficas dos pacientes, registos médicos, sinais vitais, exames médicos, consultas, medidas clínicas, medicamentos e informações especializadas avaliadas na UCI, incluindo pontuação da avaliação de dor, Escala de Coma de Glasgow (GCS) (Tataei et al., 2023).

No hospital da Universidade Imam Khomeini, no Irão, foi desenvolvido um estudo quase-experimental, com objetivo de determinar e comparar o efeito do ENHS no que diz respeito à segurança do paciente em UCI geral e UCI COVID-19 (Tataei et al., 2023).

O estudo foi conduzido durante um período de 8 meses, de 22 a 2021 a 26 de junho de 2022, utilizando um pré-teste e pós-teste para avaliar as perspetivas dos enfermeiros em relação à ENHS e seu efeito na segurança do paciente (Tataei et al., 2023).

Participaram no estudo 29 enfermeiros que trabalhavam nos dois departamentos das UCI COVID-19 e Geral. Estes, receberam formação presencial de 45 minutos em 9 grupos de 3 pessoas e um vídeo para treinar de complemento no login inicial do sistema. Cada enfermeiro obteve um utilizador e senha própria de forma a manter a confidencialidade das informações dos pacientes (Tataei et al., 2023).

Após a formação, em cada unidade, os enfermeiros utilizaram o ENHS simultaneamente com o método convencional de transição de cuidados com papel durante dois meses. Durante a aplicação do ENHS, a equipa de pesquisa teve supervisão direta para eliminar qualquer dúvida na aplicação do sistema (Tataei et al., 2023).

Como resultado deste estudo, o uso do Kardex eletrónico de enfermagem aumentou a qualidade do handover e a eficácia clínica. Baseado nas opiniões dos enfermeiros, após a intervenção, o ENHS melhorou a qualidade da transição de cuidados de enfermagem e proporcionou um maior nível de cuidado dos enfermeiros da UCI, especialmente durante a pandemia de COVID-19, quando o aumento da carga de trabalho desafiou a qualidade das passagens de turno (Tataei et al., 2023).

Outras das técnicas encontradas no estudo foi *evidence-based structured electronic minimum data set* (eMDS). É uma técnica que surge de um estudo qualitativo na Austrália, realizado por Spooner et al. (2019), com objetivo de melhorar o processo de transição de cuidados, reduzindo as interrupções. Foi conduzido numa UCI de cardiotorácica. Em estudos de investigação anteriores os enfermeiros tinham expressado frustração com a frequência das interrupções e a insatisfação com as práticas atuais de transição de cuidados. Foi implementado um projeto de melhoria segundo o *Australian National Safety and Quality Health Service Standard on clinical handover and improve nursing* entre janeiro e março de 2016 que incluiu: a realocação da transição de cuidados dos coordenadores de enfermagem do espaço central da mesa da UCI para a cabeceira do paciente e utilização de um conjunto de dados mínimos eletrónicos estruturados (eMDS) baseado em evidências que foi impresso a partir de um sistema de informação clínica (CIS), fornecendo um alerta caso houvesse interrupções.

O eMDS advém de um estudo anterior com estrutura baseada na mnemónica ISBAR, inclui outros itens considerados de relevo para a transição de cuidados como o fluxo e gestão da unidade (admissões, altas, pessoal, etc.), alertas de pacientes (estado infeccioso, local de infeção) e atualizações de pacientes (plano de fim de vida). A maior parte do conteúdo do eMDS é preenchida automaticamente a partir de múltiplas fontes dentro do CIS (anotações médicas e de enfermagem, observações, medicamentos), reduzindo drasticamente o tempo de preparação da transição. O eMDS contém informações mais atualizadas do paciente e pode ser impresso imediatamente antes da transição. Esta foi a primeira vez que o eMDS foi implementado numa UCI (Spooner et al., 2019).

Para implementar a técnica, houve formação em todas as passagens de turno. Os enfermeiros, durante a formação, discutiram cenários de transição de cuidado e colocaram em prática utilizando o eMDS (Spooner et al., 2019).

Apesar de uma diminuição nas interrupções após a intervenção, a diferença no número e frequência de interrupções entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Havia

interrupções por parte dos enfermeiros que discutiam assuntos específicos do trabalho ou mesmo assuntos pessoais antes e depois da intervenção (Spooner et al., 2019).

No que refere as técnicas de categoria não estruturada, nomeadamente, verbal/papeis variados foram encontradas menções em dois artigos, uma Scoping Review e uma revisão sistemática no qual ambas concluem que existe imprecisão, incongruências, impossibilidade, variabilidade e ausência de informação de relevo necessária a ser transmitida na transição de cuidados por parte dos enfermeiros (Holly & Poletick, 2014; Poletick & Holly, 2010).

Glass Door é constituída por 3 colunas, uma para as metas diárias: "equipa diurna", "equipe noturna" e "equipa de cirurgia/consultório", Áreas designadas para acompanhamento 'linhas', "antibióticos", "desmame do ventilador" e "triagem de trombose venosa profunda (TVP)". São preenchidas/atualizadas ao longo do dia por toda a equipa da UCI e podem alterar os planos atuais/questões ativas enquanto avaliam o paciente. Os dados de identificação do paciente não estão incluídos (Wessman et al., 2017).

O Glass Door é uma técnica que foi criada num projeto realizado por Wessman et al. (2017), com o objetivo de melhorar os cuidados prestados ao doente de cuidados intensivos, que fosse facilmente acessível a qualquer pessoa, como familiares e equipa multidisciplinar, sendo maleável o suficiente para poder ser utilizada e para transmitir vários tipos de informação necessária. Os enfermeiros relatam o benefício de ter um plano/registo escrito das metas e aumento na capacitação para garantir utilização da técnica. Nesse projeto, na era pós-glass door houve uma redução de risco relativo de 46,5% e pela utilidade, pelo meio de comunicação foi rapidamente adotado por outras Unidades de Cuidados Intensivos (Wessman et al., 2017).

## 5. Discussão

---

Neste capítulo procedemos à discussão dos resultados anteriormente apresentados, tendo como referência o quadro teórico e os objetivos do estudo inicialmente delineados.

Da análise dos resultados podemos perceber que não existe uma técnica de transmissão de informação na transição de cuidados específica, exclusiva e padronizada para a utilização dos enfermeiros em cuidados intensivos.

Contudo, denota-se uma clara aposta na utilização de técnicas de comunicação na transição de cuidados de saúde nos cuidados intensivos, de forma a aumentar a segurança, qualidade e continuidade de cuidados (Wessman et al., 2017).

Foram evidenciadas 14 técnicas de comunicação de transição de cuidados de saúde, agrupadas em 3 diferentes categorias: 5 estruturadas, 7 informatizadas e 2 não estruturadas.

As técnicas estruturadas, isto é, padronizadas, demonstraram-se mais fáceis de trabalhar e praticar, sendo facilmente aceites pelos enfermeiros, contudo há estudos que revelam que há dados que não são incluídos por não terem enquadramento da estrutura adotada (Spooner et al., 2018; Spooner et al., 2016).

As técnicas informatizadas/eletrónicas, baseadas em técnicas já existentes como o ISBAR, como é o caso do eMDS e o THE FLOW, com algumas adaptações, tem a vantagem de preenchimento automático por mapeamento de dados pelo sistema, diminuindo o tempo de registo dos enfermeiros (Spooner et al., 2019; Motulsky et al., 2017).

O sistema informatizado mais utilizado é o EHR e depois existem as suas derivações ajustadas a cada unidade. O sistema de registo eletrónico de saúde, EHR (*electronic health record*) permite a atualização do plano dos doentes em tempo real porque é uma técnica suportada por tecnologia que preenche a partir de informações presentes no sistema. É apreciada pela sua pontualidade, precisão, consistência, conveniência e respeito pela privacidade do doente. As técnicas de transição de cuidados suportadas pelo EHR estão associadas à diminuição do tempo de preparação da transição de cuidados de saúde, capacidade de controle remoto, acessibilidade e uma diminuição no envelhecimento dos dados ou erro (Motulsky et al., 2017).

