

**CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE
COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA ISBAR PELOS ENFERMEIROS
DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Sérgio Manuel Rodrigues Correia

Orientadora – Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista, PhD

Categoria – Professora Adjunta

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Março de 2026

Correia, S.M.R. Conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência, Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2026

“Vive como se fosses morrer amanhã. Aprende como se fosses viver para sempre.”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório representa a conclusão de um percurso exigente, marcado por momentos de aprendizagem, dedicação e superação, que não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para a sua concretização.

À Cris, pela paciência, apoio constante e por ter estado sempre ao meu lado ao longo deste caminho.

Aos meus amigos Fábio, Juliana e Sónia, companheiros desta aventura, pela amizade, motivação e momentos de partilha que tornaram este percurso mais leve.

À Professora Doutora Maria Gorete Baptista, minha orientadora, expresso o meu sincero agradecimento pela disponibilidade, orientação, incentivo e apoio demonstrados ao longo deste percurso.

Aos meus orientadores de estágio, agradeço a paciência, a partilha de conhecimentos e o acompanhamento ao longo dos diferentes contextos de aprendizagem.

À equipa do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), pela colaboração e apoio demonstrados ao longo deste percurso formativo.

Aos meus colegas de curso, pelo companheirismo, partilha de experiências e apoio mútuo ao longo desta caminhada.

Por fim, à minha família, pelo apoio incondicional, compreensão e incentivo permanente, fundamentais para a concretização deste objetivo.

A todos, o meu sincero obrigado.

RESUMO

O presente Relatório Final de Estágio foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Integra a componente de prática clínica especializada, realizada na Unidade de Medicina Hiperbárica, no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, e a componente de investigação, centrada na comunicação estruturada em contexto de urgência.

A componente de investigação corresponde ao estudo intitulado “Conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência”, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento e a utilização da técnica ISBAR pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência, bem como identificar barreiras à sua implementação e sugestões de melhoria na transição de cuidados. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e analítico-descritivo, realizado através de questionário estruturado, com recurso à Handover Evaluation Scale, adaptada para a população portuguesa por Tranquada e readaptada à temática em estudo.

A população elegível era constituída por 85 enfermeiros, tendo participado 74, o que corresponde a uma taxa de adesão de 87,1%. Os resultados evidenciaram que, apesar de os enfermeiros apresentarem conhecimento teórico globalmente favorável sobre o ISBAR e reconhecerem a sua importância para a comunicação clínica e segurança do doente, a sua utilização na prática clínica permanece reduzida e pouco sistematizada. As principais barreiras identificadas relacionaram-se com a falta de formação específica, ausência de protocolos institucionais, interrupções frequentes e constrangimentos associados à dinâmica assistencial do Serviço de Urgência.

Conclui-se que a implementação sistematizada do ISBAR exige estratégias formativas, organizacionais e institucionais que promovam a normalização da comunicação na transição de cuidados. O estudo reforça a importância do enfermeiro especialista enquanto agente dinamizador da melhoria contínua da qualidade, da segurança do doente e da consolidação de práticas baseadas na evidência em contextos de elevada complexidade clínica.

Palavras-chave: ISBAR; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Serviço de Urgência; Comunicação em Saúde; Segurança do Utente.

ABSTRACT

This Final Internship Report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing Care for the Critically Ill Person, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Bragança. It integrates both the specialized clinical practice component, carried out in the Hyperbaric Medicine Unit, Intensive Care Unit, and Medical-Surgical Emergency Department, and the research component focused on structured communication in emergency care settings.

The research component corresponds to the study entitled “*Knowledge and Use of the Structured Communication Tool ISBAR by Emergency Department Nurses*”, which aimed to assess nurses’ knowledge and use of the ISBAR technique, as well as to identify barriers to its implementation and opportunities for improvement in care transitions. This quantitative, cross-sectional, and analytical-descriptive study was conducted using a structured questionnaire based on the Handover Evaluation Scale, adapted to the Portuguese population by Tranquada and subsequently readapted to the study context.

The eligible population consisted of 85 nurses, of whom 74 participated, corresponding to a response rate of 87.1%. The findings revealed that although nurses demonstrated a generally favourable level of theoretical knowledge regarding the ISBAR technique and recognised its relevance for clinical communication and patient safety, its use in clinical practice remains limited and poorly standardised. The main barriers identified were the lack of specific training, the absence of institutional protocols, frequent interruptions, and constraints associated with the dynamics of emergency care settings.

It is concluded that the systematic implementation of ISBAR requires educational, organisational, and institutional strategies aimed at standardising communication during care transitions. The study highlights the importance of the specialist nurse as a key agent in promoting continuous quality improvement, patient safety, and evidence-based practice in highly complex clinical environments.

Keywords: ISBAR; Medical-Surgical Nursing; Emergency Department; Health Communication; Patient Safety.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Sigla	Designação
ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure
CEIS	Comissão de Ética para a Investigação em Saúde
CO	Monóxido de Carbono
COHb	Carboxihemoglobina
DGS	Direção-Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
EMCPSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HES	Handover Evaluation Scale
HPH	Hospital Pedro Hispano
IHI	Institute for Healthcare Improvement
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação
JBH	Joanna Briggs Institute
M	Média
OBS	Unidade de Observação
OE	Ordem dos Enfermeiros
OG	Objetivo Geral
OHB	Oxigenoterapia Hiperbárica
OMS	Organização Mundial da Saúde
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SCI	Síndrome Coronária Aguda
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SPICI	Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos
SPICI-F	Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos na Família
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SU	Serviço de Urgência
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULS	Unidade Local de Saúde
UMH	Unidade de Medicina Hiperbárica
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
WHO	World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO:	4
PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	4
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	5
1.1. Estágio de opção – Serviço de Medicina Hiperbárica	6
1.2. Serviço de Medicina Intensiva	8
1.3. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	12
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO	17
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	18
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	19
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	22
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	25
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	27
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica	30
2.2.1. Cuida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	30
2.2.2. Gere a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	32
2.2.3. Dinamiza a resposta a situações de emergência e exceção	34
PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA:	
TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	37
RESUMO	40
ABSTRACT	41
INTRODUÇÃO	42
1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	43
2. REVISÃO DA LITERATURA	44
2.1. Comunicação em Contextos de Saúde e a sua Relevância	44
2.2. A Técnica ISBAR: Origem, Aplicações e Benefícios	45
2.3. Desafios na Implementação do ISBAR em Contextos Clínicos	47
2.4. Perceções dos Enfermeiros sobre o ISBAR	48
2.5. Handover Evaluation Scale	50
3. METODOLOGIA	51
3.1. Tipo de Estudo	51

3.2.	População em estudo e Amostra.....	52
3.3.	Considerações Éticas	52
3.4.	Instrumento de Recolha de Dados	53
3.4.1.	Variáveis em Estudo	54
3.5.	Procedimentos de Recolha de Dados	55
3.6.	Estratégia de análise de dados.....	55
4.	RESULTADOS.....	57
4.1.	Caracterização da amostra	57
4.2.	OE1 – Conhecimento teórico e prático dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a aplicação do ISBAR.....	58
4.3.	OE2 – Relação entre características socioprofissionais e conhecimento e utilização do ISBAR	61
4.4.	OE3 – Grau de familiaridade dos enfermeiros com o modelo ISBAR.....	69
4.5.	OE4 – Barreiras à implementação do ISBAR no serviço de urgência	70
4.6.	OE5 – Sugestões de melhoria da passagem de turno	71
5.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	73
6.	CONCLUSÃO	76
<i>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....</i>		78
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>		81
<i>APÊNDICES E ANEXOS</i>		88
APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO e QUESTIONÁRIO		89
ANEXO I – DELIBERAÇÃO DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....		92
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA		95
ANEXO III – COMPROVATIVO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO		97
ANEXO IV – POSTER COMUNICAÇÃO – BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE NO SERVIÇO DE URGEÊNCIA.....		99
ANEXO V – POSTER INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO		102
ANEXO VI – FLYER “GUIA DO UTENTE” – UNIDADE DE MEDICINA HIPERBÁRICA		105
ANEXO VII – CERTIFICADO COMUNICAÇÃO LIVRE “DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE EM CONTEXTO DE URGÊNCIA”		107

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Caracterização socioprofissional dos enfermeiros do serviço de urgência...	58
Tabela 2 - Autoavaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a transmissão de informação na transição de cuidados	58
Tabela 3 - Nível de utilização da técnica ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência	60
Tabela 4 - Correlação entre características sociodemográficas e conhecimento e utilização do ISBAR	61
Tabela 5 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo o género....	63
Tabela 6 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo a formação académica.....	64
Tabela 7 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo a categoria profissional.....	66
Tabela 8 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo o vínculo profissional.....	68
Tabela 9 - Sugestões de melhoria da passagem de turno identificadas pelos enfermeiros do serviço de urgência.....	71
Figura 1 - Distribuição dos enfermeiros do serviço de urgência segundo o género e o grupo etário	57
Figura 2 - Distribuição percentual das barreiras à comunicação clínica identificadas pelos enfermeiros do serviço de urgência.....	70

INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos sistemas de saúde e as exigências progressivas em matéria de qualidade e segurança dos cuidados têm impulsionado uma valorização assinalável da especialização em enfermagem. Neste enquadramento, a Enfermagem Médico-Cirúrgica ocupa um lugar de particular relevância na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica — caracterizada pela presença ou risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, pela instabilidade clínica e pela necessidade de vigilância e intervenção diferenciadas e contínuas. O enfermeiro especialista nesta área assume, assim, um papel determinante na prestação de cuidados altamente diferenciados, sustentados na evidência científica e orientados para a promoção da segurança do utente, da qualidade dos cuidados e da melhoria contínua das práticas clínicas.

Os contextos assistenciais em que a pessoa em situação crítica se encontra inserida distinguem-se pela instabilidade clínica, pela imprevisibilidade da evolução do estado de saúde e pela necessidade de tomada de decisão rápida e fundamentada. Estas características exigem dos profissionais de saúde elevados níveis de competência técnica, científica e relacional. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica desempenha, neste âmbito, um papel central na vigilância clínica contínua, na prevenção de complicações, na implementação de intervenções terapêuticas complexas e na articulação com a equipa multidisciplinar, contribuindo para uma abordagem integrada e centrada na pessoa e na família (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O desenvolvimento destas competências especializadas pressupõe um percurso formativo que integre a aquisição e consolidação de conhecimentos científicos com a experiência clínica em contextos assistenciais diversificados. O estágio clínico assume-se, neste processo, como um momento privilegiado de aprendizagem: permite a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, o desenvolvimento do raciocínio clínico e a construção de uma prática profissional reflexiva e baseada na evidência. A exposição a diferentes contextos assistenciais possibilita, adicionalmente, uma compreensão mais aprofundada das especificidades do cuidar da pessoa em situação crítica ao longo das diferentes fases do processo de doença e nos distintos níveis de complexidade dos cuidados de saúde.

O presente Relatório Final de Estágio foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Tem como finalidade apresentar, de forma crítica e fundamentada, o percurso formativo desenvolvido ao longo da componente clínica do curso, bem como o trabalho de investigação realizado. Constitui, deste modo, um instrumento de análise e reflexão sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, articulando a experiência clínica adquirida com o conhecimento científico produzido.

A componente clínica foi desenvolvida em três contextos assistenciais de elevada complexidade: a Unidade de Medicina Hiperbárica, o Serviço de Medicina Intensiva e o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. Estes contextos proporcionaram experiências de aprendizagem complementares no cuidado à pessoa em situação crítica, possibilitando o desenvolvimento de competências na avaliação clínica avançada, na monitorização contínua do estado hemodinâmico e respiratório, na gestão da instabilidade clínica e na intervenção em situações de emergência. Paralelamente, o contacto com diferentes realidades organizacionais e modelos de prestação de cuidados favoreceu a compreensão da importância da articulação entre equipas multidisciplinares e da implementação de práticas seguras e baseadas na evidência.

Para além da componente clínica, o percurso formativo integrou um trabalho de investigação centrado na temática da comunicação clínica em contexto de urgência. A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é amplamente reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade em saúde, sendo essencial para garantir a continuidade dos cuidados, prevenir erros e promover a segurança do utente. A literatura evidencia que as falhas comunicacionais entre profissionais estão frequentemente associadas à ocorrência de eventos adversos e incidentes de segurança, particularmente em contextos caracterizados por elevada pressão assistencial, imprevisibilidade clínica e necessidade de tomada de decisão rápida.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde reconhece a centralidade da comunicação na segurança dos cuidados através da Norma n.º 001/2017 — Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde —, que estabelece como referencial normativo nacional a utilização de modelos estruturados de comunicação, com destaque para o ISBAR. A sua implementação visa reduzir a variabilidade da informação transmitida, minimizar o risco de erro e promover a segurança do doente durante os momentos de transição de cuidados.

As transições de cuidados constituem momentos particularmente vulneráveis do processo assistencial, pois envolvem a transferência de responsabilidade e informação clínica entre profissionais, equipas ou serviços. A ocorrência de falhas nestes momentos pode comprometer a continuidade dos cuidados, aumentar o risco de eventos adversos e afetar negativamente os resultados em saúde. Neste contexto, a adoção de ferramentas de comunicação estruturada — entre as quais o modelo ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation) ocupa lugar de destaque — tem demonstrado benefícios relevantes na uniformização da informação transmitida, na melhoria da tomada de decisão clínica e no reforço da cultura de segurança do doente.

Apesar do reconhecimento dos benefícios associados ao ISBAR, a evidência disponível sugere que a sua implementação na prática clínica nem sempre ocorre de forma sistemática, sendo condicionada por fatores organizacionais, culturais e formativos. A falta de formação específica, a ausência de protocolos institucionais, as interrupções frequentes e a elevada carga assistencial constituem algumas das barreiras mais frequentemente identificadas. Tornou-se, por isso, pertinente desenvolver um estudo que avaliasse o conhecimento e a utilização do ISBAR pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência, identificando barreiras à sua implementação e oportunidades de melhoria na comunicação durante a transição de cuidados.

O presente relatório tem assim como objetivos analisar criticamente o percurso de estágio desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, e apresentar o estudo realizado sobre o conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do Serviço de Urgência.

O documento está organizado em duas partes principais. A primeira corresponde à componente de prática clínica especializada, na qual são descritos e analisados os contextos de estágio e o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista. A segunda parte apresenta o trabalho de investigação, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados e a respetiva discussão. O relatório termina com uma síntese conclusiva que integra os principais contributos do percurso formativo e da investigação para o desenvolvimento profissional e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO:
PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O ensino clínico constitui um momento privilegiado no processo de desenvolvimento de competências que permitem diferenciar profissionais mais qualificados, dotados de competências científicas, técnicas e relacionais, fundamentais para o exercício autónomo enquanto Enfermeiro Especialista (EE) numa determinada área clínica. Neste contexto, o EE deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências específicas no domínio da enfermagem especializada, de forma a desenvolver capacidades de diagnóstico e de intervenção que permitam uma compreensão aprofundada da pessoa e dos processos de saúde e doença no âmbito da sua área de atuação.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMECPSC), o ensino clínico assume como principal finalidade o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica. Para tal, foram definidos objetivos gerais e específicos que orientaram o percurso formativo e que se pretendem refletidos ao longo do presente relatório. Como objetivos gerais destacam-se: evidenciar o processo de desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica; caracterizar os contextos de estágio clínico considerando a sua estrutura, organização e dinâmica assistencial; realizar uma análise crítica e reflexiva das experiências clínicas desenvolvidas ao longo do percurso de estágio; e integrar a componente de investigação com a prática clínica, evidenciando o seu contributo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Segue-se, assim, a caracterização e descrição dos contextos de estágio quanto à sua estrutura e organização, os quais permitiram o contacto com diferentes realidades assistenciais, mas sempre com um elemento comum: o cuidado à pessoa em situação crítica. Estes contextos foram selecionados tendo em consideração as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional que poderiam proporcionar, permitindo o contacto com diferentes níveis de complexidade assistencial e distintas abordagens ao cuidado da pessoa em situação crítica.

Neste sentido, o percurso de estágio integrou três contextos assistenciais distintos e complementares: a Unidade de Medicina Hiperbárica, o Serviço de Medicina Intensiva e o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital no norte de Portugal, integrado numa Unidade Local de Saúde do norte de Portugal. O estágio em Medicina Hiperbárica

constituiu o estágio de opção, proporcionando contacto com uma área terapêutica altamente diferenciada, enquanto os estágios em Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica permitiram aprofundar competências no cuidado à pessoa em situação crítica em contextos de elevada complexidade clínica e elevada exigência assistencial.

1.1. Estágio de opção – Serviço de Medicina Hiperbárica

A Unidade de Medicina Hiperbárica (UMH) configura-se como uma unidade clínica altamente diferenciada, vocacionada para a aplicação da oxigenoterapia hiperbárica (OHB). Esta modalidade terapêutica baseia-se na administração de oxigénio a elevadas concentrações em ambiente pressurizado superior à pressão atmosférica, promovendo o aumento da pressão parcial de oxigénio no plasma. Este fenómeno traduz-se numa melhoria significativa da oxigenação tecidular, potenciando mecanismos fisiológicos relevantes, nomeadamente a angiogénese, a modulação da resposta inflamatória, a atividade bactericida dos leucócitos e a aceleração dos processos de cicatrização. A OHB assume-se, assim, como uma intervenção terapêutica com indicação em múltiplas patologias agudas e crónicas, particularmente em situações de compromisso tecidular e em contextos de maior exigência clínica (Fernandes, 2009; Tanaka et al., 2024).