As técnicas não estruturadas, passagem verbal e/ou papeis variados não traduzem qualidade no que diz respeito à comunicação na transição de cuidados, podendo omitir dados importantes (Holly & Poletick, 2014; Poletick & Holly, 2010).

Apesar de ser uma técnica não estruturada o Glass Door demonstrou uma redução do risco e adoção da mesma por outras unidades (Wessman et al., 2017).

De todas as técnicas o ISBAR foi a mais encontrada em estudos como sendo estruturada ou servindo de base para as informatizadas (totalizando 5 estudos), contudo não podemos comprovar, mesmo assim, a existência de uma técnica mais adequada para os cuidados intensivos no que diz respeito à transição de cuidados.

Face à análise dos estudos, importa realçar a preocupação do cumprimento das questões éticas e de privacidade, nomeadamente nas técnicas em que a informação fica acessível de forma indiscriminada e no uso de aplicações móveis em dispositivos de uso pessoal dos profissionais.

## 6. Conclusão

---

Da prática clínica faz parte a transição de cuidados de saúde. Esta ocorre várias vezes durante o dia quando há uma mudança de responsabilidade de cuidados de um profissional para outro (Spooner et al., 2018).

A segurança na comunicação da transição de cuidados de saúde é uma meta estipulada pela Organização Mundial da Saúde, pela Comissão Conjunta nos EUA e, mais recentemente, pela Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Saúde (ACSQHC) (Spooner et al., 2018).

As falhas de comunicação foram identificadas como uma das principais causas de malefício na última década, durante a transição de cuidados, o que traduz atrasos no diagnóstico, erros médicos, diminuição da qualidade e continuidade de cuidados e aumento nos gastos de saúde (Spooner et al., 2018).

As UCI's têm um ambiente controlado, porém sofrem pressão do tempo, das pessoas que estão em situação crítica e requerem cuidados a qualquer momento, do ambiente complexo e multidisciplinar das UCI's que aumenta a probabilidade de erros médicos (Spooner et al., 2018).

Embora haja diversas técnicas de transmissão de informação na transição de cuidados de saúde, atualmente ainda não existe nenhuma formalizada e padronizada exclusivamente para os cuidados intensivos (Spooner et al., 2013).

Por isso mesmo, o objetivo do nosso estudo do tipo Scoping Review era mapear a evidência científica sobre as técnicas de comunicação utilizadas na transição de cuidados de enfermagem nos cuidados intensivos. Foram identificadas 14 técnicas diferentes em diversas UCI's.

A maioria das técnicas mais informatizadas/eletrónicas, outras baseadas em mnemónicas e outras, já a cair em desuso por não refletir qualidade, em formato de papeis.

Durante o estudo sentiu-se limitações de acesso ao nível das bases de dados e alguns artigos não serem de acesso livre, diminuindo assim o número de artigos disponíveis.

Com este trabalho, não podemos afirmar que existe uma técnica de comunicação na transição de cuidados mais eficaz para cuidados intensivos, portanto, consideramos que emerge a premência de levar a cabo, mais estudos primários sobre a temática em contexto de UCI.

Técnicas que facilitem e otimizem o trabalho do enfermeiro dos cuidados intensivos que por si só já acarreta uma carga grande de trabalho, stress e gestão do stress são essenciais, devendo apostar-se numa técnica patenteada pela inovação, facilidade, praticidade e padronização para rapidez e fluidez de raciocínio de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e a sua continuidade.

O facto de haver diversidade de técnicas sugere que não existe uma abordagem única ou universalmente aceitável para a comunicação na transição de cuidados nos cuidados intensivos. Em vez disso, os enfermeiros podem adaptar as suas práticas de comunicação com base nas necessidades específicas de cada situação, paciente e contexto da UCI.

Além disso, a identificação dessas técnicas fornece uma base sólida para futuras pesquisas e desenvolvimento de diretrizes ou programas de integração e/ou treino que visem melhorar a qualidade da comunicação durante a transição de cuidados nos cuidados intensivos.

Posto isto, a variedade de técnicas de comunicação de transição de cuidados mapeadas neste estudo destaca a importância da flexibilidade e da adaptabilidade dos enfermeiros nas UCIs. Essas técnicas podem servir como base para melhorias contínuas nas práticas de comunicação, com o objetivo de garantir uma transição de cuidados eficaz e segura nos ambientes de cuidados intensivos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A comunicação na transição de cuidados de saúde pelos enfermeiros é um pilar fundamental em todos os contextos da prática clínica, tendo um impacto significativo na segurança e no bem-estar da pessoa cuidada.

A possibilidade de realizar estágios no INEM e na UCIP, sendo contextos de trabalho distintos, onde a transmissão de informação no momento de transição de cuidados de saúde é efetuada de diferentes formas, permitiu ter uma noção mais abrangente das técnicas que eram usadas pelos enfermeiros, servindo como ponto de partida para o aprofundamento da temática no universo mais específico dos cuidados intensivos.

No ambiente complexo, stressante e multidisciplinar das UCI, a transição de cuidados de saúde por si só é um momento crítico onde a comunicação eficaz é essencial para garantir a continuidade do tratamento e minimizar erros.

A aplicação de técnicas de comunicação em transição de cuidados de saúde exige um compromisso contínuo com a formação e o desenvolvimento dos enfermeiros, bem como uma cultura organizacional que valorize a comunicação eficaz. Além disso, é importante lembrar que a comunicação não se limita apenas à transmissão de informação, mas também envolve empatia, escuta ativa e respeito pelos colegas, pela pessoa cuidada e pela família da mesma. Portanto, os enfermeiros devem ser treinados não apenas na utilização das técnicas de comunicação, mas também em habilidades interpessoais.

Em última análise, a pesquisa sobre as técnicas utilizadas pelos enfermeiros na transição de cuidados em cuidados intensivos destaca a importância de abordar esse aspeto crítico da assistência à saúde, uma vez que as técnicas de comunicação identificadas, que foram implementadas em UCI pelos enfermeiros, podem contribuir para uma assistência mais segura, eficaz e centrada na pessoa em situação crítica, melhorando a qualidade dos cuidados em cuidados intensivos e promovendo melhores resultados para as pessoas cuidadas e para as suas famílias. Portanto, é fundamental que as organizações de saúde e os profissionais da área de enfermagem reconheçam a importância da comunicação eficaz e invistam na sua melhoria contínua, seja em formação, seja em investigação.