A UMH desempenha um papel relevante na resposta hospitalar a situações clínicas complexas, integrando-se numa rede assistencial articulada com diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, designadamente o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e o Serviço de Medicina Intensiva. Esta articulação revela-se determinante em situações emergentes, como a embolia gasosa arterial, a doença de descompressão ou a intoxicação por monóxido de carbono, nas quais a intervenção atempada com OHB contribui para a redução da morbilidade e para a melhoria do prognóstico (European Committee for Hyperbaric Medicine, 2017; Callejón-Peláez et al., 2021). Durante o estágio, esta articulação foi particularmente visível no acompanhamento de doentes com intoxicação por monóxido de carbono, desde a admissão em contexto de urgência até à referenciação para oxigenoterapia hiperbárica, consolidando conhecimentos sobre a importância da identificação precoce, da atuação em tempo útil e da continuidade dos cuidados entre unidades assistenciais.

Do ponto de vista estrutural, a unidade localiza-se no piso -1 da instituição hospitalar, em área estrategicamente posicionada nas proximidades do Serviço de Urgência e do Serviço

de Medicina Intensiva, favorecendo a articulação assistencial em situações de emergência. O elemento central da unidade é a câmara hiperbárica multilugar, com capacidade para até dezasseis ocupantes, permitindo a realização simultânea de sessões terapêuticas sob vigilância clínica contínua. A unidade dispõe ainda de espaços funcionais destinados ao acolhimento dos utentes, gabinetes médicos e de enfermagem, salas de tratamento e áreas técnicas de suporte ao funcionamento dos equipamentos e ao armazenamento de gases medicinais, encontrando-se equipada com dispositivos de monitorização e suporte avançado que garantem capacidade de resposta perante eventuais situações de instabilidade clínica durante o tratamento.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos especializados, assistentes operacionais e profissionais administrativos, trabalhando de forma articulada na prestação de cuidados e na garantia da segurança dos procedimentos terapêuticos. A equipa de enfermagem assume um papel central na preparação dos doentes, na monitorização clínica durante as sessões e na vigilância de possíveis complicações associadas ao ambiente hiperbárico. A organização do trabalho assenta num modelo centrado na pessoa, no qual a avaliação clínica prévia, a preparação adequada e a monitorização contínua durante o tratamento são elementos fundamentais para garantir a segurança e eficácia da intervenção. A atividade assistencial decorre habitualmente através de sessões terapêuticas programadas, mantendo-se simultaneamente um regime de prevenção permanente que assegura resposta a situações emergentes.

No âmbito do ensino clínico, foram definidos objetivos orientados para o desenvolvimento de competências especializadas, destacando-se a avaliação clínica integral da pessoa candidata a OHB, a prestação de cuidados especializados durante o tratamento, a aplicação de protocolos de atuação perante complicações e a integração na dinâmica da equipa multidisciplinar. As atividades desenvolvidas incluíram a participação na avaliação clínica pré-tratamento, a preparação dos doentes, a monitorização contínua durante as sessões e a avaliação pós-tratamento. Foi igualmente possível desenvolver competências na identificação precoce e intervenção perante complicações associadas ao ambiente hiperbárico, como barotrauma, hipoglicemia, toxicidade neurológica do oxigénio, ansiedade ou claustrofobia.

Merece destaque o acompanhamento de doentes que manifestaram ansiedade associada à entrada na câmara hiperbárica — situação que exigiu comunicação terapêutica, esclarecimento detalhado do procedimento e mobilização de estratégias de redução da

ansiedade. Esta experiência reforçou a centralidade do papel do enfermeiro na preparação emocional do doente, na promoção da adesão ao tratamento e na garantia da segurança durante todo o processo terapêutico.

A especificidade organizacional e tecnológica da UMH — nomeadamente a elevada diferenciação da terapêutica, o cumprimento rigoroso de protocolos de segurança e a necessidade de monitorização em ambiente pressurizado — configurou um contexto formativo exigente e enriquecedor. A aquisição de conhecimentos científicos diferenciados e o desenvolvimento da capacidade de antecipação e intervenção precoce perante potenciais complicações reforçaram a importância de uma vigilância clínica sistematizada. Paralelamente, a preparação do doente e a garantia da sua segurança num ambiente tecnologicamente complexo evidenciaram a relevância da comunicação terapêutica, do ensino ao utente e da gestão do risco clínico, contribuindo para a consolidação de uma prática profissional mais autónoma, crítica e sustentada na evidência científica.

Por fim, este contexto permitiu compreender que o cuidado à pessoa em situação crítica não se restringe aos ambientes tradicionalmente associados ao doente crítico — urgência ou cuidados intensivos. A necessidade de monitorização contínua, vigilância de complicações e intervenção precoce perante instabilidade clínica evidenciou, de forma clara, a importância do enfermeiro especialista na antecipação de riscos e na promoção da segurança do doente em contextos assistenciais de natureza diversa.

1.2. Serviço de Medicina Intensiva

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de uma Unidade Local de Saúde do norte de Portugal constitui uma unidade altamente diferenciada, vocacionada para a prestação de cuidados especializados a pessoas em situação crítica ou potencialmente crítica, caracterizadas pela presença de falência orgânica ou pelo risco iminente de deterioração clínica. Estes contextos representam um dos níveis mais exigentes da prática hospitalar, implicando vigilância contínua, monitorização avançada e capacidade de intervenção rápida e tecnicamente diferenciada por parte da equipa multidisciplinar. O cuidado à pessoa em situação crítica exige, assim, a integração de conhecimentos científicos avançados, competências técnicas especializadas e uma elevada capacidade de tomada de

decisão em ambientes marcados pela complexidade e imprevisibilidade (Devlin et al., 2018; Davidson et al., 2017).

O SMI assume uma natureza polivalente, recebendo doentes provenientes de diversas especialidades médicas e cirúrgicas, nomeadamente cirurgia geral, medicina interna, pneumologia, cardiologia, gastroenterologia e anestesiologia. A sua missão centra-se na estabilização, monitorização e tratamento de doentes com falência ou risco de falência de órgãos vitais, assegurando suporte avançado das funções respiratória, hemodinâmica e metabólica. A unidade acolhe predominantemente doentes classificados como nível II e III de cuidados intensivos, frequentemente com quadros clínicos como insuficiência respiratória aguda, sépsis, pancreatite aguda grave, pós-operatórios complexos, choque circulatório ou falência multiorgânica.

Do ponto de vista estrutural, o serviço encontra-se organizado em duas unidades distintas: SMI 1 e SMI 2. O SMI 1, correspondente à unidade mais antiga, apresenta uma configuração em open space, com várias camas dispostas numa área comum e três boxes de isolamento. Esta organização permite uma vigilância visual contínua, facilitando a deteção precoce de alterações clínicas, particularmente em doentes com instabilidade marcada. Contudo, esta configuração apresenta limitações ao nível da privacidade do doente e do controlo de infeção, uma vez que a separação entre camas é assegurada por cortinas.

Por sua vez, o SMI 2, mais recente, apresenta uma estrutura compartimentada, constituída por onze boxes individualizadas equipadas com antecâmara e sistema de pressão negativa. Esta configuração permite um controlo de infeção mais rigoroso, assegurando maior privacidade e melhores condições para a realização de procedimentos com risco de aerossóis. No entanto, a menor visibilidade direta dos doentes exige uma organização mais estruturada da vigilância clínica, reforçando a importância da monitorização contínua e da comunicação eficaz entre os profissionais.

Esta diferença estrutural permitiu refletir sobre a forma como a organização física dos espaços influencia a vigilância clínica, a privacidade, o controlo de infeção e a comunicação entre profissionais. No SMI 2, a existência de boxes individualizadas exigiu uma vigilância mais sistematizada e maior recurso à monitorização tecnológica, enquanto no SMI 1 a vigilância visual direta facilitou a identificação imediata de alterações clínicas.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço integra uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde, que colaboram de forma articulada na prestação de cuidados. A equipa de enfermagem apresenta um rácio máximo de um enfermeiro para dois doentes, em conformidade com recomendações de segurança clínica. Em cada turno encontram-se, habitualmente, sete enfermeiros, incluindo um enfermeiro responsável pela coordenação e supervisão da atividade assistencial. Este profissional assume funções de gestão operacional, nomeadamente na distribuição dos doentes, avaliação dos rácios de enfermagem, supervisão de recursos e articulação com outros serviços hospitalares.

O funcionamento do serviço assenta num modelo de trabalho em equipa multidisciplinar, no qual a colaboração entre profissionais é fundamental para a avaliação clínica, definição de estratégias terapêuticas e monitorização da evolução dos doentes. A comunicação intraprofissional assume, neste contexto, um papel central, sendo frequentemente utilizada uma metodologia estruturada, como o modelo ISBAR, que contribui para a clareza, consistência e segurança na transmissão de informação clínica, reduzindo o risco de erro e promovendo a eficácia na tomada de decisão.

Em termos tecnológicos, o serviço encontra-se equipado com dispositivos avançados de monitorização e suporte de funções vitais, incluindo ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica contínua, sistemas de isolamento e terapias de substituição renal. Estes recursos permitem uma resposta eficaz a situações clínicas complexas, garantindo intervenções terapêuticas altamente diferenciadas e ajustadas à condição do doente crítico.

No âmbito do estágio, foram definidos objetivos centrados no desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, destacando-se o aprofundamento da avaliação clínica avançada, a vigilância contínua do doente crítico, a gestão da ventilação mecânica, a monitorização hemodinâmica e a realização de terapias de substituição renal. Paralelamente, foi valorizado o desenvolvimento de competências comunicacionais e o apoio à família em contextos de elevada vulnerabilidade, em consonância com os referenciais definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

As atividades desenvolvidas incluíram a participação na avaliação clínica sistematizada dos doentes, a monitorização contínua de parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, a

prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica e a intervenção em situações de instabilidade clínica, como choque hipovolémico ou falência renal aguda. Particularmente relevante foi a prestação de cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica e necessidade de suporte ventilatório invasivo, situação que exigiu interpretação contínua de parâmetros ventilatórios, avaliação da resposta à terapêutica instituída e articulação permanente com a equipa médica. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de antecipação de complicações e da tomada de decisão em contexto de elevada complexidade. Foi igualmente possível acompanhar doentes submetidos a terapêutica de substituição renal, participando na preparação dos equipamentos, vigilância dos circuitos e identificação precoce de complicações.

Destaca-se igualmente a prestação de cuidados a um doente com choque séptico e necessidade de suporte vasopressor, situação que exigiu monitorização hemodinâmica contínua, avaliação sistemática dos parâmetros clínicos e laboratoriais e articulação multidisciplinar para adequação da terapêutica. Esta experiência permitiu consolidar competências na identificação precoce de sinais de deterioração clínica e na tomada de decisão fundamentada em contexto de elevada complexidade.

Paralelamente, a prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva permitiu aprofundar conhecimentos relacionados com a interpretação de parâmetros ventilatórios, identificação precoce de assincronias e implementação de intervenções promotoras da segurança e conforto da pessoa em situação crítica.

Para além da prática assistencial, o estágio integrou uma componente de reflexão crítica orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, foi realizada uma análise do ambiente sensorial do serviço, com enfoque no impacto do ruído no bem-estar dos doentes críticos. A evidência científica demonstra que níveis elevados de ruído em unidades de cuidados intensivos estão associados a distúrbios do sono, aumento do stress fisiológico e maior risco de delírio (Xie et al., 2009). Com base nesta análise, foi desenvolvida uma intervenção de sensibilização dirigida à equipa, promovendo a redução do ruído e a criação de um ambiente mais terapêutico e humanizado. Esta intervenção traduziu-se na sensibilização informal da equipa para a redução de estímulos sonoros evitáveis, adequação do volume dos alarmes, diminuição de conversas junto aos doentes e valorização do ambiente terapêutico. A reflexão desenvolvida permitiu compreender que a melhoria contínua da qualidade pode resultar de intervenções simples,

contextualizadas e diretamente relacionadas com necessidades observadas na prática clínica.

A experiência neste contexto permitiu o desenvolvimento de competências avançadas na avaliação clínica, na gestão da instabilidade fisiológica e na implementação de intervenções terapêuticas complexas, reforçando simultaneamente a importância da comunicação eficaz, da humanização dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade assistencial. A integração numa equipa altamente especializada contribuiu para a consolidação do raciocínio clínico, da capacidade de tomada de decisão e da autonomia profissional.

A complexidade estrutural e organizacional do SMI, associada à elevada diferenciação tecnológica e à necessidade de monitorização contínua, configurou um contexto altamente exigente e formativo. A presença de doentes com falência ou risco de falência multiorgânica exigiu uma avaliação clínica rigorosa, a mobilização de conhecimentos científicos aprofundados e uma capacidade de decisão rápida e fundamentada.

A diversidade de situações clínicas e a utilização de tecnologias avançadas, como a ventilação mecânica e a monitorização hemodinâmica, potenciaram o desenvolvimento de competências técnicas e de raciocínio clínico, particularmente na identificação precoce de sinais de deterioração. Simultaneamente, a necessidade de articulação permanente com a equipa multidisciplinar evidenciou a importância da comunicação estruturada e da coordenação dos cuidados. Este contexto contribuiu, assim, para a consolidação de competências ao nível da gestão da instabilidade clínica, da segurança do doente e da prestação de cuidados altamente diferenciados, fundamentais para o exercício enquanto enfermeiro especialista.

1.3. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O estágio clínico foi realizado no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um hospital integrado numa Unidade Local de Saúde do norte de Portugal. Este serviço constitui uma unidade assistencial diferenciada, responsável pela prestação de cuidados urgentes à população adulta da sua área de influência, assumindo igualmente funções de referência para concelhos limítrofes. Funciona em regime permanente, assegurando resposta 24 horas por dia a situações de urgência e emergência, constituindo frequentemente o primeiro ponto de contacto da população com os cuidados hospitalares em contextos de

instabilidade clínica ou risco de falência orgânica. Enquanto unidade integrada num hospital distrital, articula diversas valências clínicas, nomeadamente Medicina Interna, Cirurgia, Cuidados Intermédios e Intensivos, Ortopedia e Obstetrícia, bem como múltiplos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, permitindo uma resposta célere e eficaz às necessidades dos doentes.

Do ponto de vista estrutural, o serviço localiza-se no piso inferior da unidade hospitalar e organiza-se em diferentes áreas funcionais, clínicas e de apoio. Destacam-se a área de triagem, onde é aplicado o Sistema de Triagem de Manchester para priorização dos doentes de acordo com a gravidade clínica, a sala de emergência destinada à abordagem imediata de situações críticas e diversas áreas assistenciais organizadas por níveis de prioridade. O serviço dispõe ainda de áreas específicas para doentes autónomos, doentes em maca com necessidade de vigilância apertada e uma área de observação destinada ao internamento de curta duração, assegurando monitorização contínua. Integra também áreas cirúrgicas, salas de procedimentos, gabinete de isolamento e meios de apoio diagnóstico, como radiologia, tomografia computadorizada e eletrocardiografia.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço integra uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica e profissionais administrativos, que colaboram de forma articulada na prestação de cuidados. A equipa de enfermagem é constituída por um número significativo de profissionais, distribuídos por diferentes áreas assistenciais sob coordenação de um enfermeiro gestor e de enfermeiros coordenadores. A organização dos turnos assegura a continuidade dos cuidados ao longo das 24 horas, sendo a distribuição dos profissionais definida diariamente em função das necessidades do serviço.

O modelo de trabalho assenta numa abordagem centrada na pessoa, na qual a avaliação clínica precoce, a priorização adequada das situações de maior gravidade e a implementação rápida de intervenções constituem elementos essenciais para garantir a segurança e eficácia dos cuidados. A dinâmica assistencial dos serviços de urgência caracteriza-se por elevada pressão, imprevisibilidade e necessidade de tomada de decisão rápida, fatores que aumentam a complexidade da prestação de cuidados e o risco de ocorrência de eventos adversos (Riesenberg et al., 2010; World Health Organization, 2020; Direção-Geral da Saúde, 2017).

Neste contexto, a comunicação clínica assume um papel central na continuidade dos cuidados e na segurança do doente, sendo amplamente reconhecida como um dos principais fatores na prevenção de erros em contexto hospitalar (World Health Organization, 2020). A utilização de modelos de comunicação estruturada, como o ISBAR, tem sido recomendada como estratégia eficaz para melhorar a clareza, consistência e eficácia da transmissão de informação entre profissionais de saúde (Marshall et al., 2009).

No âmbito do estágio, foram definidos objetivos centrados no desenvolvimento de competências especializadas na avaliação clínica avançada da pessoa em situação crítica ou potencialmente crítica, na abordagem e estabilização de situações de urgência e emergência e na implementação de intervenções dirigidas à manutenção ou recuperação das funções vitais. Foi igualmente valorizado o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a doentes com compromisso respiratório, cardiovascular e neurológico, bem como na comunicação terapêutica com a pessoa e família em situação de crise.

Durante o período de estágio, foram desenvolvidas diversas atividades assistenciais, incluindo a participação na avaliação inicial dos doentes, a monitorização contínua de parâmetros clínicos, a colaboração na estabilização de situações de instabilidade e a intervenção em cenários de emergência com recurso a suporte avançado de vida. Foi igualmente possível participar na gestão da via aérea, na implementação de ventilação não invasiva e na vigilância de doentes submetidos a terapêutica farmacológica complexa, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnicas e clínicas no cuidado à pessoa em situação crítica.

Destaca-se a participação na abordagem de doentes admitidos em sala de emergência com compromisso respiratório, cardiovascular e neurológico, mobilizando a abordagem sistematizada ABCDE, a monitorização contínua e a priorização de intervenções dirigidas à estabilização clínica. Estas experiências permitiram consolidar competências na tomada de decisão rápida, na gestão da incerteza e na atuação em equipa em situações de elevada pressão assistencial. Neste contexto, a abordagem de doentes com síndrome coronária aguda, insuficiência respiratória aguda e suspeita de sépsis permitiu consolidar competências na avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica, na priorização de intervenções e na monitorização contínua da resposta terapêutica. A utilização da metodologia ABCDE revelou-se essencial para organizar o pensamento clínico,

identificar precocemente sinais de deterioração e orientar a atuação da equipa de forma segura e estruturada.

Paralelamente, o estágio integrou o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade, orientado para a promoção da segurança do doente. A segurança do doente constitui uma prioridade global em saúde, sendo a redução de erros associados à comunicação e à medicação uma área crítica de intervenção (World Health Organization, 2020). Neste sentido, o projeto centrou-se na melhoria da comunicação clínica entre profissionais e na implementação de práticas seguras na gestão da medicação.

Foram dinamizadas iniciativas de sensibilização para a utilização do modelo de comunicação estruturada ISBAR, reconhecido como uma ferramenta eficaz na redução de erros associados à transmissão de informação e na melhoria da continuidade dos cuidados (Marshall et al., 2009). Esta intervenção teve como finalidade sensibilizar a equipa para a importância da comunicação estruturada na passagem de turno e na transferência de responsabilidade assistencial, promovendo maior uniformização da informação transmitida e reduzindo o risco de omissões clínicas relevantes. Adicionalmente, foram implementadas ações relacionadas com a organização dos carros de medicação, identificação de medicamentos LASA (Look-Alike, Sound-Alike) e otimização da gestão de fármacos críticos.

Importa referir que a experiência profissional prévia neste contexto assistencial, ao longo de mais de uma década, permitiu uma compreensão aprofundada das dinâmicas organizacionais e dos desafios inerentes à prestação de cuidados em ambiente de urgência. Essa vivência contribuiu para uma análise crítica mais sustentada das práticas clínicas, nomeadamente no que respeita à comunicação entre profissionais. A observação de inconsistências na transmissão de informação clínica, particularmente na passagem de turno, evidenciou a necessidade de maior uniformização e sistematização destes processos, constituindo o ponto de partida para o desenvolvimento do estudo de investigação centrado na utilização do modelo ISBAR.

A dinâmica assistencial do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, caracterizada pela elevada afluência de doentes, imprevisibilidade clínica e necessidade de resposta rápida, configurou um contexto particularmente exigente para o desenvolvimento de competências especializadas. A aplicação do Sistema de Triagem de Manchester

evidenciou a importância da tomada de decisão rápida, segura e fundamentada na avaliação inicial.

A multiplicidade de situações clínicas e a necessidade de gerir simultaneamente vários doentes exigiram capacidade de priorização, gestão eficiente do tempo e adaptação contínua às exigências do contexto. Paralelamente, a articulação com a equipa multidisciplinar reforçou a importância da comunicação eficaz e estruturada na continuidade dos cuidados.

Deste modo, este contexto de estágio contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências ao nível da abordagem sistematizada da pessoa em situação crítica, da gestão de situações de emergência e da tomada de decisão em ambientes de elevada pressão assistencial, promovendo a consolidação de uma prática profissional mais autónoma, crítica e orientada para a segurança e qualidade dos cuidados.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

O percurso clínico desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem, reflexão e consolidação de competências especializadas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A diversidade e complexidade dos contextos assistenciais vivenciados, Unidade de Medicina Hiperbárica, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, permitiram o contacto com diferentes realidades clínicas, organizacionais e relacionais, proporcionando oportunidades significativas para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e humanas inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista.

Neste capítulo pretende-se efetuar uma análise crítica, reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas ao longo da componente clínica, evidenciando o seu contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futuro Enfermeiro Especialista. Mais do que descrever experiências vividas, pretende-se refletir sobre o modo como essas experiências contribuíram para a construção de uma prática clínica mais segura, autónoma, consciente e baseada na evidência, destacando o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista é o profissional que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, demonstrando competências clínicas especializadas e uma capacidade acrescida para responder às necessidades da pessoa, família e comunidade em contextos de elevada complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste sentido, o desenvolvimento de competências ao longo do estágio não se restringiu à aquisição de destrezas técnicas, tendo implicado igualmente a mobilização de conhecimentos científicos, o recurso ao pensamento teórico de enfermagem, a capacidade de análise crítica da prática e a integração de princípios éticos, legais e deontológicos na prestação de cuidados.

A experiência clínica nos diferentes contextos permitiu compreender que o cuidado à pessoa em situação crítica exige uma abordagem global, sistematizada e sustentada na melhor evidência disponível, na qual o enfermeiro especialista assume um papel determinante na vigilância contínua, na deteção precoce da deterioração clínica, na

implementação de intervenções especializadas e na articulação com a equipe multidisciplinar. Simultaneamente, tornou-se evidente que a excelência do cuidado especializado não depende apenas da capacidade de intervir perante a instabilidade fisiológica, mas também da qualidade da comunicação, da segurança dos processos, da gestão dos recursos e da promoção de cuidados humanizados e centrados na pessoa e família.

Neste enquadramento, a reflexão sobre as atividades desenvolvidas será apresentada em estreita articulação com os referenciais profissionais da Ordem dos Enfermeiros, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados e a evidência científica disponível, de forma a sustentar e discutir as decisões, intervenções e aprendizagens realizadas. Pretende-se, assim, demonstrar de que forma a componente clínica contribuiu para o desenvolvimento progressivo de competências especializadas, para o fortalecimento da identidade profissional e para a consolidação de uma prática de enfermagem crítica, reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista constituem um referencial fundamental para a prática clínica avançada em enfermagem, orientando a atuação profissional em diferentes contextos assistenciais e promovendo cuidados de elevada qualidade, segurança e complexidade. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estas competências organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O desenvolvimento destas competências implica a mobilização integrada de conhecimentos científicos, capacidades técnicas e competências relacionais que permitem ao enfermeiro especialista responder de forma adequada às necessidades da pessoa, família e comunidade, particularmente em contextos de elevada complexidade clínica. Neste sentido, a prática especializada exige uma abordagem reflexiva e baseada na evidência científica, na qual o profissional é capaz de analisar criticamente a sua prática, tomar decisões clínicas fundamentadas e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ao longo do percurso de estágio, realizado em diferentes contextos assistenciais dedicados ao cuidado da pessoa em situação crítica, foi possível desenvolver e consolidar estas competências através da participação ativa na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, na articulação com equipas multidisciplinares e na implementação de estratégias promotoras da segurança do doente. A diversidade dos contextos clínicos, unidade de medicina hiperbárica, serviço de medicina intensiva e serviço de urgência médico-cirúrgica, proporcionou experiências complementares que permitiram integrar diferentes dimensões da prática especializada em enfermagem.

A análise reflexiva das atividades desenvolvidas permitiu reconhecer que o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista não ocorre de forma isolada, mas antes através de um processo contínuo de aprendizagem e integração de experiências clínicas, conhecimentos científicos e reflexão crítica sobre a prática. Este processo foi particularmente evidente nos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, nos quais a tomada de decisão clínica, a vigilância contínua e a capacidade de antecipação de complicações assumem um papel determinante na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, nos subcapítulos seguintes procede-se à análise do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos diferentes domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros, evidenciando as atividades desenvolvidas durante o estágio e o contributo dessas experiências para a consolidação de uma prática profissional mais autónoma, crítica e fundamentada na evidência científica.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um dos pilares fundamentais da prática do enfermeiro especialista, orientando a prestação de cuidados de enfermagem de forma responsável, segura e centrada na pessoa. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este profissional deve desenvolver a sua prática com base em princípios éticos e legais, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia e direitos da pessoa, bem como pela confidencialidade da informação e pela qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, este domínio assume particular relevância, uma vez que as decisões clínicas ocorrem frequentemente em

ambientes caracterizados por instabilidade fisiológica, complexidade clínica e necessidade de intervenção imediata. Nestes cenários, o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de tomada de decisão fundamentada, conciliando a eficácia da intervenção com o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que orientam o exercício profissional.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível desenvolver competências neste domínio através da prestação de cuidados assentes em princípios éticos, da promoção da segurança do doente e da salvaguarda da confidencialidade da informação clínica. A interação com pessoas em situação crítica e com as suas famílias evidenciou a importância de uma prática profissional humanizada, centrada na pessoa e orientada para o respeito pela sua dignidade e autonomia.

No estágio realizado na Unidade de Medicina Hiperbárica, o desenvolvimento destas competências esteve particularmente associado à preparação e acompanhamento dos doentes submetidos a oxigenoterapia hiperbárica. A especificidade desta terapêutica exige a prestação de informação clara, adequada e compreensível sobre o procedimento, os seus benefícios e os riscos associados, promovendo a participação informada do doente no processo terapêutico. Neste contexto, foi possível reforçar a importância do consentimento informado e da comunicação terapêutica como elementos essenciais para garantir a segurança e confiança do doente.

Em contexto de medicina intensiva, a responsabilidade ética assume uma dimensão ainda mais exigente, dado que os doentes frequentemente se encontram incapazes de expressar a sua vontade. Esta realidade exige do enfermeiro uma atenção acrescida aos princípios éticos que orientam a tomada de decisão, nomeadamente no que respeita à defesa dos direitos da pessoa, à comunicação com a família e à participação em decisões clínicas complexas, como a limitação ou adequação do esforço terapêutico. Nestes contextos, a vigilância contínua, a monitorização rigorosa e a prevenção de complicações assumem-se não apenas como intervenções técnicas, mas também como expressões de responsabilidade ética na prestação de cuidados.

No Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, o desenvolvimento deste domínio esteve particularmente associado à tomada de decisão em contextos de elevada pressão assistencial e imprevisibilidade clínica. A priorização de cuidados e a gestão simultânea de múltiplas situações exigiram uma atuação profissional rigorosa, responsável e

eticamente fundamentada. A aplicação do Sistema de Triagem de Manchester constitui um exemplo claro de decisão clínica com implicações éticas, uma vez que condiciona o acesso dos doentes aos cuidados, exigindo equidade, justiça e responsabilidade profissional.

Um dos momentos de maior reflexão ética ocorreu perante a prestação de cuidados a doentes em situação de fim de vida, nos quais a complexidade clínica e a vulnerabilidade da pessoa e da família exigiram uma abordagem centrada na dignidade humana e no alívio do sofrimento. Estas situações permitiram compreender a importância do respeito pelos princípios da beneficência, não maleficência e autonomia, bem como o papel do enfermeiro especialista na promoção de cuidados humanizados e na comunicação com a família durante processos de tomada de decisão particularmente sensíveis.

Neste contexto, a comunicação terapêutica assumiu igualmente um papel central, sobretudo em situações de crise, ansiedade ou sofrimento. A capacidade de comunicar de forma clara, empática e respeitosa revelou-se fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa e família, constituindo um elemento essencial da prática ética em enfermagem.

Neste enquadramento, a vivência de situações clínicas concretas permitiu aprofundar a reflexão sobre a aplicação dos princípios éticos na prática profissional. Destaca-se a prestação de cuidados a um doente em fase terminal no contexto do serviço de urgência, cuja situação clínica irreversível exigiu a conciliação entre a prestação de cuidados técnicos e a garantia de dignidade no momento final de vida. Apesar das limitações inerentes ao ambiente de urgência, caracterizado por elevada atividade e ruído, foram mobilizadas estratégias no sentido de proporcionar um ambiente o mais tranquilo e humanizado possível, nomeadamente através da gestão dos estímulos ambientais, reorganização do espaço e facilitação da presença da família. Esta experiência permitiu compreender que, mesmo em contextos marcados pela pressão assistencial, o enfermeiro especialista deve assumir um papel ativo na defesa da dignidade da pessoa, na humanização dos cuidados e na proteção da família em momentos de elevada vulnerabilidade. A intervenção não se limitou à dimensão técnica, mas integrou uma resposta ética, relacional e humana perante a situação de fim de vida.

Esta situação evidenciou a complexidade da tomada de decisão ética em contextos adversos, nos quais os princípios da beneficência, da não maleficência e do respeito pela

dignidade da pessoa assumem particular relevância. Simultaneamente, reforçou o papel do enfermeiro especialista na promoção de cuidados humanizados e na defesa dos direitos da pessoa em situação crítica, nomeadamente no direito a um fim de vida digno, acompanhado e respeitador dos valores individuais.

Para além da dimensão assistencial, o desenvolvimento deste domínio esteve igualmente associado à reflexão crítica sobre a prática profissional e à identificação de oportunidades de melhoria, nomeadamente ao nível da comunicação clínica e da segurança da medicação. A participação em iniciativas de melhoria contínua evidenciou o papel do enfermeiro especialista enquanto agente promotor de práticas seguras, éticas e orientadas para a qualidade dos cuidados.

Deste modo, a experiência clínica nos diferentes contextos de estágio contribuiu de forma significativa para a consolidação de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, reforçando a importância de uma prática de enfermagem consciente, crítica e sustentada em princípios éticos, na evidência científica e na centralidade da pessoa.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade constitui um dos domínios centrais da prática do enfermeiro especialista, assumindo particular relevância em contextos assistenciais caracterizados por elevada complexidade e risco clínico. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este profissional deve contribuir de forma ativa para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, através da identificação de áreas de melhoria, implementação de estratégias de intervenção e avaliação dos resultados obtidos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige uma abordagem sistematizada e orientada para a segurança do doente, a prevenção de eventos adversos e a adoção de práticas baseadas na evidência científica. Neste enquadramento, o enfermeiro especialista assume um papel determinante enquanto agente de mudança, promovendo a melhoria contínua dos processos assistenciais e contribuindo para a construção de ambientes clínicos mais seguros e eficientes.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, o desenvolvimento de competências neste domínio resultou da análise crítica das práticas clínicas e organizacionais, permitindo identificar fragilidades e implementar intervenções orientadas para a otimização dos

cuidados prestados. Esta abordagem reflexiva revelou-se fundamental para a compreensão da melhoria contínua da qualidade como um processo dinâmico e contínuo, sustentado na identificação de problemas reais da prática clínica.

No contexto do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, foi desenvolvido um projeto de intervenção centrado na melhoria da comunicação clínica entre profissionais de saúde e no reforço da segurança da medicação. A experiência prévia neste contexto assistencial permitiu reconhecer a existência de inconsistências na transmissão de informação clínica, particularmente na passagem de turno, evidenciando a ausência de uniformização neste processo. Esta realidade constitui um fator de risco relevante para a ocorrência de erros e eventos adversos, especialmente em ambientes caracterizados por elevada pressão assistencial e necessidade de tomada de decisão rápida.

Neste sentido, foi promovida a utilização do modelo de comunicação estruturada ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation), reconhecido como uma estratégia eficaz para melhorar a clareza, consistência e segurança na transmissão de informação clínica. A implementação desta ferramenta permitiu não só uniformizar a comunicação entre profissionais, mas também sensibilizar a equipa para a importância da comunicação estruturada enquanto elemento essencial na prevenção de eventos adversos e na promoção da continuidade dos cuidados.

Paralelamente, o projeto integrou intervenções dirigidas à segurança da medicação, nomeadamente a reorganização e normalização dos carros de medicação, a identificação de medicamentos LASA (Look-Alike, Sound-Alike) e a revisão de práticas associadas à gestão de stocks de fármacos críticos. Estas intervenções evidenciaram a importância da organização dos processos e da padronização de práticas como estratégias fundamentais na redução do risco de erro medicamentoso.

A implementação destas medidas permitiu promover práticas mais seguras na preparação e administração de terapêutica, reforçando simultaneamente o papel do enfermeiro especialista na gestão do risco clínico e na promoção de uma cultura de segurança. Para além do impacto imediato na organização dos cuidados, esta experiência contribuiu para uma maior consciencialização da equipa relativamente à importância da qualidade e segurança na prática clínica diária. A identificação desta problemática resultou da observação sistemática da prática clínica e da reflexão sobre os fatores que podem comprometer a segurança do doente. Este processo permitiu compreender que a melhoria

contínua da qualidade não depende exclusivamente de grandes alterações organizacionais, podendo ser promovida através de intervenções simples, sustentadas na evidência científica e adaptadas às necessidades do contexto. Enquanto futuro enfermeiro especialista, esta experiência reforçou a importância da capacidade de identificar oportunidades de melhoria e de mobilizar a equipa para a implementação de estratégias promotoras da qualidade e segurança dos cuidados.

No estágio realizado em contexto de medicina intensiva, o desenvolvimento de competências neste domínio esteve associado à análise do ambiente sensorial da unidade, com particular enfoque no impacto do ruído no bem-estar dos doentes críticos. A evidência científica demonstra que níveis elevados de ruído em unidades de cuidados intensivos estão associados a alterações do padrão de sono, aumento do stress fisiológico e maior risco de delírio. Com base nesta análise, foi desenvolvida uma intervenção de sensibilização dirigida à equipa, promovendo a redução do ruído e a criação de um ambiente mais terapêutico e humanizado.

Por sua vez, na Unidade de Medicina Hiperbárica, a melhoria contínua da qualidade esteve associada à observação e participação em práticas de segurança relacionadas com a realização da oxigenoterapia hiperbárica. A especificidade desta terapêutica exige o cumprimento rigoroso de protocolos e uma monitorização contínua, evidenciando a importância da padronização de procedimentos e da vigilância clínica na prevenção de complicações. A participação neste contexto permitiu reconhecer que a segurança dos cuidados depende da adesão consistente a protocolos e da monitorização rigorosa dos processos assistenciais. A observação das práticas implementadas reforçou a importância da cultura de segurança e da uniformização de procedimentos enquanto estratégias fundamentais para a prevenção de eventos adversos em ambientes de elevada complexidade clínica.