O conhecimento adquirido sobre a importância da comunicação no momento de transição de cuidados teve impacto na forma como passei a analisar a realidade do meu contexto de trabalho. Assim, existe agora um olhar mais especializado no que concerne à identificação de fragilidades e criação de oportunidades de melhoria que promovam a

prestação de cuidados seguros traduzindo-se num inegável aumento da qualidade do serviço prestado, e conseqüentemente uma prática especializada na abordagem à pessoa em situação crítica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Abo Seada, A. I., Abo Habieb, E.-T. E., Salameh, B. S., El-Wkeel, N. S., & Abdelkader Reshia, F. A. (2022). Developing Nursing Standards for Maintaining Shift Handover in the Intensive Care Unit: A Methodological and Cross-Sectional Study. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 59, 469580221144078. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1177/00469580221144078>
- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, (2020). <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bakon, S, Wirihana, L, Christensen, M, Craft, J. (2017). Nursing handovers: An integrative Review of the diferente models and processes available. *International Journal of Nursing Practice*, 23, Abril. <https://doi.org/10.1111/ijn.12520>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- BLAZ, J. W., DOIG, A. K., CLOYES, K. G., & STAGGERS, N. (2016). Information Content Across Types of Nurse Cognitive Artifacts. *Studies in Health Technology & Informatics*, 225, 641–642. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-641>
- Browne, J., & Braden, C. J. (2020). Nursing Turbulence in Critical Care: Relationships With Nursing Workload and Patient Safety. *American Journal of Critical Care*, 29(3), 182–191. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020180>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., Mellis. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR, *BMC Medical Education*, 20, Dezembro. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Centro Hospitalar Universitário de Santo António. (2023). Centro Hospitalar Universitário de Santo António. <https://www.chporto.pt/>
- Dalky, H. F., Al-Jaradeen, R. S., & AbuAlRrub, R. F. (2020). Evaluation of the Situation, Background, Assessment, and Recommendation Handover Tool in Improving Communication and Satisfaction Among Jordanian Nurses Working in Intensive Care Units. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 39(6), Art. 6. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000441>
- Decreto de Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro do Ministério da Saúde (2011). Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República: Série I, n.º 249. <https://data.dre.pt/eli/declei/124/2011/12/29/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, do Presidência do Conselho de Mini

- stros da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República: 1ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho Normativo n.º 8591-D/2016 do Ministério da Administração Interna - Diário da República n.º 125/2016, 2.º Série II (2016). <https://dre.pt/application/conteudo/74848647>
- Despacho Normativo n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República: 2.ª série B, n.º 28. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Despacho Normativo n.º 5561/2014 do Ministério da saúde - Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014). Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. Diário da República: 2.ª série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/5561-2014-25696609>
- Despacho Normativo n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República: 2.ª série, n.º 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Norma n.º 001/2017, de 08/02/2017. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Eppich, W. (2015). “Speaking Up” for Patient Safety in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 16; 1522-8401. <https://doi.org/10.1016/j.cpem.2015.04.010>
- Ferracioli, G. V., Oliveira, R. R., Souza, V. S., Teston, E. F., Varela, P. L. R., & Costa, M. A. R. (2020). *Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar*. Revista Enfermagem Foco 11(1), 15-20.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Holly, C., & Poletick, E. B. (2014). A systematic Review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17–18), Art. 17–18. <https://doi.org/10.1111/jocn.12365>

- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2013). Sistema integrado de emergência médica. Lisboa. [WWW.inem.pt/files/2/documentos/20140108162916460041.pdf](http://WWW.inem.pt/files/2/documentos/20140108162916460041.pdf)
- International Council of Nurses (ICN). (2019). CORE COMPETENCIES IN DISASTER NURSING VERSION 2.0. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf)
- Işık MT, Özdemir RC, Serinkaya D. (2022). Ethical Attitudes of Intensive Care Nurses during Clinical Practice and Affecting Factors. *Indian J Crit Care Med.* 26(3):288-293. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24143
- James, D., Jukkala, A., Azuero, A., Autrey, P., Vining, L., & Miltner, R. (2013). Development of the Medical Intensive Care Unit Shift Report Communication Scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research & Reviews*, 3, 59–65. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.2147/NRR.S42000>
- JBI - Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: Joanna Briggs Institute.
- José Saramago. (1995). *Ensaio sobre a Cegueira*.
- Jukkala, A. M., James, D., Autrey, P., Azuero, A., & Miltner, R. (2012). Developing a standardized tool to improve nurse communication during shift report. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3), 240–246. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1097/ncq.0b013e31824ebbd7>
- Lane-Fall, M. B., Pascual, J. L., Massa, S., Collard, M. L., Peifer, H. G., Di Taranti, L. J., Linehan, M., Fleisher, L. A., & Barg, F. K. (2018). Developing a Standard Handoff Process for Operating Room-to-ICU Transitions: Multidisciplinary Clinician Perspectives from the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Study. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 44(9), Art. 9. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.02.004>
- Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho da Assembleia da República (2006). Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil. *Diário da República*: 1.ª série, n.º 126. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526-66308418>
- Lindroth, H. L., Pinevich, Y., Barwise, A. K., Fathma, S., Diedrich, D., Pickering, B. W., & Herasevich, V. (2022). Information and Data Visualization Needs among Direct Care Nurses in the Intensive Care Unit. *Applied Clinical Informatics*, 13(5), Art. 5. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758735>
- Lopes, A. S., Filipe, B., & Esteves, S. L. (2019). *Literacia em saúde: a segurança no comunicar: um instrumento de orientação pedagógica para profissionais de saúde*. Lisboa.

[https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7666/1/Literacia%20em%20saúde%20na%20prática\\_119.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7666/1/Literacia%20em%20saúde%20na%20prática_119.pdf)

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Milesky, J. L., Baptiste, D.-L., & Shelton, B. K. (2018). An observational study of patient handover communications among nurses on an oncology critical care unit. *Contemporary nurse*, 54(1), Art. 1. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1416306>
- Motulsky, A., Jenna Wong, Cordeau, J.-P., Pomalaza, J., Barkun, J., Tamblyn, R., & Wong, J. (2017). Using mobile devices for inpatient rounding and handoffs: An innovative application developed and rapidly adopted by clinicians in a pediatric hospital. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(e1), Art. e1. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw107>
- Nair, S. C., Satish, K. P., Al Maini, M., & Ibrahim, H. (2020). Optimizing Patient Safety in Clinical Trials by Improving Transitions of Care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 46(4), 232-233. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.01.001>
- Nunes L. & Amaral G. (2022). *Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20\\_EDD%20I%20vol%20I\\_%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022\\_compr.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20_EDD%20I%20vol%20I_%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Classificação para a Prática de Enfermagem – CIPE®: Versão 2019/2020. Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidencia à acção*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012finalportugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012finalportugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)

- Parreira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., Amaral, A. (2013). *Gestão em Organizações de Saúde, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*. UICISA-Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Poletick, E. B., & Holly, C. (2010). A systematic Review of nurses' inter-shift handoff reports in acute care hospitals. *JBI Library of Systematic Reviews*, 8(4), Art. 4. CINAH Complete. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2010-109>
- Regulamento n. º140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n. º26, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n. º429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, II Série, n.º 135, 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Schmidt, T., Kocher, D. R., Mahendran, P., & Denecke, K. (2019). Dynamic Pocket Card for Implementing ISBAR in Shift Handover Communication. *Studies in health technology and informatics*, 267, 224–229. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>
- Spooner, A. J., Aitken, L. M., & Chaboyer, W. (2018). Barriers and facilitators to the implementation of an evidence-based electronic minimum dataset for nursing team leader handover: A descriptive survey. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 31(5), Art. 5. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.09.001>
- Spooner, A. J., Aitken, L. M., Corley, A., & Chaboyer, W. (2018). Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 31(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.01.005>
- Spooner, A. J., Chaboyer, W., & Aitken, L. M. (2019). Interruptions During Senior Nurse Handover in the Intensive Care Unit: A Quality Improvement Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000345>
- Spooner, A. J., Chaboyer, W., Corley, A., Hammond, N., & Fraser, J. F. (2013). Understanding

- current intensive care unit nursing handover practices. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1111/ijn.12058>
- Starmer, A. J., Schnock, K. O., Lyons, A., Hehn, R. S., Graham, D. A., Keohane, C., & Landrigan, C. P. (2017). Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. *BMJ quality & safety*, 26(12), Art. 12. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006224>
- Tataei, A., Rahimi, B., Afshar, H. L., Alinejad, V., Jafarizadeh, H., & Parizad, N. (2023). The effects of electronic nursing handover on patient safety in the general (non-COVID-19) and COVID-19 intensive care units: A quasi-experimental study. *BMC health services research*, 23(1), Art. 1. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09502-8>
- The Joint Commission (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*. 58, Setembro, 1–6. <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>
- Thomas, L., & Donohue-Porter, P. (2012). Blending evidence and innovation: Improving intershift handoffs in a multihospital setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318241cb3b>
- Tobiano, G., Ryan, C., Jenkinson, K., Scott, L., Marshall P, A. (2014). Handover From the Emergency Department to Inpatient Units: A Quality Improvement Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 36, Outubro, 339-345. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000524>
- Torabi, Mohammad, Borhani, Fariba, Abbaszadeh, Abbas, Atashzadeh-Shoorideh, Foroozan. (2018). *Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decision-making: a qualitative study*. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 95. doi:10.1186/s12910-018-0334-x
- Wang, L., Ma, Y.-J., Chen, X.-T., Zhang, J., & Liu, T. (2022). The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation technique. *Frontiers in public health*, 10, 1029573. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1029573>
- Wessman, B. T., Sona, C., & Schallom, M. (2017). A Novel ICU Hand-Over Tool: The Glass Door of the Patient Room. *Journal of intensive care medicine*, 32(8), 514–519. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1177/0885066616653947>
- WHO members (2007) Communication During Patient Hand-Over, *World Health Organization*, 1, Maio, 439-442. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33128-0](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33128-0)

WHO members (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. ISBN 978-92-4-003270-5.