A reflexão sobre estas experiências permitiu compreender que a melhoria contínua da qualidade não se limita à implementação pontual de intervenções, mas constitui um processo contínuo que envolve a análise crítica das práticas, a adaptação às necessidades do contexto e a avaliação sistemática dos resultados. Neste processo, o enfermeiro especialista assume um papel central enquanto promotor de práticas seguras, baseadas na evidência e orientadas para a qualidade dos cuidados.

Deste modo, a participação em iniciativas de melhoria contínua da qualidade ao longo dos diferentes contextos de estágio contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências na gestão do risco, na segurança do doente e na implementação de estratégias de melhoria organizacional, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção da excelência dos cuidados de enfermagem.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O domínio da gestão dos cuidados constitui uma dimensão central da prática do enfermeiro especialista, implicando a capacidade de planear, organizar, coordenar e avaliar a prestação de cuidados de enfermagem de forma eficiente, segura e centrada na pessoa. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este profissional deve assegurar a articulação entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados, otimizar os recursos disponíveis e garantir a continuidade assistencial à pessoa, família e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a gestão dos cuidados assume particular complexidade, dada a instabilidade clínica dos doentes, a necessidade de monitorização contínua e a exigência de intervenções rápidas e altamente diferenciadas. Neste enquadramento, o enfermeiro especialista desempenha um papel determinante na organização dos cuidados, na definição de prioridades e na coordenação da equipa, assegurando uma abordagem integrada e orientada para as necessidades da pessoa.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível desenvolver competências neste domínio através da participação ativa na organização do trabalho de enfermagem, na gestão do fluxo de doentes e na articulação com a equipa multidisciplinar. A prestação de cuidados nestes contextos exigiu uma capacidade contínua de adaptação, gestão eficiente do tempo e tomada de decisão fundamentada, em resposta às necessidades clínicas frequentemente dinâmicas e imprevisíveis.

Na Unidade de Medicina Hiperbárica, a gestão dos cuidados esteve particularmente associada à organização das sessões de oxigenoterapia hiperbárica, implicando a coordenação entre diferentes profissionais e a preparação rigorosa dos doentes. A necessidade de cumprir protocolos específicos e garantir a segurança durante todo o processo terapêutico evidenciou a importância da planificação e da articulação eficiente dos cuidados em contextos altamente diferenciados.

No Serviço de Medicina Intensiva, o desenvolvimento destas competências ocorreu num ambiente de elevada complexidade clínica, onde a gestão dos cuidados exige uma monitorização contínua e uma coordenação rigorosa de intervenções terapêuticas. A prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica avançada e terapias de substituição renal implicou a integração de múltiplos dados clínicos e a articulação permanente com a equipa multidisciplinar, garantindo uma abordagem segura e coordenada. Neste contexto, tornou-se evidente que a gestão dos cuidados está intrinsecamente associada à capacidade de antecipação de complicações e à tomada de decisão clínica fundamentada. Particularmente relevante foi a observação do papel do enfermeiro responsável de turno na distribuição dos doentes, adequação dos rácios de enfermagem e articulação com outras unidades hospitalares. Esta experiência permitiu compreender a importância da liderança clínica e da gestão eficiente dos recursos humanos na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, a gestão dos cuidados assumiu particular relevância, dada a elevada afluência de doentes, a imprevisibilidade clínica e a necessidade de resposta imediata. A gestão do fluxo de doentes, associada à aplicação do Sistema de Triage de Manchester, exige uma priorização constante dos cuidados e uma avaliação contínua da gravidade clínica, determinando o acesso e a orientação dos doentes dentro do serviço.

A experiência profissional prévia neste contexto permitiu desenvolver uma maior capacidade de leitura da dinâmica assistencial e de antecipação das necessidades do serviço, facilitando a tomada de decisão em situações de elevada pressão. A gestão simultânea de múltiplos doentes implicou a definição de prioridades, a mobilização eficiente de recursos e a articulação com diferentes profissionais, evidenciando o papel do enfermeiro especialista enquanto elemento central na coordenação dos cuidados. Em diversos momentos foi necessário gerir simultaneamente doentes com diferentes níveis de gravidade clínica, exigindo uma constante redefinição de prioridades e uma gestão eficiente do tempo disponível. Esta realidade permitiu consolidar competências relacionadas com a tomada de decisão em contexto de incerteza, a gestão de recursos limitados e a coordenação de cuidados em ambientes altamente dinâmicos.

Para além da organização das intervenções clínicas, a gestão dos cuidados neste contexto envolve igualmente a gestão do ambiente assistencial, a comunicação eficaz entre profissionais e a articulação com outros serviços hospitalares, nomeadamente na

transferência de doentes para unidades diferenciadas. Estas transições de cuidados exigem uma comunicação clara, estruturada e completa, de forma a garantir a continuidade assistencial e a segurança do doente.

A reflexão sobre estas experiências permitiu compreender que a gestão dos cuidados ultrapassa a dimensão operacional, assumindo-se como um processo dinâmico que integra a tomada de decisão clínica, a liderança da equipa, a gestão de recursos e a promoção de cuidados centrados na pessoa. Neste sentido, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na coordenação das intervenções e na criação de condições que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Deste modo, o percurso de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, reforçando a importância da liderança clínica, da articulação multidisciplinar e da capacidade de decisão em contextos de elevada complexidade. Estas competências revelam-se essenciais para assegurar uma resposta assistencial eficaz, segura e orientada para a excelência dos cuidados de enfermagem.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume um papel central no exercício do enfermeiro especialista, refletindo a necessidade de atualização contínua de conhecimentos e de uma prática clínica sustentada na melhor evidência científica disponível. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este profissional deve demonstrar capacidade para desenvolver processos de aprendizagem ao longo da vida, contribuindo não só para o seu desenvolvimento profissional, mas também para o crescimento da equipa de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Num contexto assistencial marcado pela crescente complexidade dos cuidados de saúde e pela constante evolução do conhecimento científico e tecnológico, o enfermeiro especialista deve assumir uma postura reflexiva, crítica e proativa face à sua prática. A integração da evidência científica, do conhecimento teórico e da experiência clínica constitui um elemento essencial na tomada de decisão, sendo a prática baseada na evidência um pilar fundamental para garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

Ao longo do percurso de estágio, o desenvolvimento de competências neste domínio resultou da mobilização contínua de conhecimentos científicos na prática clínica, da reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas e da participação em iniciativas

orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados. A diversidade de contextos assistenciais proporcionou oportunidades de aprendizagem diferenciadas, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento e para a consolidação de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

Na Unidade de Medicina Hiperbárica, o contacto com uma área terapêutica altamente especializada exigiu a aquisição de conhecimentos específicos relacionados com a oxigenoterapia hiperbárica, nomeadamente ao nível dos seus fundamentos fisiológicos, indicações clínicas e potenciais complicações. A necessidade de garantir a segurança do doente num ambiente tecnologicamente exigente constituiu um estímulo à consulta de literatura científica e à atualização contínua de conhecimentos, reforçando a importância da fundamentação científica na prática clínica. O desenvolvimento deste domínio foi igualmente reforçado através da participação em congressos e eventos científicos relacionados com a pessoa em situação crítica, que permitiram o contacto com novas evidências, a partilha de experiências entre profissionais e a reflexão sobre desafios emergentes da enfermagem especializada. Estas experiências contribuíram para uma visão mais abrangente e crítica da prática clínica.

No contexto da medicina intensiva, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais esteve intrinsecamente ligado à complexidade dos cuidados prestados. A prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica avançada e terapias de substituição renal implicou a mobilização de conhecimentos científicos atualizados e a capacidade de integrar múltiplas informações clínicas na tomada de decisão. A interação com profissionais experientes e a observação de diferentes abordagens terapêuticas contribuíram para o desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de análise e da tomada de decisão em contextos de elevada exigência.

No Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, o desenvolvimento deste domínio esteve particularmente associado à necessidade de realizar avaliações clínicas rápidas e sistematizadas, bem como à gestão de situações caracterizadas por elevada imprevisibilidade. A experiência neste contexto reforçou a importância da atualização contínua de conhecimentos e da capacidade de mobilizar saberes de forma imediata e eficaz, sustentando decisões clínicas seguras em ambientes de elevada pressão assistencial.

Paralelamente à prática clínica, o percurso de estágio integrou uma componente de investigação centrada na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Neste âmbito, foi desenvolvido um estudo relacionado com a avaliação do conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência. A identificação de lacunas na uniformização da comunicação clínica constituiu o ponto de partida para este trabalho, permitindo não só aprofundar conhecimentos na área da segurança do doente, mas também desenvolver competências na análise crítica da evidência científica e na aplicação de metodologias de investigação em enfermagem. Paralelamente, a elaboração de trabalhos científicos e posters relacionados com a intoxicação por monóxido de carbono e com as barreiras na comunicação em contexto de urgência constituiu uma oportunidade para aprofundar conhecimentos, desenvolver competências de comunicação científica e valorizar a investigação como instrumento de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A integração da investigação na prática clínica revelou-se fundamental para a consolidação de uma prática baseada na evidência, permitindo compreender a importância da produção e aplicação do conhecimento científico na melhoria dos cuidados. Esta articulação entre prática e investigação reforça o papel do enfermeiro especialista enquanto profissional reflexivo e agente de mudança, contribuindo para a inovação e melhoria contínua das práticas assistenciais. A submissão de um artigo científico resultante do estudo desenvolvido permitiu consolidar competências relacionadas com a redação científica, síntese de informação e disseminação do conhecimento, reforçando a importância da produção científica para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

A reflexão sobre o percurso formativo permitiu reconhecer que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um processo contínuo, dinâmico e intencional, que exige uma atitude de questionamento permanente, abertura à mudança e compromisso com a excelência dos cuidados. Neste sentido, o enfermeiro especialista assume um papel ativo na construção do seu próprio percurso de aprendizagem, promovendo simultaneamente o desenvolvimento da equipa e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, a experiência adquirida ao longo dos diferentes contextos de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, reforçando a importância da formação contínua, da reflexão crítica e da

integração da evidência científica na prática clínica. Estas competências são essenciais para o exercício de uma prática profissional autónoma, responsável e orientada para a excelência dos cuidados de enfermagem.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica detém competências clínicas avançadas que lhe permitem prestar cuidados altamente diferenciados a pessoas que apresentam falência ou risco de falência de funções vitais. A prestação de cuidados neste contexto exige uma abordagem sistemática e integrada, baseada na vigilância contínua da pessoa, na identificação precoce de sinais de deterioração clínica e na implementação de intervenções terapêuticas dirigidas à estabilização e recuperação das funções vitais.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estas competências organizam-se em três áreas fundamentais: cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, gerir a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e dinamizar a resposta a situações de emergência e exceção (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O desenvolvimento destas competências implica a mobilização integrada de conhecimentos científicos, competências técnicas especializadas e capacidades de tomada de decisão clínica em contextos assistenciais caracterizados por elevada complexidade e imprevisibilidade.

Ao longo do percurso de estágio, realizado em diferentes contextos assistenciais, unidade de medicina hiperbárica, serviço de medicina intensiva e serviço de urgência médico-cirúrgica, foi possível desenvolver e consolidar estas competências através da participação ativa na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, da monitorização contínua de parâmetros clínicos e da implementação de intervenções terapêuticas dirigidas à estabilização das funções vitais.

2.2.1. Cuida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica constitui uma das competências centrais do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade para

avaliar, monitorizar e intervir junto da pessoa em situação crítica, assegurando uma vigilância clínica contínua e implementando intervenções dirigidas à manutenção ou recuperação das funções vitais.

Durante o estágio realizado no serviço de medicina intensiva foi possível desenvolver competências relacionadas com a avaliação clínica avançada e com a monitorização contínua da pessoa em situação crítica. A prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva e não invasiva permitiu aprofundar conhecimentos relacionados com a gestão da via aérea, a vigilância da oxigenação e ventilação e a prevenção de complicações associadas à ventilação mecânica (Devlin et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2018). A monitorização de parâmetros hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos exigiu uma avaliação sistemática do estado clínico do doente e a capacidade de identificar precocemente sinais de deterioração clínica. Particularmente relevante foi a prestação de cuidados a doentes com insuficiência respiratória aguda submetidos a ventilação mecânica invasiva, situação que exigiu interpretação contínua de parâmetros ventilatórios, avaliação da adaptação do doente ao ventilador e identificação precoce de sinais de agravamento clínico. Estas experiências permitiram consolidar competências relacionadas com a gestão da via aérea e com a vigilância avançada da pessoa em situação crítica.

A participação na prestação de cuidados a doentes submetidos a terapias complexas, como a terapêutica de substituição renal, reforçou igualmente a importância da vigilância contínua e da antecipação de possíveis complicações. Neste contexto, a tomada de decisão clínica exigiu a integração de diferentes dados clínicos e a articulação com a equipa multidisciplinar para garantir uma abordagem terapêutica adequada às necessidades do doente. Destaca-se igualmente a prestação de cuidados a doentes com sépsis e instabilidade hemodinâmica, situações que exigiram monitorização contínua, interpretação integrada de parâmetros clínicos e laboratoriais e colaboração estreita com a equipa multidisciplinar. Estas experiências reforçaram a importância da identificação precoce da deterioração clínica e da implementação atempada de intervenções terapêuticas.

No estágio realizado no serviço de urgência médico-cirúrgica, o desenvolvimento desta competência esteve associado à avaliação clínica rápida e sistematizada da pessoa em situação de urgência ou emergência. A abordagem inicial do doente crítico exigiu a identificação imediata de alterações nas funções vitais e a implementação de intervenções

dirigidas à estabilização do doente, nomeadamente no que respeita à gestão da via aérea, ventilação e circulação. A utilização da abordagem ABCDE constituiu uma estratégia essencial para estruturar a avaliação inicial, identificar prioridades de intervenção e orientar a estabilização da pessoa em situação crítica. A participação na abordagem de doentes com síndrome coronária aguda, insuficiência respiratória aguda e alterações do estado de consciência permitiu consolidar competências na priorização de intervenções, gestão da incerteza clínica e tomada de decisão em ambientes caracterizados por elevada pressão assistencial e necessidade de resposta imediata.

Por sua vez, na unidade de medicina hiperbárica foi possível desenvolver competências relacionadas com a monitorização e acompanhamento de doentes submetidos a oxigenoterapia hiperbárica. A realização desta terapêutica exige uma vigilância rigorosa do estado clínico do doente e a identificação precoce de possíveis complicações associadas ao ambiente hiperbárico, como barotrauma ou manifestações de toxicidade do oxigénio. A participação na preparação e acompanhamento dos doentes durante as sessões terapêuticas permitiu reforçar competências relacionadas com a segurança do doente e com a monitorização clínica em ambientes tecnologicamente diferenciados. Destaca-se ainda o acompanhamento de doentes com intoxicação por monóxido de carbono referenciados para oxigenoterapia hiperbárica, experiência que permitiu compreender a importância da atuação precoce, da continuidade dos cuidados e da articulação entre diferentes contextos assistenciais no prognóstico destes doentes.

A reflexão sobre estas experiências permitiu reconhecer que o cuidado à pessoa em situação crítica exige não apenas competências técnicas avançadas, mas também a capacidade de integrar conhecimentos científicos, raciocínio clínico e competências relacionais na prestação de cuidados.

2.2.2. Gere a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

A gestão da prestação de cuidados constitui outra competência fundamental do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Esta competência implica a capacidade de organizar, coordenar e avaliar a prestação de cuidados de enfermagem, garantindo a utilização eficiente dos recursos disponíveis e a continuidade dos cuidados prestados.

Durante os diferentes contextos de estágio foi possível desenvolver competências relacionadas com a gestão dos cuidados, nomeadamente através da participação na

organização do trabalho de enfermagem, na articulação com a equipa multidisciplinar e na gestão do fluxo de doentes.

No serviço de medicina intensiva, a gestão dos cuidados esteve associada à organização da vigilância clínica e à coordenação de intervenções terapêuticas complexas realizadas em colaboração com diferentes profissionais de saúde. A prestação de cuidados a doentes com elevada instabilidade clínica exigiu uma gestão eficaz do tempo e dos recursos disponíveis, bem como uma constante comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar. Neste contexto, foi particularmente relevante compreender o papel do enfermeiro na gestão da vigilância contínua de doentes com elevada instabilidade clínica, nomeadamente na organização das intervenções, na antecipação de complicações e na articulação com a equipa médica perante alterações hemodinâmicas, respiratórias ou neurológicas. Esta experiência permitiu consolidar competências na gestão do tempo, na priorização de cuidados e na tomada de decisão fundamentada em contexto de elevada complexidade.

No serviço de urgência médico-cirúrgica, esta competência revelou-se particularmente evidente na gestão do fluxo de doentes e na priorização de cuidados em ambientes caracterizados por elevada pressão assistencial. A aplicação do Sistema de Triagem de Manchester constitui um elemento fundamental na organização do atendimento, permitindo classificar os doentes de acordo com a gravidade clínica e orientar a sua observação para as diferentes áreas assistenciais do serviço. A gestão simultânea de doentes com diferentes níveis de gravidade clínica exigiu uma redefinição constante de prioridades, sobretudo em períodos de maior afluência ao serviço. A necessidade de articular a sala de emergência, as áreas de observação, a triagem e os restantes setores assistenciais permitiu desenvolver competências na gestão do fluxo de doentes, na otimização dos recursos disponíveis e na garantia da continuidade e segurança dos cuidados.

Por sua vez, na unidade de medicina hiperbárica, a gestão dos cuidados esteve associada à organização das sessões de oxigenoterapia hiperbárica e à preparação dos doentes para a realização do tratamento. A coordenação entre diferentes profissionais de saúde revelou-se essencial para garantir a segurança do doente e a eficácia da terapêutica.

A transferência de doentes para unidades diferenciadas, como o Serviço de Medicina Intensiva ou a Unidade de Medicina Hiperbárica, evidenciou a importância da

comunicação estruturada na continuidade assistencial. A utilização de informação clara, objetiva e completa revelou-se essencial para reduzir omissões, facilitar a tomada de decisão da equipa recetora e assegurar uma transição de cuidados mais segura.

2.2.3. Dinamiza a resposta a situações de emergência e exceção

A capacidade de dinamizar a resposta a situações de emergência constitui uma competência central do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Estas situações caracterizam-se, frequentemente, por elevada instabilidade clínica e exigem uma intervenção rápida, coordenada e tecnicamente diferenciada, sustentada numa avaliação contínua e numa tomada de decisão clínica fundamentada.

Durante o estágio realizado no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, foi possível participar na abordagem de diversas situações de emergência, nomeadamente em doentes com compromisso respiratório, cardiovascular e neurológico agudo. A intervenção nestes contextos implicou a mobilização de competências relacionadas com a aplicação de protocolos de suporte avançado de vida, a monitorização contínua da evolução clínica e a articulação eficaz com a equipa multidisciplinar, evidenciando a importância da atuação integrada e da comunicação estruturada. A participação nestes cenários permitiu compreender a importância da distribuição clara de funções, da comunicação objetiva e da liderança clínica na resposta a situações críticas. A utilização de uma comunicação estruturada mostrou-se particularmente relevante para garantir a continuidade da informação, reduzir ambiguidades e facilitar a tomada de decisão em equipa.

No contexto da medicina intensiva, a resposta a situações de emergência esteve associada à gestão de episódios de instabilidade hemodinâmica, deterioração respiratória e outras complicações inerentes à condição crítica do doente. A identificação precoce de sinais de deterioração e a capacidade de antecipação e intervenção atempada revelaram-se determinantes para a segurança e prognóstico do doente, reforçando o papel do enfermeiro especialista na vigilância clínica contínua e na tomada de decisão fundamentada. Particularmente relevante foi a observação e participação na abordagem de episódios de deterioração clínica súbita, exigindo monitorização contínua, interpretação integrada de parâmetros clínicos e laboratoriais e articulação imediata com a equipa multidisciplinar. Estas experiências evidenciaram a importância da vigilância

avançada enquanto elemento diferenciador da prática do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica.

A experiência vivenciada nos diferentes contextos assistenciais permitiu compreender que a resposta eficaz a situações de emergência ultrapassa a dimensão técnica, integrando igualmente competências de comunicação, coordenação e gestão de recursos, essenciais para garantir uma abordagem segura, eficiente e centrada na pessoa. A reflexão sobre estas experiências permitiu compreender que a resposta a situações de emergência não depende exclusivamente das competências técnicas dos profissionais, mas também da capacidade de coordenação da equipa, da gestão eficiente dos recursos disponíveis e da utilização de estratégias de comunicação que promovam respostas seguras e eficazes perante situações de elevada complexidade.

Deste modo, o percurso de estágio contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas, não só na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, mas também na análise crítica das práticas assistenciais e na identificação de áreas suscetíveis de melhoria. A reflexão sobre as dinâmicas organizacionais, particularmente no que respeita aos processos de comunicação entre profissionais, evidenciou a importância da integração da investigação na prática clínica enquanto estratégia promotora da qualidade e segurança dos cuidados.

Neste contexto, a experiência no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica permitiu reconhecer a comunicação clínica como um elemento determinante na continuidade e segurança dos cuidados. A observação de inconsistências na transmissão de informação, nomeadamente na passagem de turno, evidenciou a necessidade de uniformização destes processos. A observação repetida destas dificuldades permitiu reconhecer que a comunicação durante as transições de cuidados constitui uma área particularmente sensível para a segurança do doente. A inexistência de uma estrutura uniformizada potenciava a ocorrência de omissões de informação relevante, reforçando a necessidade de compreender de forma mais aprofundada o conhecimento e a utilização de ferramentas estruturadas de comunicação pelos enfermeiros do serviço.

A evidência científica sustenta que falhas na comunicação constituem uma das principais causas de eventos adversos em contexto hospitalar, sendo recomendada a utilização de ferramentas estruturadas, como o modelo ISBAR, para melhorar a qualidade da

comunicação entre profissionais (Direção-Geral da Saúde, 2017; Müller et al., 2018; Duarte et al., 2024).

Assim, emergiu o interesse em aprofundar esta problemática, conduzindo ao desenvolvimento do estudo intitulado “Conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência”. Posteriormente, a análise dos resultados obtidos permitiu não só confirmar a relevância desta temática, como também aprofundar a compreensão do seu impacto na segurança do doente e na continuidade dos cuidados. Esta reflexão retrospectiva sobre a prática clínica contribuiu para uma maior consciencialização da importância da comunicação estruturada, influenciando a prática profissional e reforçando a necessidade de implementação de estratégias que promovam a sua uniformização.

Deste modo, estabelece-se um ciclo reflexivo entre prática e investigação, no qual a experiência clínica originou a questão de investigação e, por sua vez, os resultados obtidos contribuíram para a reconfiguração da prática profissional, promovendo cuidados mais seguros, consistentes e centrados na pessoa. Nos capítulos seguintes apresenta-se a componente de investigação desenvolvida, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia utilizada, a apresentação e análise dos resultados e a respetiva discussão.

PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

O presente trabalho de investigação foi submetido para publicação na revista Millenium, encontrando-se atualmente em processo de avaliação. O artigo é aqui apresentado na sua versão de submissão, podendo existir diferenças relativamente à versão final publicada.



CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO ESTRUTURADA ISBAR PELOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Sérgio Manuel Rodrigues Correia (a63984)

**Projeto de investigação integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico
Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica**

Orientação Científica – Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Categoria – Professora Adjunta

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança / Politechnic
University of Bragança

Março de 2026



Correia, S. M. R. & Baptista, M. G. J. (2026). Conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência: Relatório de Investigação. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança / Politechnic University of Bragança. Bragança, Portugal.

RESUMO

Introdução: A comunicação clínica eficaz constitui um elemento fundamental para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados de saúde, particularmente em contextos complexos como o Serviço de Urgência. A ferramenta ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação) tem sido recomendada como estratégia para promover uma comunicação estruturada durante a transição de cuidados. Contudo, a sua implementação continua a enfrentar diversos desafios. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e a utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência, identificando barreiras à sua implementação e oportunidades de melhoria. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal e analítico-descritivo, realizado numa Unidade Local de Saúde do norte de Portugal. A população elegível era constituída por 85 enfermeiros, tendo participado 74 profissionais (taxa de adesão de 87,1%). A recolha de dados foi efetuada através de um questionário estruturado, integrando a Handover Evaluation Scale adaptada para a população portuguesa. Os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS Statistics® versão 29.0. **Resultados:** Os resultados demonstraram que os enfermeiros apresentam um conhecimento globalmente favorável acerca da técnica ISBAR e reconhecem a sua importância para a comunicação clínica e segurança do doente. Contudo, a sua utilização na prática permanece reduzida e pouco sistematizada. As principais barreiras identificadas foram a falta de formação específica, a ausência de protocolos institucionais e as interrupções frequentes durante a transmissão de informação. Verificaram-se ainda associações entre variáveis sociodemográficas e profissionais e o conhecimento e utilização do ISBAR. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a necessidade de implementar estratégias formativas e organizacionais que promovam a utilização sistemática do ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a transição de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente.

Palavras-chave: ISBAR; Enfermagem; Serviço de Urgência; Comunicação Intraprofissional; Segurança do Utente

ABSTRACT

Introduction: Effective clinical communication is a fundamental component of patient safety and healthcare quality, particularly in complex settings such as Emergency Departments. The ISBAR tool (Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation) has been recommended as a strategy to promote structured communication during care transitions. However, its implementation continues to face several challenges. **Objective:** To assess the knowledge and use of the ISBAR structured communication tool among Emergency Department nurses, identifying barriers to its implementation and opportunities for improvement. **Methodology:** A quantitative, cross-sectional and analytical-descriptive study was conducted in a Local Health Unit in northern Portugal. The eligible population consisted of 85 nurses, of whom 74 participated (response rate: 87.1%). Data were collected through a structured questionnaire incorporating the Handover Evaluation Scale adapted for the Portuguese population. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics® version 29.0. **Results:** The findings showed that nurses demonstrated a generally favourable level of knowledge regarding the ISBAR technique and recognised its importance for clinical communication and patient safety. However, its use in clinical practice remains limited and poorly standardised. The main barriers identified were the lack of specific training, the absence of institutional protocols and frequent interruptions during information transfer. Associations were also found between sociodemographic and professional variables and nurses' knowledge and use of ISBAR. **Conclusion:** The results highlight the need for educational and organisational strategies to promote the systematic use of ISBAR in nurse-to-nurse communication during care transitions, contributing to improved quality of care and patient safety.

Keywords: ISBAR; Nursing; Emergency Department; Intraprofessional Communication; Patient Safety

INTRODUÇÃO

A comunicação clínica eficaz constitui um elemento fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e para a segurança do doente. Em ambientes assistenciais complexos, a transmissão clara, precisa e atempada da informação clínica assume um papel determinante na continuidade dos cuidados, na tomada de decisão e na prevenção de eventos adversos associados a falhas comunicacionais (Brdarić et al., 2023; Acosta et al., 2022).

O Serviço de Urgência caracteriza-se por um ambiente dinâmico e exigente, marcado pela elevada rotatividade de doentes, necessidade de decisões rápidas, imprevisibilidade clínica e pressão assistencial constante. Estas características podem comprometer a transmissão eficaz da informação entre profissionais de saúde, aumentando o risco de omissões, interpretações incorretas e descontinuidade dos cuidados (Brdarić et al., 2023).

Reconhecendo a importância da comunicação na segurança dos cuidados, a Direção-Geral da Saúde publicou a Norma n.º 001/2017 – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde, na qual recomenda a adoção de estratégias de comunicação estruturada que promovam a transmissão clara, objetiva e completa da informação clínica durante os momentos de transição de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017).

As transições de cuidados constituem momentos particularmente vulneráveis do percurso assistencial, uma vez que implicam a transferência de responsabilidade e informação clínica entre profissionais. A evidência demonstra que uma proporção significativa dos incidentes relacionados com a segurança do doente está associada a falhas comunicacionais ocorridas durante estes processos, reforçando a necessidade de implementar estratégias que promovam a padronização da comunicação clínica (Acosta et al., 2022; Brdarić et al., 2023).

Neste contexto, foram desenvolvidos diversos modelos de comunicação estruturada, destacando-se o SBAR, o ISBAR, o I-PASS e o BATON. Estas ferramentas têm como objetivo uniformizar a transmissão de informação clínica e reduzir a variabilidade da comunicação entre profissionais. Entre estes modelos, o ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation) destaca-se pela sua simplicidade, aplicabilidade clínica e capacidade de organizar a informação de forma lógica e sistematizada (Müller et al., 2018).

A utilização do ISBAR tem sido associada a melhorias na qualidade da comunicação, aumento da confiança dos profissionais durante a transmissão de informação e reforço da segurança do doente. A sua utilização é recomendada em diferentes contextos assistenciais, particularmente em situações de elevada complexidade clínica e durante processos de transição de cuidados (Brdarić et al., 2023; Acosta et al., 2022).

Apesar dos benefícios descritos na literatura, a implementação desta ferramenta nem sempre ocorre de forma consistente. Entre as barreiras mais frequentemente identificadas encontram-se a insuficiente formação dos profissionais, a ausência de protocolos institucionais, as interrupções frequentes durante a passagem de informação e os constrangimentos inerentes à dinâmica dos serviços de urgência (Brdarić et al., 2023).

No contexto da enfermagem, a comunicação estruturada assume particular relevância na comunicação intraprofissional, nomeadamente durante as passagens de turno e outros momentos de transição de cuidados entre enfermeiros. A utilização de metodologias padronizadas permite melhorar a qualidade da informação transmitida, reduzir ambiguidades e reforçar a continuidade assistencial.

Face à relevância desta temática e à necessidade de compreender a realidade local, surgiu o interesse em desenvolver um estudo que permitisse avaliar o conhecimento e a utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência, identificar barreiras à sua implementação e explorar estratégias promotoras da sua utilização na prática clínica.

1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

A comunicação estruturada constitui um elemento fundamental para a segurança do doente e para a continuidade dos cuidados, particularmente em contextos caracterizados por elevada complexidade assistencial, como o Serviço de Urgência. Apesar das recomendações nacionais e internacionais relativas à utilização da técnica ISBAR, a evidência sugere que a sua implementação na prática clínica permanece variável, sendo influenciada por fatores individuais, organizacionais e contextuais.

Neste sentido, tornou-se pertinente desenvolver um estudo que permitisse compreender a realidade do contexto em análise, formulando-se a seguinte questão de investigação:

Qual o nível de conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência e quais as principais barreiras à sua implementação na prática clínica?

A definição desta questão orientou a construção dos objetivos do estudo e a seleção do desenho metodológico adotado.

- Objetivo Geral (OG): Avaliar o conhecimento e a utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência, bem como identificar barreiras à sua implementação na prática clínica.
- Objetivos Específicos
 1. Avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros relativamente à técnica ISBAR.
 2. Caracterizar a utilização da técnica ISBAR na prática clínica dos enfermeiros do Serviço de Urgência.
 3. Analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e o conhecimento e utilização da técnica ISBAR.
 4. Identificar as principais barreiras à utilização da técnica ISBAR no Serviço de Urgência.
 5. Identificar estratégias que possam favorecer a implementação e utilização da técnica ISBAR na prática clínica.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Comunicação em Contextos de Saúde e a sua Relevância

A comunicação constitui um dos pilares fundamentais da prestação de cuidados de saúde, assumindo um papel determinante na continuidade assistencial, na qualidade dos cuidados e na segurança do doente. A transmissão eficaz da informação clínica permite garantir uma compreensão partilhada da situação da pessoa em cuidados, facilitando a tomada de decisão e reduzindo o risco de erros associados a falhas comunicacionais (WHO, 2021; Acosta et al., 2022).

Em contextos assistenciais complexos, como os serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos e serviços de emergência, a comunicação entre profissionais assume

particular relevância devido à necessidade de tomada de decisão rápida, à elevada rotatividade de doentes e à complexidade das situações clínicas. Nestes ambientes, as falhas na transmissão de informação podem comprometer a continuidade dos cuidados e aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Brdarić et al., 2023).

As transições de cuidados constituem momentos particularmente vulneráveis do percurso assistencial, uma vez que implicam a transferência de responsabilidade e informação clínica entre profissionais ou equipas. A evidência demonstra que uma parte significativa dos incidentes relacionados com a segurança do doente está associada a falhas ocorridas durante estes processos de comunicação (Acosta et al., 2022; Brdarić et al., 2023).

Reconhecendo a importância desta problemática, a Direção-Geral da Saúde publicou a Norma n.º 001/2017 – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde, recomendando a utilização de metodologias estruturadas que promovam a transmissão clara, objetiva, completa e atempada da informação clínica. Esta norma identifica a comunicação estruturada como uma estratégia fundamental para reforçar a segurança do doente e melhorar a continuidade assistencial (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Neste contexto, a adoção de ferramentas de comunicação estruturada tem vindo a assumir crescente relevância na prática clínica, destacando-se o modelo ISBAR como uma das estratégias mais utilizadas para uniformizar a transmissão de informação durante a transição de cuidados.

2.2.A Técnica ISBAR: Origem, Aplicações e Benefícios

A comunicação estruturada em saúde pode ser apoiada por diferentes modelos, técnicas e recursos destinados a organizar a transmissão de informação clínica durante situações críticas e processos de transição de cuidados. Entre os modelos mais descritos na literatura destacam-se o SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*), o ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation*), o IPASS (*Illness Severity, Patient Summary, Action List, Situation Awareness and Contingency Planning, and Synthesis by Receiver*) e o BATON (*Background, Actions, Timing, Ownership and Next*), amplamente utilizados para promover uma comunicação mais eficaz e segura entre profissionais de saúde (Müller et al., 2018; Acosta et al., 2022).

O SBAR constitui uma das ferramentas mais difundidas internacionalmente, tendo sido inicialmente adaptado ao contexto da saúde devido à necessidade de melhorar a comunicação entre profissionais em situações complexas e de elevado risco. A evolução

para o modelo ISBAR permitiu acrescentar a componente de identificação, reforçando a necessidade de identificar o profissional, o doente e o contexto clínico antes da transmissão da informação. Esta adaptação contribuiu para uma comunicação mais completa e estruturada, particularmente relevante em ambientes caracterizados por elevada pressão assistencial e frequentes transições de cuidados (Marshall et al., 2009; Müller et al., 2018).