World of Critical Care Nursing (2015). A STRATEGY TO ENHANCE THE TRANSITIONAL CARE FOR COMMUNICATION FROM THE ICU...WFSICCM/WFCCN/WFPICCS World Congress August 29-September 1, 2015, Seoul, Korea. 9(4). pp125-158.  
<https://DOI:10.1891/1748-6254.9.4.125>

## **ANEXOS**

---

**ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE SEGURANÇA DO  
DOENTE NO PRÉ-HOSPITALAR**

---



Departamento de Formação em Emergência Médica

### Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

## Segurança do Doente no Pré-Hospitalar

Certifica-se que Beatriz Nogueira Cândido da Silva natural de de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em titular do número de identificação 14351066 concluiu com aproveitamento o curso de Formação Segurança do Doente no Pré-Hospitalar em 19-10-2022, com a duração de 7,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.0 valores, numa escala de 0 a 20..

Centro de Formação DR Norte, 15-12-2022.

O Departamento de Formação  
em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado n.º / 132-1.0-0521/26451/75969/2022  
Válido até Outubro de 2027

Mod. INEM 454.1





## Segurança do Doente no Pré-Hospitalar

(16 horas)

### MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação Contínua.

### ÁREA DE FORMAÇÃO:

Saúde e Segurança no Trabalho.

### PLANO CURRICULAR:

- Segurança do Doente no Pré-Hospitalar;
- Identificação dos Doentes;
- Segurança na utilização do medicamento;
- Prevenção de quedas e lesões;
- Componente Prática em ambulância;
- Comunicação e informação;
- Simulação ISBAR;
- Sistemas de Notificação de Incidentes/Gestão de Risco;
- Simulação de notificações de incidentes (HER+/Notific@/Portal RAM).

### COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Segurança do Doente no Pré-Hospitalar.

## **ANEXO II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE VIA VERDE CORONÁRIA**

---

**APRENDER INEM** | Formação à distância



**CERTIFICADO de APROVEITAMENTO**

Serve para certificar que

**Beatriz Silva**

concluiu a disciplina

Via Verde Coronária

3 dezembro 2022

Os Conteúdos Programáticos:

- 1 - Via verde Coronaria
- 2 - Dor Toracica
- 3 - Procedimentos de Atuação

Horas de crédito: 1 hora

O Departamento de  
Formação em Emergência Médica

*T. Pinto*  
(Teresa Pinto)



### **ANEXO III: TABELA DE EXTRAÇÃO DE ARTIGOS**

---

TABELA DE SELEÇÃO POR ANÁLISE INTEGRAL	
Título	A Novel ICU Hand-Over Tool: The Glass Door of the Patient Room
Autores	Brian T. Wessman, Carrie Sona, Marilyn Schallom.
Ano de Publicação	2017
Objetivo	Criar um dispositivo de comunicação de fácil acesso para melhorar os cuidados ao doente internado em UCI.
Metodologia	<p>Este grupo queria replicar uma técnica, já utilizada anteriormente baseada numas folhas, não formalizadas, “de saber coletivo”, com informação do doente que ficavam disponíveis na cama de cada um. Esta nova técnica seria num formato facilmente acessível disponível para todos os elementos da equipa da UCI.</p> <p>Optou-se por criar uma técnica que fosse facilmente acessível a qualquer pessoa, incluindo familiares, que se aproximasse do quarto do doente, mas também maleável o suficiente para poder ser utilizada para transmitir vários tipos de informação. A contribuição de várias equipas era imperativa, pois identificava os vários profissionais de saúde da UCI que iam de cama em cama e repassavam as informações pertinentes. Grupos importantes, incluindo médicos intensivistas, enfermeiros de UCI, terapeutas respiratórios, farmacêuticos clínicos, equipas de médicos consultores, equipas de médicos cirúrgicos foram entrevistados para solicitar informações sobre a técnica de comunicação.</p>
População em estudo e Amostra (se aplicável)	<p>Estudo conduzido numa unidade de cuidados intensivos de trauma cirúrgico/ trauma cirúrgico terciário com 24 camas, expandida para uma UCI de 36 camas.</p> <p>As transições de cuidados também se concentram no uso das Glass Door como uma técnica de comunicação para todos os níveis de prestadores de cuidados intensivos, incluindo enfermeiros.</p>
Resultados	<p>Os enfermeiros relatam o benefício de ter um plano/registo escrito das metas de arredondamento e sentem-se capacitados para garantir que os itens sejam adicionados às Glass Door.</p> <p>Antes da implementação da técnica, 7,96% dos erros relatados estavam relacionados a erros de comunicação na transição de cuidados, após a sua implementação teve redução para 4,26%, com uma redução de risco relativo de 46,5%.</p> <p>Pela sua utilidade, a técnica de comunicação foi rapidamente adotada pelos demais serviços de cuidados intensivos (cardiorádica, médica, neurologia/neurocirurgia, cardiologia) da instituição e hoje é utilizado em mais de 150 camas de UCI.</p> <p>Intervenção foi facilmente adaptável, melhorou a comunicação, levando a uma diminuição geral no número de erros de comunicação na transição de cuidados.</p>
Conceitos relevantes	Patient handover, checklist, comunicação, cuidados intensivos multidisciplinares, UCI, organização.
Técnica utilizada	Glass door

Título	A systematic review of nurses' inter-shift handoff reports in acute care hospitals
Autores	Eileen B. Poletick. Cheryl Holly.
Ano de Publicação	2010
Objetivo	Examinar a pesquisa qualitativa que descrevia o processo de procedimentos de transição de cuidados de enfermagem entre turnos e identificar estratégias e técnicas comumente utilizadas, sintetizar as descobertas existentes e, em seguida, oferecer recomendações baseadas em evidências para as melhores práticas.
Metodologia	Os revisores consideraram estudos qualitativos que se basearam nas experiências de enfermeiras no momento de handoff de enfermagem entre turnos e incluíram projetos como fenomenologia, teoria fundamentada, análise narrativa, pesquisa-ação, estudos etnográficos ou culturais. Na ausência de estudos de pesquisa, outros textos, como artigos de opinião, comentários e relatórios, deveriam ser considerados em um resumo narrativo. Os revisores consideraram o texto completo, estudos em inglês escritos durante o período de 1988 a 2008, que eram de natureza interpretativa e se basearam nas experiências de enfermeiras em ambientes de cuidados intensivos durante os handoff entre turnos. Foram excluídos os trabalhos que não estavam completos texto e não inglês. Também foram excluídos os estudos que foram conduzidos em instituições de cuidados prolongados, reabilitação ou psiquiátricas. Uma busca abrangente e exaustiva foi formulada para identificar todos os estudos relevantes, independentemente do status da publicação, ou seja, publicados, não publicados, uma vez que foi quando a prática de handoff de enfermagem começou a ser examinada quanto ao conteúdo e custo. Foi realizada uma Scoping review, com 2 revisores, seleção de estudos feita através do QARI (Instrumento de Avaliação e Avaliação Qualitativa) desenvolvido pelo Instituto Joanna Briggs para Enfermagem e Obstetrícia Baseada em Evidências.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	A revisão considerou estudos qualitativos que se basearam nas experiências de enfermeiras no handoff de enfermagem entre turnos em hospitais de cuidados intensivos e incluiu projetos como fenomenologia, teoria fundamentada, análise narrativa, pesquisa ação, estudos etnográficos ou culturais.
Resultados	A qualidade das informações trocadas era imprevisível. O diálogo entre os participantes era muitas vezes vago e impreciso. Muito calão foi usado, exigindo decodificação de informações. A busca de aprovação pessoal era comum. As informações apresentadas eram duplicadas e retrospectivas.
Conceitos relevantes	Comunicação, relatório(s) de enfermagem, relatório de turno, relatório de handoff, cuidados intensivos, pesquisa qualitativa.
Técnica utilizada	Verbal, papeis variados
Título	A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care
Autores	Cheryl Holly and Eileen B Poletick
Ano de Publicação	2013

Objetivo	Examinar as evidências qualitativas sobre a dinâmica da transferência de conhecimento durante as transições no cuidado em hospitais de cuidados intensivos.
Metodologia	Realizada uma pesquisa de estudos qualitativos elaborados entre 1988 e 2012. Foram incluídos estudos qualitativos que se basearam nas experiências de enfermeiras no momento da transição de cuidados de enfermagem entre turnos e incluíram projetos como fenomenologia, teoria fundamentada, análise narrativa e pesquisa etnográfica ou estudos de caso. Foram excluídos os artigos que não eram de texto completo e não eram em inglês. Identificou 125 estudos qualitativos que atenderam aos critérios de inclusão, destes, 50 foram recuperados para avaliação. Os artigos recuperados foram avaliados por dois revisores independentes quanto à qualidade metodológica antes da inclusão na revisão, usando um instrumento de avaliação crítica padronizado.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Enfermeiros das UCI's. A amostra final foi composta por 29 estudos qualitativos. Isso representou mais de 800 transições de cuidados de enfermagem e 300 entrevistas com enfermeiras.
Resultados	As informações transferidas podem ser aleatórias e variáveis, inconsistentes e incongruentes, imprecisas ou ausentes.
Conceitos relevantes	Handoff, revisão sistemática, transição no cuidado;
Técnica utilizada	Verbal, papéis variados
Título	Blending Evidence and Innovation Improving Intershift Handoffs in a Multihospital Setting
Autores	Lily Thomas, Patricia Donohue-Porter.
Ano de Publicação	2012
Objetivo	Fornecer uma visão geral da implementação piloto de transição de cuidados entre turnos redesenhadas com as lições aprendidas.
Metodologia	O vice-presidente do sistema de pesquisa de enfermagem convocou uma equipa no nível do sistema de saúde para redesenhar a transição de cuidados entre turnos, convidando um membro académico do conselho de pesquisa e prática baseada em evidências do sistema e representantes voluntários dos 8 hospitais para a implementação piloto. Os hospitais foram solicitados a selecionar uma unidade médico-cirúrgica. O objetivo da melhoria foi em 3 vezes: padronizar o formato do relatório de turno, padronizar o processo do relatório de turno, e convidar o doente e a família a participar do processo de transição de cuidados. Desenhámos uma estrutura para orientar a implementação com foco em 3 áreas: inspiração, informação e transformação.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Enfermeiros em funções de prática, educação e gestão. 7 hospitais de um sistema multilocal.
Resultados	O feedback inicial foi desfavorável, pois os enfermeiros sentiram desconforto ao compartilhar informações confidenciais à cabeceira,

	<p>preocupações com o tempo prolongado para o relatório e problemas quando vários doentes estavam isolados. Uma vez que, os enfermeiros verbalizaram insatisfação com o processo, 2 centros estenderam o apoio da coordenação para todas as transições de cuidados por mais 2 a 4 semanas. Na semana 4, uma maior satisfação começou a ser relatada. O feedback incluiu um aumento no conhecimento sobre as prioridades do doente e uma oportunidade para perguntas sobre sua responsabilidade no plano de cuidados para novos enfermeiros. Os recém-formados relataram sentir-se fortalecidos com a técnica I PASS THE BATON porque indicou quais informações eram essenciais na transição de cuidados de saúde. A satisfação também se relacionou com a oportunidade de ensino no ponto de atendimento e avaliação oportuna e em parceria de úlceras por pressão, infiltração intravenosa e configuração de sala e dispositivos de atendimento.</p> <p>Os resultados incluíram um aumento na satisfação do enfermeiro e do doente.</p>
Conceitos relevantes	Passagem à cabeceira, handover, relatório de turno, intervenção projetada por enfermeira, segurança do doente.
Técnica utilizada	I PASS THE BATON
Título	An observational study of patient handover communications among nurses on an oncology critical care unit
Autores	Jennifer L Milesky, Diana-Lyn Baptiste & Brenda K Shelton.
Ano de Publicação	2017
Objetivo	Avaliar a viabilidade e utilização de recomendações baseadas em evidências para transição de cuidados de enfermeira para enfermeira em uma unidade de cuidados intensivos oncológica.
Metodologia	<p>Neste estudo observacional e avaliativo, os dados foram coletados por observação com um único observador, durante dois meses numa unidade de cuidados intensivos oncológica. O relatório de transição de cuidados de enfermagem foi observado no mês de fevereiro de 2015 e no mês em janeiro de 2016. A amostragem por conveniência foi usado e resultou em 38 observações em 2015 e 35 observações em 2016. Uma técnica foi construída, integrando vinte elementos de transição de cuidados essenciais identificados em literatura e quatro elementos identificados no ambiente de prática.</p> <p>As enfermeiras receberam formação durante as reuniões mensais da equipa de março de 2015 a janeiro de 2016, direcionada para o uso de métodos padronizados que incluíam o uso do handover função (“tab”) do sistema eletrónico (EHR).</p>
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos oncológica.
Resultados	A integridade total da transição de cuidados aumentou em 86,64% em 2015 e 88,68% em 2016. Embora os aumentos não tenham sido estatisticamente significativos, as interrupções durante o handover foram positivamente correlacionadas com a duração do handover, confirmando assim a necessidade de métodos de transição estruturados e mais eficazes.