Outras ferramentas, como o I-PASS e o BATON, também têm sido utilizadas para apoiar a comunicação durante a transferência de responsabilidade assistencial. Contudo, o ISBAR apresenta particular relevância para o presente estudo por se encontrar recomendado em Portugal através da Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde, que preconiza a utilização de metodologias estruturadas de comunicação durante os processos de transição de cuidados, com o objetivo de melhorar a continuidade assistencial e reforçar a segurança do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A escolha do ISBAR para o presente estudo justifica-se por três razões fundamentais. Em primeiro lugar, pela sua recomendação normativa em contexto nacional. Em segundo lugar, pela sua aplicabilidade à comunicação intraprofissional entre enfermeiros, particularmente durante as passagens de turno e outros momentos de transferência de responsabilidade assistencial. Por último, pela evidência científica que demonstra benefícios na organização da informação clínica, na redução de omissões relevantes, na melhoria da continuidade dos cuidados e na promoção da segurança do doente (Müller et al., 2018; Shahid & Thomas, 2018).

O modelo ISBAR organiza a comunicação em cinco componentes fundamentais. A identificação (*Identification*) inclui a identificação do profissional, do doente e do serviço. A situação (*Situation*) corresponde à descrição sucinta do motivo do contacto ou da situação clínica atual. O contexto ou antecedentes (*Background*) integra a informação clínica relevante para a compreensão da situação apresentada. A avaliação (*Assessment*) refere-se à apreciação clínica realizada pelo profissional, enquanto a recomendação (*Recommendation*) corresponde às ações propostas ou aos cuidados que devem ser assegurados.

Diversos estudos têm demonstrado resultados positivos associados à utilização desta ferramenta. A literatura refere melhorias na qualidade da informação transmitida, redução de omissões de dados clinicamente relevantes, aumento da confiança dos profissionais

durante a comunicação clínica e reforço da segurança do doente. Adicionalmente, a utilização do ISBAR encontra-se associada a uma maior padronização dos processos de comunicação e a uma melhoria da continuidade assistencial durante a transição de cuidados (Müller et al., 2018; Shahid & Thomas, 2018; Acosta et al., 2022).

A evidência mais recente reforça a pertinência da utilização desta metodologia em contexto de urgência. Duarte et al. (2024), numa *scoping review* sobre a utilização do ISBAR na transferência de cuidados de enfermagem a adultos em situação aguda no Serviço de Urgência, concluíram que esta ferramenta favorece uma comunicação mais estruturada, clara e consistente, contribuindo para a segurança do doente, continuidade dos cuidados e qualidade assistencial. Os autores destacam ainda o potencial do ISBAR para promover a uniformização da comunicação clínica e reduzir falhas associadas aos processos de transição de cuidados.

No contexto da enfermagem, o ISBAR assume particular relevância na comunicação intraprofissional, nomeadamente durante as passagens de turno e outros momentos de transferência de responsabilidade assistencial. A utilização sistemática desta ferramenta favorece uma comunicação mais clara, objetiva e consistente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o reforço da segurança do doente (Direção-Geral da Saúde, 2017; Duarte et al., 2024).

2.3.Desafios na Implementação do ISBAR em Contextos Clínicos

A implementação do ISBAR em contextos clínicos enfrenta desafios consideráveis, que incluem barreiras culturais e organizacionais, lacunas nas competências dos profissionais e dificuldades na formação em comunicação estruturada. Apesar dessas limitações, alguns estudos têm demonstrado estratégias eficazes que podem ser adaptadas para diferentes realidades hospitalares, promovendo a adoção bem-sucedida desta ferramenta.

A resistência cultural e organizacional é uma das principais barreiras à implementação do ISBAR em ambientes hospitalares. Em muitas instituições, os profissionais de saúde tendem a aderir a práticas de comunicação informais e não estruturadas, o que pode dificultar a aceitação de novos métodos padronizados. Além disso, a cultura hierárquica predominante em muitos hospitais, onde enfermeiros podem hesitar em questionar ou interagir de forma assertiva com médicos, pode limitar a eficácia do ISBAR (Ong & Coiera, 2011). A falta de apoio institucional e de políticas claras para a integração do ISBAR também contribui para a baixa adesão. Para superar essas barreiras, é essencial

promover uma mudança organizacional que enfatize a importância da comunicação estruturada para a segurança do utente.

Outro desafio significativo é a variabilidade nas competências dos profissionais de saúde no uso de ferramentas de comunicação estruturada. Muitos enfermeiros e médicos não recebem formação específica em comunicação durante a sua formação académica, o que resulta em dificuldades na adoção de métodos como o ISBAR (Chaica et al., 2024). A implementação eficaz do ISBAR exige a compreensão do modelo e também a capacidade de o aplicar em cenários de alta pressão, como emergências e transições de cuidados. Investir em programas de formação contínua, workshops práticos e simulações clínicas tem-se mostrado uma estratégia eficaz para aumentar a competência dos profissionais e melhorar a aceitação do ISBAR (Marshall et al., 2009).

A implementação bem-sucedida do ISBAR depende de uma abordagem sistemática e adaptada ao contexto local. As estratégias como a monitorização contínua da aplicação do ISBAR e o feedback regular às equipas de saúde têm sido apontadas como práticas essenciais para garantir a adesão a longo prazo.

Apesar dos desafios, a implementação do ISBAR tem o potencial de transformar a comunicação em saúde, promovendo a segurança do utente e a qualidade dos cuidados. A superação das barreiras culturais e organizacionais, aliada ao investimento na formação dos profissionais e na adaptação de estratégias internacionais, pode assegurar o sucesso da sua adoção em diferentes contextos clínicos.

2.4. Perceções dos Enfermeiros sobre o ISBAR

A experiência profissional tem um contributo determinante na forma como os enfermeiros adotam o ISBAR. Os profissionais mais experientes podem hesitar em abandonar métodos de comunicação informais que usaram ao longo da carreira, enquanto enfermeiros com menos tempo de prática podem ter maior abertura para a adoção de ferramentas estruturadas. Um estudo conduzido por Yun et al. (2023) demonstrou que a familiaridade com práticas tradicionais pode dificultar a integração de novos modelos, como o ISBAR, particularmente quando não há formação adequada. Por outro lado, profissionais mais novos relataram maior confiança ao utilizar o ISBAR, considerando-o uma ferramenta que facilita a organização e a clareza na comunicação.

Os enfermeiros frequentemente destacam que a utilização do ISBAR contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, especialmente no que diz respeito à segurança do utente. A sua estrutura organizada, facilita a transmissão de informações completas e precisas entre profissionais de saúde, minimizando erros e promovendo a continuidade dos cuidados. A aplicação do ISBAR em diferentes contextos clínicos indicam que esta ferramenta aumenta a eficiência na comunicação e melhora a coordenação entre equipas multidisciplinares (Marshall et al., 2009; Porteous et al., 2009).

Além disso, o ISBAR é amplamente reconhecido por ajudar a padronizar a comunicação em situações críticas, o que permite uma maior clareza na definição de prioridades e na tomada de decisões clínicas. Esse impacto positivo é particularmente relevante em contextos de alta pressão, onde a rapidez e a exatidão na transmissão de informações são determinantes para a segurança do utente.

Apesar do reconhecimento geral dos benefícios do ISBAR, os enfermeiros relatam vários desafios na sua implementação. Entre os obstáculos frequentemente mencionados estão a falta de formação específica, a pressão do tempo em contextos clínicos e a resistência à mudança por parte de alguns profissionais (Pun, 2023). A sobrecarga de trabalho é outra barreira significativa, especialmente em cenários de alta intensidade, onde a aplicação de uma técnica estruturada pode ser considerada demorada (Bahrain et al., 2023).

Para superar essas barreiras, a literatura sugere algumas estratégias práticas como por exemplo, a formação contínua e a realização de simulações em ambientes controlados que irão potenciar a confiança e a competência dos profissionais no uso do ISBAR. Por outro lado, a integração do modelo em sistemas eletrónicos de registo clínico tem-se mostrado eficaz em aumentar a adesão, ao simplificar a aplicação e promover a padronização (Porteous et al., 2020).

A promoção de uma cultura organizacional que valorize a comunicação estruturada e a segurança do doente constitui um fator determinante para a sustentabilidade da utilização do ISBAR. O envolvimento das lideranças, a definição de normas institucionais e a integração desta ferramenta nos processos de transição de cuidados favorecem a sua adoção consistente pelos profissionais, contribuindo para a melhoria da qualidade da comunicação e para o reforço da segurança assistencial (Direção-Geral da Saúde, 2017; Müller et al., 2018; Duarte et al., 2024).

Em síntese, a literatura evidencia que a comunicação estruturada desempenha um papel fundamental na promoção da segurança do doente e na melhoria da continuidade dos cuidados, particularmente em contextos clínicos de elevada complexidade, como o Serviço de Urgência. A utilização da técnica ISBAR tem demonstrado benefícios relevantes na organização e transmissão da informação clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade da comunicação, redução de omissões de informação e reforço da segurança do doente (Marshall et al., 2009; Müller et al., 2018; Duarte et al., 2024). Contudo, estudos realizados por Shahid e Thomas (2018), Müller et al. (2018) e Duarte et al. (2024) identificam desafios à sua implementação, nomeadamente a insuficiente formação dos profissionais, a ausência de protocolos institucionais, as interrupções frequentes durante a transmissão de informação e fatores relacionados com a cultura organizacional. Neste contexto, torna-se pertinente analisar o conhecimento e a utilização desta ferramenta pelos enfermeiros em contexto de urgência, de forma a identificar possíveis lacunas e estratégias que possam contribuir para a melhoria da comunicação clínica e da segurança do doente.

2.5. Handover Evaluation Scale

A avaliação da qualidade da comunicação durante a transição de cuidados tem assumido crescente relevância no âmbito da segurança do doente e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Neste contexto, foram desenvolvidos diversos instrumentos destinados a avaliar a eficácia dos processos de transmissão de informação clínica entre profissionais.

Entre estes instrumentos destaca-se a Handover Evaluation Scale (HES), desenvolvida por O'Connell, Macdonald e Kelly (2008), com o objetivo de avaliar a perceção dos profissionais relativamente à qualidade e eficácia da passagem de turno clínica. Trata-se de um instrumento psicométrico validado cientificamente, concebido para medir diferentes dimensões associadas à comunicação durante a transição de cuidados, incluindo a qualidade da informação transmitida, a interação entre profissionais e a eficiência global do processo comunicacional.

A HES tem sido utilizada em diferentes contextos clínicos e tem demonstrado propriedades psicométricas adequadas, constituindo uma ferramenta útil para a avaliação da comunicação clínica e da continuidade dos cuidados. A utilização de instrumentos

validados permite aumentar a fiabilidade dos dados recolhidos e reforçar a robustez metodológica das investigações desenvolvidas nesta área.

Em Portugal, a escala foi adaptada para a população portuguesa por Tranquada (2013) e posteriormente readaptada por Alves (2023), permitindo a sua utilização em estudos relacionados com a comunicação clínica e a transição de cuidados em contexto nacional. A adaptação cultural e linguística destes instrumentos constitui um aspeto fundamental para garantir a validade das avaliações realizadas e a adequação dos resultados obtidos à realidade dos contextos assistenciais portugueses.

Considerando os objetivos do presente estudo, a utilização da Handover Evaluation Scale constituiu uma opção metodológica adequada, uma vez que permitiu avaliar dimensões relacionadas com a qualidade da comunicação durante a transição de cuidados, complementadas por questões específicas sobre o conhecimento, utilização e barreiras à implementação da técnica ISBAR em contexto de Serviço de Urgência.

Apesar da utilização desta escala em diferentes estudos relacionados com a comunicação durante a transição de cuidados, reconhece-se que a versão utilizada no presente estudo não dispõe de validação psicométrica formal para a população portuguesa no contexto específico em que foi aplicada. Contudo, a sua utilização justificou-se pela adequação conceptual aos objetivos do estudo e pela inexistência de instrumentos alternativos que permitissem avaliar de forma abrangente as dimensões em análise.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, de carácter transversal e analítico-descritivo, cujo objetivo consiste em avaliar o conhecimento e a utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência.

Este desenho metodológico permite obter uma caracterização objetiva e sistemática do fenómeno em estudo num determinado momento temporal, o que possibilita a análise das relações entre variáveis sociodemográficas, profissionais e os níveis de conhecimento e utilização da técnica ISBAR.

3.2. População em estudo e Amostra

A população-alvo do estudo foi constituída pelos enfermeiros do Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde situada no norte de Portugal. À data da recolha de dados, o serviço integrava 98 enfermeiros, dos quais 85 reuniam os critérios de elegibilidade para participação no estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão o exercício de funções de enfermagem no Serviço de Urgência durante o período de recolha de dados e a aceitação voluntária da participação no estudo mediante consentimento informado. Como critérios de exclusão foram considerados os enfermeiros ausentes do serviço por motivo de licença, baixa médica ou outra ausência prolongada durante o período de recolha de dados.

O tamanho mínimo da amostra foi estimado através da fórmula para populações finitas, considerando uma população de 85 enfermeiros elegíveis, um nível de confiança de 95%, uma margem de erro de 5% e uma proporção esperada de 50%, parâmetros habitualmente recomendados para estudos desta natureza (Polit & Beck, 2021). O cálculo apontou para uma dimensão amostral mínima de aproximadamente 70 participantes.

A amostra foi constituída por 74 enfermeiros, selecionados através de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Este número corresponde a 87,1% da população elegível e a 75,5% do total de enfermeiros do serviço. A elevada taxa de adesão obtida reforça a representatividade da amostra relativamente à população em estudo e contribui para a robustez dos resultados obtidos.

3.3. Considerações Éticas

A investigação foi conduzida de acordo com os princípios éticos que regem a investigação em saúde, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia, direitos e bem-estar dos participantes.

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Parecer n.º 20250055), bem como autorização do Conselho de Administração da mesma instituição (Anexo I).

A participação dos enfermeiros foi voluntária e precedida da obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo II). Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, não sendo solicitada qualquer informação que permitisse a identificação direta dos participantes.

Os dados foram utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos, sendo armazenados em suporte digital protegido e acessíveis apenas ao investigador. Todo o processo de recolha, tratamento e armazenamento da informação respeitou o disposto no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados).

3.4. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados utilizado consistiu num questionário estruturado construído a partir da Handover Evaluation Scale (HES), desenvolvida por O'Connell, Macdonald e Kelly (2008), posteriormente adaptada para a população portuguesa por Tranquada (2013) e readaptada por Alves (2023), tendo sido obtida autorização para a sua utilização (Anexo IV).

A Handover Evaluation Scale constitui um instrumento psicométrico validado para avaliar a perceção dos profissionais de saúde relativamente à qualidade e eficácia da comunicação durante a transição de cuidados. A utilização de um instrumento previamente validado permitiu reforçar a consistência metodológica do estudo e aumentar a fiabilidade dos dados recolhidos.

Atendendo aos objetivos da presente investigação, o questionário integrou ainda questões complementares relacionadas com o conhecimento, utilização e barreiras à implementação da técnica ISBAR em contexto de Serviço de Urgência.

O instrumento final incluiu questões fechadas e abertas, organizadas em quatro dimensões:

1. **Caracterização sociodemográfica e profissional**, incluindo idade, sexo, formação académica, categoria profissional, vínculo contratual e tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência;
2. **Conhecimento e utilização da técnica ISBAR**, contemplando questões relacionadas com a familiaridade dos participantes com a ferramenta, frequência de utilização e formação prévia;
3. **Perceção de barreiras à implementação do ISBAR**, identificando fatores individuais e organizacionais que possam dificultar a sua utilização na prática clínica;

4. **Percepção do impacto da comunicação estruturada**, avaliando a contribuição do ISBAR para a qualidade da comunicação, continuidade dos cuidados e segurança do doente.

O questionário foi disponibilizado em formato digital através da plataforma Google Forms®, permitindo uma recolha de dados simples, anónima e acessível aos participantes durante o período definido para o estudo.

3.4.1. Variáveis em Estudo

As variáveis em estudo foram definidas de acordo com os objetivos da investigação e operacionalizadas através das questões do questionário aplicado. Para efeitos de análise estatística, consideraram-se como variáveis independentes as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e como variáveis dependentes os diferentes aspetos relacionados com o conhecimento, utilização e percepções dos enfermeiros relativamente à técnica ISBAR.

As variáveis independentes incluíram:

1. Sexo (masculino; feminino) – variável qualitativa nominal;
2. Grupo etário ($\geq 20 < 25$; $\geq 25 < 30$; $\geq 30 < 35$; $\geq 35 < 40$; $\geq 40 < 45$; $\geq 45 < 50$; $\geq 50 < 55$; $\geq 55 < 60$; ≥ 60 anos) – variável qualitativa ordinal;
3. Formação académica (licenciatura; mestrado; doutoramento) – variável qualitativa ordinal;
4. Categoria profissional (enfermeiro; enfermeiro especialista) – variável qualitativa nominal;
5. Vínculo profissional (contrato de trabalho em funções públicas, contrato por tempo indeterminado, contrato a termo certo e contrato de substituição) – variável qualitativa nominal;
6. Tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência (anos) – variável quantitativa discreta.

As variáveis dependentes corresponderam ao conhecimento e utilização da técnica ISBAR, bem como às percepções dos participantes relativamente às barreiras à sua implementação e ao impacto da comunicação estruturada na segurança do doente.

A definição destas variáveis permitiu analisar a existência de associações entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e os diferentes

indicadores relacionados com a utilização da técnica ISBAR, recorrendo aos testes estatísticos definidos para o estudo (Fortin, 2009; Coutinho, 2014).

3.5.Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados decorreu entre os meses de julho e agosto de 2025, após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde e da autorização do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde onde o estudo foi desenvolvido.

O questionário foi disponibilizado em formato digital através da plataforma Google Forms® e enviado por correio eletrónico institucional aos enfermeiros elegíveis para participação no estudo. Foram considerados elegíveis os enfermeiros em exercício de funções no Serviço de Urgência durante o período de recolha de dados. Foram excluídos os profissionais que se encontravam ausentes do serviço por motivo de licença, baixa médica ou outra ausência prolongada.

Antes da participação, os potenciais participantes receberam informação relativa aos objetivos do estudo, à natureza voluntária da participação, à confidencialidade dos dados e à garantia de anonimato, sendo solicitado o consentimento informado para participação na investigação.

Após o encerramento do período de recolha de dados, as respostas foram exportadas para uma base de dados eletrónica, sujeitas a verificação de consistência e codificação das variáveis, sendo posteriormente preparadas para tratamento e análise estatística através do software IBM SPSS Statistics®, versão 29.0.

3.6.Estratégia de análise de dados

Procedeu-se à análise descritiva das variáveis recorrendo a quadros de distribuição de frequências (no caso das variáveis nominais) e ao exame de algumas medidas tais como a média, desvio padrão, mínimo e máximo (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Foi privilegiado o tratamento quantitativo das questões ordinais referentes a conhecimentos e níveis de utilização ISBAR, tendo em conta que estas se encontram em escalas de Likert.

Para examinar relações de interdependência entre os indicadores referentes a conhecimentos/utilização de ISBAR e as variáveis idade e tempo de exercício profissional no SU, foram apresentados coeficientes de correlação de Pearson e os respetivos níveis de significância estatística.

Para detetar diferenças estatisticamente significativas nos níveis de conhecimento e utilização de ISBAR, perspetivou-se a utilização de testes paramétricos (testes t de student para duas amostras independentes e teste 1-way ANOVA), mas tal não foi possível devido à não verificação do pressuposto da normalidade populacional. Por isso, adotaram-se as alternativas não paramétricas (teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis).

A baixa representação da categoria ‘Contrato a termo certo’ (na variável ‘vínculo profissional’), optou-se pela sua não contemplação na análise inferencial. Esta opção foi tomada no sentido de simplificar a análise inferencial e potenciar a viabilização da execução de testes paramétricos.

Os níveis de significância utilizados como valor critério para a rejeição da hipótese nula, são 5% (0,05).

Todas as análises estatísticas e procedimentos de recodificação foram realizados com IBM SPSS Statistics 29.0 (Chicago, IL).

Relativamente às questões abertas, os dados foram tratados através da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016). Numa primeira fase procedeu-se à leitura integral das respostas e à identificação das unidades de registo relevantes para os objetivos do estudo. Posteriormente realizou-se a codificação inicial dos dados e a sua organização em categorias temáticas.

Numa fase subsequente foi efetuada uma análise aprofundada do conteúdo, permitindo identificar padrões, perceções e sugestões expressas pelos participantes. As categorias temáticas emergiram dos próprios dados, seguindo uma abordagem indutiva, sem definição prévia de categorias. Os códigos foram atribuídos de forma progressiva ao longo da análise e posteriormente agrupados em categorias e subcategorias de significado.

Complementarmente, procedeu-se à contabilização da frequência das categorias identificadas, permitindo descrever os temas mais frequentemente referidos pelos participantes.

4. RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos a partir da análise dos dados recolhidos junto dos enfermeiros do serviço de urgência, organizados de acordo com os objetivos específicos definidos para o estudo

4.1. Caracterização da amostra

Participaram no estudo 74 enfermeiros do serviço de urgência. A distribuição por género e por escalão etário encontra-se apresentada na Figura 1. Observa-se predominância do género feminino (74,3%), verificando-se maior concentração de participantes nos escalões etários entre os 25 e os 34 anos (62,2%).

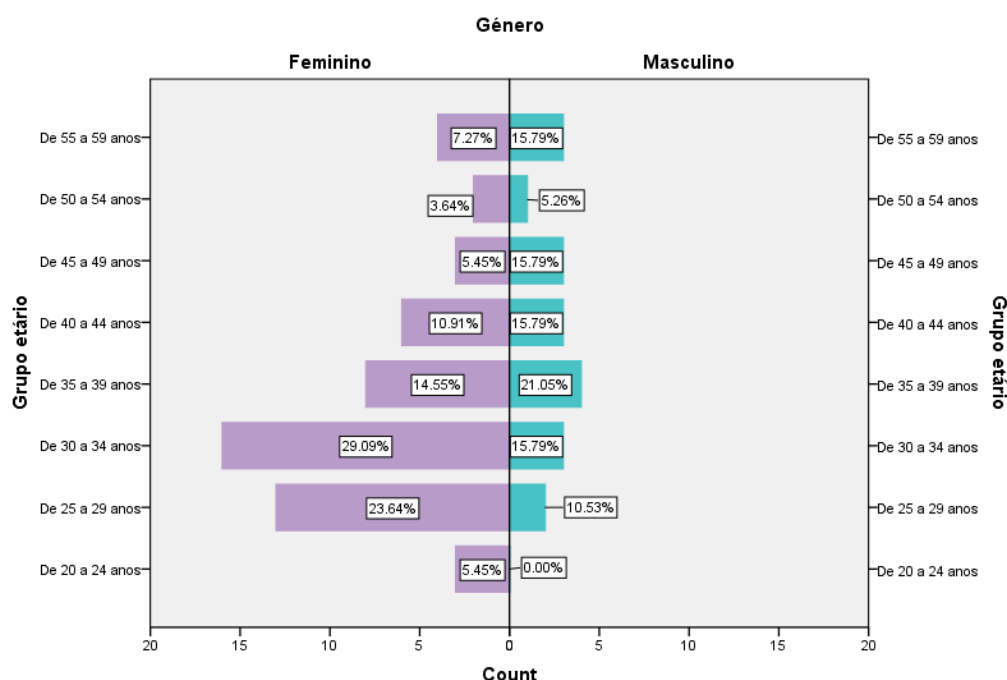


Figura 1 - Distribuição dos enfermeiros do serviço de urgência segundo o género e o grupo etário

A caracterização socioprofissional detalhada dos participantes apresenta-se na Tabela 1. Relativamente à formação académica, a maioria dos enfermeiros possui licenciatura (90,5%), seguindo-se o grau de mestrado (9,5%). Quanto à categoria profissional, 82,4% são enfermeiros (licenciatura) e 17,6% enfermeiros especialistas. No que respeita ao vínculo profissional, predomina o contrato por tempo indeterminado (77,0%), seguido do contrato de trabalho em funções públicas (13,5%) e do contrato de substituição (8,1%), sendo residual o contrato a termo certo (1,4%). O tempo médio de exercício profissional no serviço de urgência é de 11,4 anos (DP=10,2), variando entre 0 e 45 anos.

Tabela 1 - Caracterização socioprofissional dos enfermeiros do serviço de urgência

	n	%
Escalão Etário		
De 20 a 24 anos	3	4,1
De 25 a 29 anos	15	20,3
De 30 a 34 anos	19	25,7
De 35 a 39 anos	12	16,2
De 40 a 44 anos	9	12,2
De 45 a 49 anos	6	8,1
De 50 a 54 anos	3	4,1
De 55 a 59 anos	7	9,5
Género		
Feminino	55	74,3
Masculino	19	25,7
Formação Académica		
Licenciatura	67	90,5
Mestrado	7	9,5
Categoria profissional		
Enfermeiro	61	82,4
Enfermeiro Especialista	13	17,6
Vínculo Profissional		
Contrato de trabalho em funções publicas	10	13,5
Contrato por tempo indeterminado	57	77,0
Contrato a termo certo	1	1,4
Contrato de substituição	6	8,1
Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência (em anos): Média 11.4 (DP 10.2); Min: 0; Max: 45		

4.2. OE1 – Conhecimento teórico e prático dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a aplicação do ISBAR

Relativamente ao conhecimento dos enfermeiros acerca da transmissão de informação durante a transição de cuidados, os resultados evidenciam uma perceção globalmente positiva. A maioria dos itens avaliados apresenta valores médios superiores a 3,5 numa escala de Likert de 1 a 5, indica concordância dos participantes relativamente à qualidade da comunicação durante a passagem de turno. Os resultados encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Autoavaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a transmissão de informação na transição de cuidados

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	4.1	0.7	3	5
Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	4.0	0.8	2	5
A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	3.9	0.8	2	5
A informação transmitida é atualizada.	4.0	0.8	1	5
É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	3.9	0.7	2	5
Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	4.0	0.7	2	5
A duração da passagem de turno é adequada.	3.4	1.0	1	5
Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	3.5	1.0	1	5
É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	3.8	0.9	1	5
A informação transmitida é subjetiva.	3.9	0.8	1	5
A informação é transmitida de forma estruturada	4.0	0.9	1	5
A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	4.1	0.9	2	5
É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	2.9	1.1	1	5
Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	3.4	1.1	1	5
Sinto que há informação importante que não é transmitida.	3.3	0.9	1	5
Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	3.2	1.1	1	5
Nota: Escala de 1 – Discordo Totalmente a 5 – Concordo Totalmente				

Os valores médios mais elevados foram observados nos itens “Consigo esclarecer a informação que foi transmitida” (M=4,1; DP=0,7) e “A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço” (M=4,1; DP=0,9). Também se observam valores médios elevados nos itens relacionados com a concentração durante a transmissão da informação (M=4,0) e com a atualização da informação transmitida (M=4,0).

Por outro lado, os valores médios mais baixos foram registados nos itens “É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno” (M=2,9; DP=1,1), “Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente” (M=3,2; DP=1,1) e “Sinto que há informação importante que não é transmitida” (M=3,3; DP=0,9).

No que se refere à utilização da técnica ISBAR no contexto da prática clínica, os resultados demonstram níveis moderados de conhecimento teórico, mas uma utilização prática reduzida da ferramenta. Os dados encontram-se apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - *Nível de utilização da técnica ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência*

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Conheço ou já ouvi falar na técnica	4.1	1.0	1	5
Utilizo esta técnica no meu local de trabalho.	2.6	1.2	1	5
Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno	2.6	1.3	1	5
Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros	2.6	1.2	1	5
Aplico todas as etapas do ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação) na minha comunicação clínica	2.8	1.1	1	5
O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho	1.9	1.0	1	5
O ISBAR é uma ferramenta essencial na minha rotina de comunicação clínica.	2.7	1.3	1	5
Aplico o ISBAR para garantir uma transmissão eficaz de informações sobre os doentes críticos	2.7	1.3	1	5
Sinto-me confortável e seguro(a) ao utilizar o ISBAR na minha prática clínica	3.0	1.2	1	5
Sempre que comunico informações sobre um doente, utilizo a técnica ISBAR para organizar os dados	2.5	1.2	1	5
O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos	1.9	1.0	1	4
Nota: Escala de 1 – Nunca a 5 – Muito frequente				

Observa-se que o item “Conheço ou já ouvi falar na técnica” apresenta média elevada (M=4,1; DP=1,0), evidenciando familiaridade com o modelo ISBAR entre os participantes. Contudo, os itens relacionados com a aplicação prática da técnica

apresentam valores médios inferiores a 3, indicando baixa frequência de utilização da ferramenta na prática clínica.

Destacam-se os itens “Utilizo esta técnica no meu local de trabalho” (M=2,6; DP=1,2), “Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno” (M=2,6; DP=1,3) e “Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros” (M=2,6; DP=1,2).

Os valores médios mais baixos foram observados nos itens “O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho” (M=1,9; DP=1,0) e “O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos” (M=1,9; DP=1,0), evidenciando baixa institucionalização da técnica no contexto organizacional.

De forma geral, os resultados sugerem que, apesar de existir conhecimento relativamente elevado acerca da técnica ISBAR, a sua utilização prática no serviço de urgência é reduzida e pouco padronizada.

4.3. OE2 – Relação entre características socioprofissionais e conhecimento e utilização do ISBAR

Com o objetivo de avaliar a relação entre as características socioprofissionais dos enfermeiros e o conhecimento e utilização da técnica ISBAR, foram realizadas análises inferenciais, cujos resultados se encontram apresentados nas Tabelas 4 a 8.

A Tabela 4 apresenta a relação entre o escalão etário, o tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência e os diferentes indicadores de conhecimento e utilização do ISBAR.

Tabela 4 - *Correlação entre características sociodemográficas e conhecimento e utilização do ISBAR*

		Escalão etário	Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência (em anos)
Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	<i>r</i>	0.135	0.277
	<i>p</i>	0.250	<0.05
Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	<i>r</i>	0.158	0.228
	<i>p</i>	0.180	0.051
A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	<i>r</i>	0.053	0.171
	<i>p</i>	0.656	0.145
A informação transmitida é atualizada.	<i>r</i>	0.111	0.167
	<i>p</i>	0.346	0.155
	<i>r</i>	0.049	0.226

É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	<i>p</i>	0.677	0.053
Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	<i>r</i>	-0.038	0.007
	<i>p</i>	0.751	0.950
A duração da passagem de turno é adequada.	<i>r</i>	-0.184	-0.041
	<i>p</i>	0.117	0.726
Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	<i>r</i>	-0.027	-0.007
	<i>p</i>	0.819	0.955
É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	<i>r</i>	-0.129	0.010
	<i>p</i>	0.274	0.933
A informação transmitida é subjetiva.	<i>r</i>	-0.099	0.012
	<i>p</i>	0.399	0.919
A informação é transmitida de forma estruturada	<i>r</i>	-0.099	-0.006
	<i>p</i>	0.401	0.956
A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	<i>r</i>	-0.062	-0.061
	<i>p</i>	0.599	0.604
É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	<i>r</i>	0.013	0.172
	<i>p</i>	0.910	0.143
Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	<i>r</i>	0.053	0.133
	<i>p</i>	0.653	0.257
Sinto que há informação importante que não é transmitida.	<i>r</i>	0.000	0.064
	<i>p</i>	1.000	0.588
Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	<i>r</i>	-0.184	-0.087
	<i>p</i>	0.117	0.46
Conheço ou já ouvi falar na técnica	<i>r</i>	-0.480	-0.403
	<i>p</i>	<0.001	<0.001
Utilizo esta técnica no meu local de trabalho.	<i>r</i>	-0.159	-0.242
	<i>p</i>	0.175	<0,05
Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno	<i>r</i>	-0.183	-0.191
	<i>p</i>	0.119	0.103
Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros	<i>r</i>	-0.174	-0.173
	<i>p</i>	0.139	0.140
Aplico todas as etapas do ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação) na minha comunicação clínica	<i>r</i>	-0.173	-0.197
	<i>p</i>	0.140	0.092
O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho	<i>r</i>	-0.153	-0.223
	<i>p</i>	0.192	0.057
O ISBAR é uma ferramenta essencial na minha rotina de comunicação clínica.	<i>r</i>	-0.192	-0.144
	<i>p</i>	0.101	0.221
Aplico o ISBAR para garantir uma transmissão eficaz de informações sobre os doentes críticos	<i>r</i>	-0.104	-0.060
	<i>p</i>	0.379	0.611
Sinto-me confortável e seguro(a) ao utilizar o ISBAR na minha prática clínica	<i>r</i>	-0.171	-0.160
	<i>p</i>	0.146	0.174
Sempre que comunico informações sobre um doente, utilizo a técnica ISBAR para organizar os dados	<i>r</i>	-0.110	-0.142
	<i>p</i>	0.349	0.227
O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos	<i>r</i>	-0.210	-0.221
	<i>p</i>	0.073	0.059
Coefficiente de Correlação (<i>r</i>)			

De forma geral, verificam-se correlações fracas entre as variáveis analisadas. No entanto, observa-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o escalão etário e o item “Conheço ou já ouvi falar na técnica” ($p < 0,001$), indicando que enfermeiros mais jovens apresentam maior familiaridade com o modelo ISBAR.

Verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência e os itens ‘Consigo esclarecer a informação que foi transmitida’ ($p < 0,05$) e ‘Utilizo esta técnica no meu local de trabalho’ ($p < 0,05$),

sugerindo que maior experiência profissional está associada a maior clareza na comunicação e maior utilização da técnica.

De seguida, procedeu-se à análise das diferenças entre grupos relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais.

Relativamente ao género, os resultados encontram-se apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo o género

	Ordenação Média		<i>p</i>
	Feminino	Masculino	
Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	36.9	39.2	0.666
Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	36.2	41.4	0.318
A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	35.9	42.3	0.220
A informação transmitida é atualizada.	34.3	46.8	<u><0.05</u>
É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	36.6	40.2	0.484
Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	37.0	39.1	0.679
A duração da passagem de turno é adequada.	39.0	33.2	0.285
Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	36.3	41.1	0.370
É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	37.1	38.7	0.767
A informação transmitida é subjetiva.	36.4	40.8	0.381
A informação é transmitida de forma estruturada	37.5	37.6	0.984
A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	37.5	37.7	0.969
É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	35.2	44.2	0.103
Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	35.6	43.2	0.165
Sinto que há informação importante que não é transmitida.	36.7	39.9	0.548
Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	38.0	36.1	0.735
Conheço ou já ouvi falar na técnica	39.4	32.1	0.179
Utilizo esta técnica no meu local de trabalho.	42.2	24.0	<u><0.05</u>

Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno	40.8	28.1	<0.05
Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros	40.5	29.0	<0.05
Aplico todas as etapas do ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação) na minha comunicação clínica	39.8	31.0	0.111
O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho	40.6	28.5	<0.05
O ISBAR é uma ferramenta essencial na minha rotina de comunicação clínica.	38.8	33.7	0.354
Aplico o ISBAR para garantir uma transmissão eficaz de informações sobre os doentes críticos	39.6	31.4	0.142
Sinto-me confortável e seguro(a) ao utilizar o ISBAR na minha prática clínica	40.6	28.6	<0.05
Sempre que comunico informações sobre um doente, utilizo a técnica ISBAR para organizar os dados	40.6	28.7	<0.05
O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos	39.8	31.0	0.102
Nota: Testes de Mann-Whitney			

A análise dos resultados evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em alguns dos indicadores avaliados. Os participantes do género masculino apresentaram maior concordância relativamente ao item “A informação transmitida é atualizada” ($p < 0,05$). Em contrapartida, os participantes do género feminino obtiveram valores significativamente superiores em diversos indicadores relacionados com a utilização do ISBAR, designadamente na utilização da técnica no local de trabalho, na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno e na organização da informação clínica.