Conceitos relevantes	Transferência de doentes, comunicação, registos eletrónicos de saúde, enfermeiros, cuidados intensivos.
Técnica utilizada	TAB - EHR
Título	Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study
Autores	Amy J. Spooner, Leanne M. Amanda Corley, Wendy Chaboyer.
Ano de Publicação	2017
Objetivo	Identificar itens-chave a serem incluídos num conjunto mínimo de dados para transição de cuidados do coordenador da equipa de enfermagem em cuidados intensivos.
Metodologia	Estudo conduzido numa unidade de cuidados intensivos na Austrália, onde foram recrutados enfermeiros seniores registados envolvidos nas transições de cuidados de coordenadores de equipas. Utilizaram uma técnica de grupo nominal para gerar e priorizar itens mínimos do conjunto de dados. Foram apresentados aos enfermeiros os conteúdos das transições de cuidados anteriores do coordenador da equipa e solicitado que seleccionassem quais itens de conteúdo a incluir num conjunto de dados mínimo. As respostas dos participantes foram resumidas como frequências e percentagens.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	UCI medico-cirurgica (cardiorácica) com 21 camas, 63 enfermeiros seniores.
Resultados	Os participantes concordaram que o ISBAR (Identify-Situation-Background-Assessment-Recommendations) era uma ferramenta útil para orientar a transição de cuidados. Itens recomendados para serem incluídos no conjunto de dados mínimo ( $\geq 65\%$ de concordância) incluído, Identificar (nome, idade, dias em terapia intensiva), Situação (diagnóstico, procedimento cirúrgico), Antecedentes (evento(s) significativo(s), gestão de evento(s) significativo(s)) e Recomendações (plano do doente para o próximo turno, tarefas para acompanhamento no próximo turno). No geral, 30 dos 67 (45%) itens do Avaliação categoria foram consideradas importantes para incluir no conjunto mínimo de dados e focadas em observações e tratamentos relevantes dentro de cada sistema corporal. Outros itens não ISBAR considerados importantes para incluir relacionados à UCI (admissões na UCI, doentes (estado infeccioso, local da infecção, plano de fim de vida). Os itens foram ainda categorizados entre aqueles a serem incluídos em todas as transições e aqueles a serem discutidos apenas quando relevantes para o doente.
Conceitos relevantes	Transição de cuidados, UCI, conjunto de dados mínimo.
Técnica utilizada	ISBAR
Título	Developing a Standardized Tool to Improve Nurse Communication During Shift Report
Autores	Angela M. Jukkala, David James, Pamela Autrey, Andres Azuero.

Ano de Publicação	2012
Objetivo	Orientar as atividades de melhoria, incluindo o desenvolvimento da ferramenta de comunicação da MICU Communication Tool (MCT).
Metodologia	O estudo ocorreu em uma MICU de 25 camas dentro de um grande centro acadêmico no sul dos Estados Unidos. Todos os enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar deste estudo por grupos ou interações individuais. Os enfermeiros foram solicitados a preencher o MICU Shift Report Communication Scale (MSR) para fornecer uma medida de linha de base da comunicação do enfermeiro durante o relatório de turno. Cópias em papel do MCT foram disponibilizadas para toda a equipa de enfermagem e afixadas em todas as salas de atendimento de doentes da MICU. Após a conclusão de três turnos de 12 horas usando o MCT para orientar a comunicação do relatório de turno, os enfermeiros foram solicitados a preencher novamente o MSR para apoiar a análise do impacto da implementação do MCT na comunicação no relatório de turno. No acompanhamento, o MSR também continha 1 pergunta aberta pedindo aos participantes para fornecer recomendações para melhorar o MCT.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	43 enfermeiros da MICU.
Resultados	Os resultados do estudo piloto indicaram que a comunicação percebida entre os enfermeiros em geral e a comunicação específica para o relatório de turno melhorou significativamente após a implementação da ferramenta.
Conceitos relevantes	Comunicação, microssistemas, handoff, segurança do doente, relatório de turno;
Técnica utilizada	MCT
Título	Dynamic Pocket Card for Implementing ISBAR in Shift Handover Communication
Autores	Thierry SCHMIDT <sup>a</sup> , Dominik R. KOCHER, Piratheepan MAHENDRAN, and Kerstin DENECKE.
Ano de Publicação	2019
Objetivo	Desenvolver um cartão de bolso (Pocket Card) digital em colaboração com enfermeiras de uma UCI para ser utilizado durante os handoff.
Metodologia	Coleta de requisitos de uma UCI do Centro Hospitalar de Biel por meio de uma análise de tarefas e processos que resultou em histórias de utilizadores e diagramas de casos de uso. Para esta análise, combinou-se partes de um método de análise de processo estabelecido por Pomberger e Gerken, com entrevistas semiestruturadas e ciclos de feedback. Este método provou ser útil para análises projetadas para implementar sistemas de computador em ambientes de saúde. As informações básicas sobre os processos na unidade de terapia intensiva foram determinadas por meio de uma pesquisa bibliográfica.

	<p>Além disso, procurou-se na literatura como Pubmed e no Google Scholar com foco nos possíveis benefícios do ISBAR e no estado da implementação do mesmo em hospitais.</p> <p>Após a coleta de requisitos, desenvolvemos um conceito que compreende várias variantes de uma solução técnica para atender aos requisitos. Estes foram discutidos com a parte interessada. Com base em seus feedbacks e comentários, selecionamos uma variante para ser implementada num processo iterativo. Coletamos continuamente feedback sobre maquetes e protótipos com resultados integrados ao protótipo.</p>
População em estudo e Amostra (se aplicável)	UCI do Centro Hospitalar de Biel.
Resultados	<p>O aplicativo foi desenvolvido para facilitar o trabalho colaborativo entre os enfermeiros da UCI. O cartão de bolso dinâmico oferece as seguintes funcionalidades: gerar notas para doentes individuais seguindo o esquema ISBAR, adicionar detalhes do doente digitalizando a identificação do caso da pulseira do doente, aceder e apagar notas geradas e inserir os valores da Escala de Coma de Glasgow.</p> <p>O sistema foi testado num teste de usabilidade, mas até o momento apenas uma enfermeira da UCI aderiu ao teste, o que não pode ser considerado representativo. O feedback foi totalmente positivo. Comentários adicionais diziam respeito ao tamanho da fonte e à interação com o aplicativo. A nossa solução foi adaptada ao departamento do colaborador o que nos permitiu atingir um elevado nível de aceitação. No entanto, deve-se avaliar se o aplicativo é bem adotado por outros setores e enfermeiros. Além disso, tem de ser analisado num estudo abrangente se o cartão de bolso dinâmico melhora a comunicação e se um aplicativo móvel é realmente o meio certo para implementar o ISBAR.</p>
Conceitos relevantes	Troca de informações de saúde, handoff, ISBAR, comunicação, segurança do doente.
Técnica UCilizada	ISBAR
Título	Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow
Autores	Amy J Starmer, Kumiko O Schnock, Aimee Lyons, Rebecca S Hehn, Dionne A Graham, Carol Keohane, Christopher P Landrigan.
Ano de Publicação	2017
Objetivo	Procurar determinar o impacto de um programa de melhoria do handoff para enfermeiros.
Metodologia	Através de um estudo prospetivo os dados pré-intervenção foram coletados de junho de 2011 a março de 2012, seguidos por um período de lavagem de 6 meses durante o qual a intervenção foi introduzida, com dados pós-intervenção coletados de outubro a novembro de 2012. A intervenção I-PASS Nursing Handoff Bundle consistiu em treinamento educacional, implementação da técnica I-PASS de transmissão de informação verbal e materiais visuais para fornecer reforço e sustentabilidade. Desenvolvemos ferramentas de avaliação de fluxo de trabalho de observação direta e movimentação de tempo para medir:

	qualidade do handoff verbal, incluindo frequência de interrupção e presença de elementos-chave de dados de handoff e duração do handoff e outras atividades do fluxo de trabalho.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Todos os enfermeiros da UCI clínica e cirúrgica com 29 camas.
Resultados	A implementação do I-PASS foi associada a melhorias na comunicação verbal, incluindo a inclusão da avaliação da gravidade da doença (37% pré-intervenção vs 67% pós-intervenção), resumo do doente (81% vs 95%), lista de tarefas (35% vs 100%) e uma oportunidade para a enfermeira recetora fazer perguntas (34% vs 73%). Foi associada, ainda, a uma diminuição na frequência de interrupções pré versus pós-intervenção (67% vs 40% de handoffs com interrupções) sem alteração na duração mediana do handoff (18,8min vs 19,9min) ou alterações em tempo gasto em atividades diretas ou indiretas de assistência ao doente. A implementação do I-PASS Nursing Handoff Bundle foi associada a melhorias generalizadas no processo de transferência verbal sem impacto negativo no fluxo de trabalho de enfermagem.
Conceitos relevantes	Handoff
Técnica utilizada	I-PASS
Título	Evaluation of the Situation, Background, Assessment, and Recommendation Handover Tool in Improving Communication and Satisfaction Among Jordanian Nurses Working in Intensive Care Units
Autores	Heyam Fawaz Dalky, Rawan Salem Al-Jaradeen, Raeda Fawzi AbuAlRrub.
Ano de Publicação	2020
Objetivo	Avaliar a implementação do SBAR entre enfermeiros em unidades de cuidados intensivos na Jordânia.
Metodologia	Foi utilizado um desenho quase-experimental pré-teste pós-teste. Um primeiro questionário do estudo consistia na seção demográfica, que incluía questões sobre idade, sexo, estado civil, nível educacional e anos de experiência. A segunda parte incluiu uma avaliação da implementação do SBAR entre os RNs nas UCIs hospitalares. Consistia num questionário de 43 itens para avaliar o nível de comunicação profissional antes e após 2 meses de implementação da técnica SBAR conforme medido pelas seguintes subescalas: relacionamento geral e comunicação, trabalho em equipa e coordenadorança e satisfação no trabalho. Os dados foram coletados por um investigador assistente.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	71 enfermeiros de UCI's na Jordânia.
Resultados	Houve uma melhora significativa nas pontuações de conhecimento pós-teste e nas pontuações de "relações e comunicação em geral" e "satisfação". Houve uma melhora significativa nas pontuações pós-teste de "relações gerais e comunicação" e "satisfação" em comparação com as

	pontuações pré-teste ( $t = 16,709, 2,656; P < 0,001, P < 0,01$ ) consecutivamente.
Conceitos relevantes	Comunicação, Enfermeiros de UCI, satisfação no trabalho, SBAR.
Técnica utilizada	SBAR
Título	Information and Data Visualization Needs among Direct Care Nurses in the Intensive Care Unit
Autores	Heidi L. Lindroth, Yuliya Pinevich, Amelia K. Barwise, Sawsan Fathma, Daniel Diedrich, Brian W. Pickering, Vitaly Herasevich.
Ano de Publicação	2022
Objetivo	Perceber como os enfermeiros visualizam e interagem com as informações do doente durante o handoff para melhorar o uso do EHR.
Metodologia	Foi realizada uma pesquisa anónima multicêntrica baseada na web com enfermeiros de UCI de setembro a dezembro de 2021. Com base em entrevistas realizadas com as principais partes interessadas, desenvolvemos um instrumento de pesquisa composto por 14 itens relacionados às informações de EHR e às necessidades de visualização na transição de cuidados do doente. Entrevistas semiestruturadas com as partes interessadas informaram o desenvolvimento da pesquisa. O resultado primário foi a identificação das necessidades primárias de dados do EHR na transição do doente para inclusão na futura visualização do EHR e desenvolvimento da interface. Os resultados secundários incluíram o uso atual do EHR na transição do doente, a satisfação do EHR e as preferências de visualização. Frequências, médias e medianas foram calculadas para cada item de dados e então classificadas em ordem decrescente para gerar trimestres proporcionais.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Todos os enfermeiros de UCI adultos na Mayo Clinic.
Resultados	No total, 107 enfermeiros de UCI completaram a pesquisa. A maioria (46%, $n=49/107$ ) usa o EHR na transição de cuidados para verificar as informações verbais trocadas. 64% ( $n=68/107$ ) indicou que a visualização EHR atual era insuficiente. No início de um turno na UCI, as necessidades primárias de dados do EHR incluíam hemodinâmica (média de 4,89 -0,37, 98%, $n=105$ ), medicamentos IV contínuos (4,55 -0,73, 93%, $n=99$ ), resultados laboratoriais (4,60 -0,56, 96%, $n=103$ ), suporte circulatório mecânico.
Conceitos relevantes	Visualização de dados, UCI, enfermeiros, registos eletrónicos de saúde.
Técnica utilizada	EHR
Título	Information Content Across Types of Nurse Cognitive Artifacts
Autores	Jacquelyn W. BLAZ, Alexa K. DOIG, Kristin G. CLOYES, Nancy STAGGERS;
Ano de Publicação	2016

Objetivo	Comparar o conteúdo da informação em três formatos cognitivos usados por enfermeiras de UCI, nomeadamente: formato livre feito à mão, esquema pré-impreso e gerado por EHR.
Metodologia	Uma abordagem de teoria fundamentada foi usada. Setenta e três horas de observação de campo numa UCI. Treze enfermeiras propositalmente selecionadas foram acompanhadas por um turno único e entrevistadas. Os formatos cognitivos de transmissão e informação encontrados, foram divididos em três grupos: formato livre feito à mão, esquema pré-impreso e gerado por EHR.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	13 enfermeiras de UCI propositalmente selecionadas que foram acompanhadas por um turno único e entrevistado.
Resultados	O conteúdo da informação recolhida caiu em 21 categorias amplas. Cada tipo continha informações de todas as categorias; no entanto, o NSR imprimiu algumas informações não vistas em nenhuma forma livre ou esqueleto. Algumas informações não impressas no NSR pelo EHR foram manuscritas pela enfermeira. As informações em formas livres e esqueletos eram mais personalizadas do que no NSR, por exemplo, anotando apenas o conjunto mais recente de sinais vitais ou apenas valores fora do intervalo, em vez dos últimos cinco conjuntos impressos no NSR. Além disso, as informações incluídas variaram entre os doentes em uma única forma livre ou esqueleto adaptado ao contexto específico.
Conceitos relevantes	Handoff, documentação de enfermagem, artefactos cognitivos, registos eletrónicos de saúde.
Técnica utilizada	EHR-NSR (Nursing Summary Report)
Título	Interruptions During Senior Nurse Handover in the Intensive Care Unit
Autores	Amy J. Spooner, Wendy Chaboyer, Leanne M. Aitken.
Ano de Publicação	2019
Objetivo	Melhorar o processo de transição de cuidados e reduzir as interrupções.
Metodologia	Este estudo foi conduzido em Queensland, Austrália num hospital terciário em 21 camas de UCI especializada em cirurgia cardiotorácica. Foram implementadas estratégias de transmissão de informação nas transições de cuidados e foi feita uma avaliação prévia e à posteriori sobre o número e tipo de interrupções. Os componentes da estratégia de transição de cuidados incluíram a realocação do espaço central da mesa da UCI para a cabeceira do doente e a utilização de um conjunto de dados mínimos eletrónicos estruturados (eMDS) baseado em evidências que foi impresso a partir de um sistema de informação clínica.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Antes da implementação da estratégia – 227 handovers; Depois da implementação 322 handovers.
Resultados	Quarenta handovers foram gravados antes, e 49 foram observados 3 meses após a intervenção.

	Sessenta e quatro interrupções ocorreram antes e 52 após a intervenção, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. Coordenadores de equipa eram frequentemente interrompidos por enfermeiras discutindo assuntos pessoais ou específicos do trabalho antes e depois da intervenção.
Conceitos relevantes	Transferência à cabeceira, transferência, UCI, interrupções, melhoria da qualidade.
Técnica utilizada	eMDS (evidence-based structured electronic minimum data set)
Título	Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available
Autores	Shannon Bakon, Lisa Wirihana, Senior Lecturer, Martin Christense, Judy Craft.
Ano de Publicação	2016
Objetivo	Explorar os diferentes modelos e processos de transferência disponíveis e a sua eficácia na melhoria da comunicação de transferência na prática de enfermagem.
Metodologia	Este artigo é uma revisão integrativa da literatura que empregou um design exploratório indutivo. Uma pesquisa de banco de dados computadorizada foi empregada, incluindo CINAHL, PubMed e Science Direct e uma pesquisa de citação manual com artigos incluídos limitados a artigos publicados de 2005 a 2016, em inglês com texto completo disponível gratuitamente. Isso incluiu uma estratégia de busca sistemática, uma avaliação crítica dos artigos utilizando o Programa de Habilidades de Avaliação Crítica, uma extração indutiva de dados e análise temática.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Dezasseis artigos foram incluídos nesta revisão.
Resultados	Existem várias técnicas de transição em uso, mas não há evidências de que alguma eficácia superior. O modelo ISOBAR e suas adaptações continuam a ser único utilizado em várias especialidades. Mais estudos são necessários para determinar se alguma técnica de transição de cuidados apresenta eficácia superior. Uma análise comparativa da eficácia de diferentes tipos de modelos de handover em vários ambientes clínicos, como unidades de terapia intensiva e enfermarias médicas e cirúrgicas, deve incluir a facilidade de implementação de modelos de handover selecionados e vincular a comunicação de handover aos resultados do doente.
Conceitos relevantes	Comunicação, estrutura, transferência, revisão da literatura, enfermeiras.
Técnica utilizada	ISOBAR
Título	Nursing Team Leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study
Autores	A.J. Spooner L.M. Aitken A. Corley J.F. Fraser W. Chaboyer.
Ano de Publicação	2016

Objetivo	Determinar o conteúdo das informações transmitidas durante a transição de cuidados do coordenador da equipa de enfermagem em cuidados intensivos.
Metodologia	Após obter o consentimento da equipa de enfermagem, as transições de cuidado do coordenador da equipa foram gravadas em áudio durante 20 dias. As gravações de áudio foram transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo dedutiva e indutiva. A frequência do conteúdo discutido na transferência que caiu dentro das prioridades e categorias do esquema ISBAR (Identificar-Situação-Antecedentes-Avaliação Recomendação) foi calculada.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	UCI médica/cirúrgica de adultos com 21 camas, especializada em cirurgia cardiotorácica, num hospital terciário de referência em Brisbane, Austrália. Enfermeiros seniores em funções de coordenador de equipa, na UCI.
Resultados	Quarenta transições de cuidados do coordenador da equipa de enfermagem foram registadas, resultando em 277 transições de doentes e uma média de 7 (IQR 2) doentes discutidos em cada transição. A maioria dos enfermeiros discutiu a Identidade (99%), Situação (96%) e background (88%) do doente, porém Avaliação (69%) o conteúdo era variado e Recomendações (60%) foram discutidos com menos frequência. Foi discutida uma gama diversificada de informações adicionais que não se encaixavam no esquema ISBAR.
Conceitos relevantes	Cuidados intensivos, melhoria da qualidade, segurança do doente, comunicação.
Técnica utilizada	ISBAR
Título	The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation technique
Autores	Lei Wang Yu-Jie Ma* Xiao-Ting Chen Jie Zhang Tao Liu.
Ano de Publicação	2022
Objetivo	Analisar o efeito do uso de uma lista de verificação da transmissão de informação por parte dos enfermeiros na UCI com base na técnica SBAR.
Metodologia	Uma checklist baseada na técnica de transmissão de informação SBAR, foi aplicada pelos enfermeiros numa UCI. Foi possível comparar a ocorrência de eventos adversos e de fatores de risco relacionados com o trabalho dos enfermeiros antes e após a implementação desta técnica.
População em estudo e Amostra (se aplicável)	Um total de 28 enfermeiros de UCI em tempo integral do Departamento de Medicina Intensiva do Centro Médico da Força Aérea em Pequim foram incluídos no estudo com base nos seguintes critérios de inclusão: o participante era enfermeiro registado e o participante trabalhava como enfermeiro de UCI realizando atividades clínicas há pelo menos 6 meses.
Resultados	Antes e após a aplicação da checklist SBAR a ocorrência de itens perdidos durante a transmissão de informação na passagem de turno foi de 7,26 e 2,02%, preparação inadequada para passagem de turno foi de 28,33 e 5% e riscos de enfermagem foram de 5 e 1,67% respetivamente.
Conceitos relevantes	Doentes críticos, SBAR, lista de verificação, UCI, enfermagem.

Técnica utilizada	SBAR
Título	The effects of electronic nursing handover on patient safety in the general (nonCOVID-19) and COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study
Autores	Azadeh Tataei, Bahlol Rahimi, Hadi Lotfnezhad Afshar, Vahid Alinejad, Hossein Jafarizadehand Naser Parizad.
Ano de Publicação	2023
Objetivo	Determinar e comparar o efeito do Electronic Nursing Handover System (ENHS) na segurança do doente em UCI geral e UCI COVID-19.
Metodologia	Este é um estudo quase experimental realizado durante um período de 8 meses, de 22 de novembro de 2021 a 26 de junho de 2022, usando uma estratégia de teste-reteste. Os dados foram recolhidos por meio de um questionário de cinco partes que consistia em informações demográficas, qualidade do handover, eficiência do handover, redução de erros e tempo de handover. A análise dos dados foi realizada no programa IBM SPSS Statistics for Windows, versão 26 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA) por meio do teste qui-quadrado, pareado-teste e Análise de Covariância (ANCOVA).
População em estudo e Amostra (se aplicável)	A população do estudo foi composta por enfermeiros que atuam nos dois departamentos das UCIs COVID-19 e Geral. Participaram deste estudo 29 enfermeiros atuantes nas UCIs.
Resultados	Os resultados mostraram que a qualidade e eficiência do handover, redução do erro clínico e tempo de handover no formato eletrónico foram significativamente maiores do que os obtidos no método baseado em papel. Os resultados mostraram que a média na segurança do paciente na UCI COVID-19 foi de $177,40 \pm 30,416$ para a transição em papel e $251,40 \pm 29,049$ para a transição eletrónica ( $p = 0,0001$ ). Além disso, o resultado médio de segurança do doente na UCI geral foi de $209,21 \pm 23,072$ para a transição em papel e $251,93 \pm 23,381$ para a eletrónica ( $p= .0001$ ).
Conceitos relevantes	Handover;
Técnica utilizada	ENHS (Electronic Nursing Handover System)
Título	Using mobile devices for inpatient rounding and handoffs: an innovative application developed and rapidly adopted by clinicians in a pediatric hospital
Autores	Aude Motulsky, Jenna Wong, Jean-Pierre Cordeau, Jorge Pomalaza, Jeffrey Barkun and Robyn Tamblyn.
Ano de Publicação	2016
Objetivo	Descrever o uso de um novo aplicativo (The FLOW) que permite o uso de dispositivos móveis para momento de handoffs.
Metodologia	O THE FLOW fornece uma visão dos dados do doente e a capacidade de inserir notas curtas através de dispositivos móveis pessoais. Foi incentivado o uso do smartphone pessoal em 4 unidades piloto. Foi realizada uma auditoria para visualizar os padrões de utilização da plataforma e aplicado um questionário para descrever a experiência do utilizador.

População em estudo e Amostra (se aplicável)	2 unidades de cuidados intensivos (UCI) (1 unidade pediátrica, UCIP e 1 unidade neonatal, UCIN).
Resultados	No geral, 253 profissionais de saúde usaram o The FLOW nos seus dispositivos móveis pessoais no período compreendido entre outubro de 2013 e março de 2015 nas UCI pediátricas e neonatais. Houve registo de uma média de 26–26,5 notas inseridas por utilizador por dia. A representação visual da rede das entradas do aplicativo mostrou que os padrões de uso eram diferentes entre as UCI. Em 127 questionários (50%), os entrevistados relataram usar o FLOW com mais frequência para inserir notas e para transferências. O FLOW foi descrito como tendo melhorado o atendimento ao doente por 57% dos entrevistados, em comparação com o atendimento habitual. A maioria dos entrevistados (86%) deseja continuar a usar o FLOW.
Conceitos relevantes	Handoff and rounding tool, smartphones, documentação eletrónica, unidades de cuidados intensivos.
Técnica utilizada	THE FLOW