No que respeita à formação académica, os resultados encontram-se apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo a formação académica

	Ordenação Média		<i>p</i>
	Licenciatura	Mestrado	
Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	37.8	34.6	0.682
Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	37.8	34.6	0.680
A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	37.8	34.6	0.686

A informação transmitida é atualizada.	37.3	39.9	0.731
É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	37.7	35.9	0.823
Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	37.0	42.1	0.510
A duração da passagem de turno é adequada.	35.9	52.6	<u><0,05</u>
Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	38.2	30.4	0.337
É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	38.6	27.1	0.151
A informação transmitida é subjetiva.	37.4	38.4	0.893
A informação é transmitida de forma estruturada	37.7	35.2	0.747
A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	37.7	35.6	0.791
É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	38.2	31.1	0.388
Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	38.1	31.4	0.412
Sinto que há informação importante que não é transmitida.	37.9	33.4	0.572
Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	39.4	19.3	<u><0,05</u>
Conheço ou já ouvi falar na técnica	37.0	42.8	0.467
Utilizo esta técnica no meu local de trabalho.	36.9	42.9	0.470
Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno	37.2	40.8	0.661
Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros	37.2	40.6	0.683
Aplico todas as etapas do ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação) na minha comunicação clínica	37.0	42.6	0.498
O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho	37.7	35.9	0.820
O ISBAR é uma ferramenta essencial na minha rotina de comunicação clínica.	37.1	41.4	0.609
Aplico o ISBAR para garantir uma transmissão eficaz de informações sobre os doentes críticos	36.3	49.4	0.115
Sinto-me confortável e seguro(a) ao utilizar o ISBAR na minha prática clínica	35.7	54.4	<u><0,05</u>
Sempre que comunico informações sobre um doente, utilizo a técnica ISBAR para organizar os dados	36.5	46.9	0.213

O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos	37.9	34.0	0.631
Nota: Testes de Mann-Whitney			

A análise evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de formação académica em três indicadores avaliados: adequação da duração da passagem de turno, conforto e segurança na utilização da técnica ISBAR e percepção de pressão para terminar rapidamente a passagem de turno. Os enfermeiros com grau de mestrado apresentaram maior percepção de adequação da duração da passagem de turno ($p < 0,05$) e maior conforto e segurança na utilização da técnica ISBAR na prática clínica ($p < 0,05$). Por outro lado, os enfermeiros com licenciatura referiram com maior frequência sentir pressão para terminar rapidamente a passagem de turno ($p < 0,05$).

Relativamente à categoria profissional, os resultados encontram-se apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo a categoria profissional

	Ordenação Média		<i>p</i>
	Enfermeiro	Enfermeiro Especialista	
Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	37.2	38.8	0.789
Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	37.7	36.4	0.822
A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	37.8	36.3	0.810
A informação transmitida é atualizada.	37.9	35.5	0.683
É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	38.3	33.7	0.444
Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	37.4	38.2	0.895
A duração da passagem de turno é adequada.	36.4	42.7	0.315
Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	37.3	38.3	0.875
É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	39.6	27.9	0.058
A informação transmitida é subjetiva.	37.3	38.2	0.879
A informação é transmitida de forma estruturada	36.7	41.4	0.437

A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	39.2	29.7	0.124
É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	37.5	37.7	0.976
Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	38.0	35.2	0.656
Sinto que há informação importante que não é transmitida.	38.1	34.8	0.594
Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	37.8	36.2	0.798
Conheço ou já ouvi falar na técnica	38.4	33.5	0.427
Utilizo esta técnica no meu local de trabalho.	36.8	40.8	0.529
Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno	37.9	35.7	0.736
Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros	37.6	37.0	0.924
Aplico todas as etapas do ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação) na minha comunicação clínica	38.6	32.3	0.321
O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho	39.2	29.4	0.107
O ISBAR é uma ferramenta essencial na minha rotina de comunicação clínica.	37.9	35.6	0.715
Aplico o ISBAR para garantir uma transmissão eficaz de informações sobre os doentes críticos	37.2	38.9	0.787
Sinto-me confortável e seguro(a) ao utilizar o ISBAR na minha prática clínica	36.8	40.8	0.529
Sempre que comunico informações sobre um doente, utilizo a técnica ISBAR para organizar os dados	37.3	38.4	0.866
O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos	39.1	29.9	0.137
Nota: Testes de Mann-Whitney			

A análise não revelou diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros e enfermeiros especialistas relativamente às variáveis associadas ao conhecimento e utilização da técnica ISBAR.

Por fim, analisou-se a relação entre o vínculo profissional e os indicadores estudados, cujos resultados se encontram apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Comparação do conhecimento e utilização do ISBAR segundo o vínculo profissional

	Ordenação Média			<i>p</i>
	Contrato de trabalho em funções públicas	Contrato por tempo indeterminado	Contrato de substituição	
Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	42.1	36.5	33.3	0.610
Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	43.1	36.0	36.1	0.569
A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	34.5	38.2	30.0	0.558
A informação transmitida é atualizada.	37.9	38.0	25.7	0.308
É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	39.5	37.3	30.3	0.638
Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	45.8	36.4	28.5	0.195
A duração da passagem de turno é adequada.	27.9	38.7	35.8	0.293
Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	37.9	36.8	37.2	0.988
É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	38.5	36.7	37.2	0.966
A informação transmitida é subjetiva.	30.8	38.7	31.4	0.351
A informação é transmitida de forma estruturada	33.2	38.0	33.6	0.693
A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	44.0	36.5	30.5	0.391
É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	32.1	38.0	36.3	0.699
Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	40.4	38.6	16.3	0.032
Sinto que há informação importante que não é transmitida.	45.5	37.0	22.4	0.084
Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	34.8	36.9	42.1	0.783
Conheço ou já ouvi falar na técnica	25.0	39.5	33.7	0.098
Utilizo esta técnica no meu local de trabalho.	38.8	36.0	43.7	0.656
Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno	33.6	36.9	43.5	0.646
Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros	35.6	36.5	43.8	0.691

Aplico todas as etapas do ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação) na minha comunicação clínica	32.1	37.1	44.1	0.523
O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho	34.5	37.0	41.5	0.788
O ISBAR é uma ferramenta essencial na minha rotina de comunicação clínica.	37.4	36.0	45.7	0.552
Aplico o ISBAR para garantir uma transmissão eficaz de informações sobre os doentes críticos	39.2	35.7	46.1	0.470
Sinto-me confortável e seguro(a) ao utilizar o ISBAR na minha prática clínica	34.9	38.1	30.4	0.646
Sempre que comunico informações sobre um doente, utilizo a técnica ISBAR para organizar os dados	38.1	36.5	40.3	0.899
O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos	33.1	37.1	42.8	0.639
Nota: Testes de Kruskal-Wallis				

De forma geral, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de vínculo profissional relativamente ao conhecimento e utilização da técnica ISBAR, verificando-se padrões semelhantes de resposta entre os grupos analisados.

4.4. OE3 – Grau de familiaridade dos enfermeiros com o modelo ISBAR

Relativamente ao grau de familiaridade dos enfermeiros com o modelo de comunicação estruturada ISBAR, os resultados indicam que a maioria dos participantes refere conhecer ou já ter ouvido falar nesta técnica. Conforme apresentado na Tabela 3, o item “Conheço ou já ouvi falar na técnica” apresenta média de 4,1 (DP=1,0), evidenciando um nível relativamente elevado de familiaridade com o modelo.

Contudo, apesar deste nível de conhecimento conceptual, a aplicação prática da técnica apresenta valores médios inferiores. Itens como “Utilizo esta técnica no meu local de trabalho” (M=2,6), “Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno” (M=2,6) e “Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros” (M=2,6) evidenciam uma utilização pouco frequente da ferramenta no contexto clínico.

Estes resultados sugerem que, embora exista familiaridade com a técnica ISBAR entre os enfermeiros do serviço de urgência, a sua aplicação prática na comunicação clínica permanece limitada.

4.5. OE4 – Barreiras à implementação do ISBAR no serviço de urgência

Relativamente às barreiras à utilização da técnica ISBAR no serviço de urgência, os resultados evidenciam a existência de diferentes fatores que podem dificultar a sua implementação na prática clínica. A distribuição percentual das principais barreiras identificadas pelos participantes encontra-se apresentada na Figura 2.

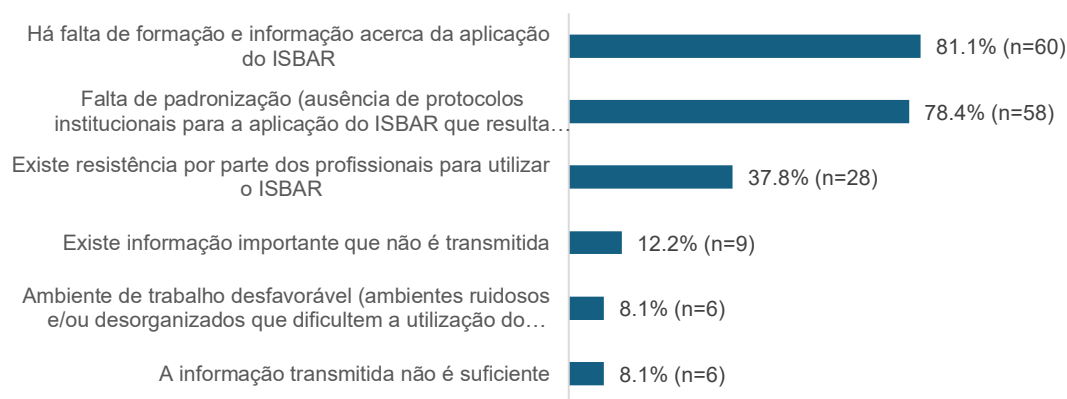


Figura 2 - Distribuição percentual das barreiras à comunicação clínica identificadas pelos enfermeiros do serviço de urgência

Os resultados indicam que a principal barreira referida pelos enfermeiros corresponde à falta de formação e informação acerca da aplicação da técnica ISBAR, mencionada por 81,1% dos participantes. De forma semelhante, a ausência de protocolos institucionais ou de padronização na utilização da técnica foi identificada por 78,4% dos enfermeiros.

Além disso, os participantes referiram a ocorrência frequente de interrupções durante a passagem de turno como um fator que pode comprometer a qualidade da comunicação clínica e dificultar a aplicação de métodos estruturados de transmissão de informação.

De forma geral, os resultados evidenciam que as principais barreiras à implementação do ISBAR no serviço de urgência estão relacionadas com fatores formativos e organizacionais.

4.6. OE5 – Sugestões de melhoria da passagem de turno

Com o objetivo de identificar possíveis estratégias de melhoria na passagem de turno e na qualidade da informação transmitida entre profissionais, os participantes foram convidados a apresentar sugestões no questionário. Dos enfermeiros participantes, 23,0% (n=17) apresentaram sugestões de melhoria relacionadas com o processo de transmissão de informação.

A análise qualitativa das respostas permitiu identificar diferentes categorias temáticas, cuja distribuição se encontra apresentada na Tabela 9.

Tabela 9 - *Sugestões de melhoria da passagem de turno identificadas pelos enfermeiros do serviço de urgência*

Tema/subtema	n	%
Ambiente sem perturbações / interrupções	6	31.6%
Privacidade	1	5.3%
Minimizar interrupções	4	21.1%
Silêncio	1	5.3%
Padronização e uniformização (ISBAR, checklists, estrutura)	6	31.6%
Uso da Técnica ISBAR	2	10.5%
Modelos / checklists / estrutura única	4	21.1%
Clareza, objetividade e concisão	3	15.8%
Respeito pelo tempo de transmissão	1	5.3%
Formação e implementação prática	2	10.6%
Passagem junto ao doente (contextualização)	1	5.3%
Total de menções nos temas principais	19	100%

No total foram identificadas 19 menções, organizadas em diferentes temas. As sugestões mais frequentemente referidas pelos participantes centram-se em dois eixos principais: a criação de um ambiente com menor número de interrupções durante a passagem de turno e a padronização do processo de comunicação entre profissionais.

Relativamente ao primeiro eixo, os participantes destacaram a importância de garantir um ambiente mais calmo e organizado, com redução de ruído, interrupções e outras perturbações que possam comprometer a qualidade da transmissão de informação.

No que respeita à padronização da comunicação, os enfermeiros referiram a necessidade de utilização de estruturas ou protocolos uniformizados, como a técnica ISBAR ou checklists de comunicação clínica, com o objetivo de assegurar maior clareza, consistência e completude da informação transmitida.

Adicionalmente, foram também mencionadas sugestões relacionadas com a necessidade de maior objetividade e concisão na comunicação, respeito pelo tempo destinado à passagem de turno, investimento em formação específica e realização da passagem de turno junto do doente, de forma a facilitar a contextualização da informação clínica.

De forma global, os resultados evidenciam que, apesar de os enfermeiros demonstrarem conhecimento acerca da técnica ISBAR, a sua utilização prática no serviço de urgência permanece limitada, sendo identificadas diversas barreiras organizacionais e formativas que podem influenciar a sua implementação

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento e a utilização da técnica de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros de um serviço de urgência, bem como analisar a sua percepção relativamente à qualidade da comunicação durante a transição de cuidados. Os resultados obtidos permitem uma reflexão sobre a comunicação clínica em contextos caracterizados por elevada complexidade assistencial, evidenciando fatores individuais, organizacionais e formativos que influenciam a utilização de ferramentas estruturadas de comunicação.

De um modo geral, os resultados indicam que os enfermeiros participantes apresentam uma percepção globalmente positiva relativamente à qualidade da comunicação durante a passagem de turno, nomeadamente no que respeita à clareza, atualização e estrutura da informação transmitida. Estes resultados são consistentes com a literatura, que identifica a transição de cuidados como um momento crítico para a continuidade assistencial e para a prevenção de eventos adversos (Johnson et al., 2015; Manser & Foster, 2011). Contudo, a elevada frequência de interrupções durante a passagem de turno, identificada pelos participantes, confirma evidências previamente descritas na literatura que apontam o ambiente do serviço de urgência como particularmente propenso a perturbações que podem comprometer a qualidade da comunicação clínica (Riesenberg et al., 2010).

No que respeita especificamente à técnica ISBAR, os resultados evidenciam um padrão frequentemente descrito em estudos nacionais e internacionais: a existência de um nível relativamente elevado de conhecimento teórico acerca da ferramenta, contrastando com uma utilização prática reduzida e pouco padronizada no contexto clínico. Este desfasamento entre conhecimento e prática tem sido amplamente documentado na literatura, sugerindo que a familiaridade conceptual com o modelo não garante, por si só, a sua integração sistemática na prática profissional (Müller et al., 2018; Hughes, 2021). Assim, os resultados obtidos sugerem que, apesar de os enfermeiros reconhecerem a utilidade da técnica ISBAR, a sua aplicação prática permanece limitada no serviço de urgência estudado.

As barreiras identificadas pelos participantes reforçam esta interpretação. A falta de formação específica, a ausência de protocolos institucionais e a inexistência de monitorização da utilização da técnica emergem como os principais fatores que dificultam a implementação do ISBAR na prática clínica. Estes resultados são consistentes com os

achados de Randmaa et al. (2016) e Thompson et al. (2018), que referem que a implementação eficaz de ferramentas de comunicação estruturada depende não apenas da formação inicial dos profissionais, mas também da existência de estratégias institucionais de apoio, supervisão e integração do modelo nos processos organizacionais. A ausência destes elementos pode contribuir para uma utilização fragmentada e inconsistente do ISBAR, tal como observado no presente estudo.

Relativamente à relação entre características sociodemográficas e profissionais e o conhecimento e utilização do ISBAR, os resultados evidenciam algumas associações relevantes. A correlação negativa observada entre o escalão etário e a familiaridade com a técnica sugere que os enfermeiros mais jovens apresentam maior contacto prévio com modelos de comunicação estruturada. Este resultado pode refletir a crescente integração de conteúdos relacionados com a segurança do doente e com a comunicação estruturada nos currículos de formação em enfermagem nas últimas décadas (Marshall et al., 2015).

Por outro lado, os enfermeiros com maior tempo de exercício profissional no serviço de urgência demonstraram maior capacidade para esclarecer e clarificar a informação transmitida durante a passagem de turno. Este resultado poderá estar associado à experiência clínica acumulada e ao desenvolvimento progressivo de competências comunicacionais ao longo do percurso profissional. Desta forma, a eficácia da comunicação clínica parece resultar da combinação entre experiência profissional e formação estruturada, reforçando a importância de estratégias formativas contínuas que permitam integrar modelos de comunicação estruturada na prática diária (Manias et al., 2016).

No que respeita às diferenças associadas ao grau académico, os enfermeiros com formação ao nível do mestrado demonstraram maior conforto e segurança na utilização da técnica ISBAR. Estes resultados encontram suporte na literatura, que associa níveis mais elevados de formação académica a maior adesão a práticas baseadas na evidência e a uma maior sensibilidade para questões relacionadas com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Aiken et al., 2014).

As sugestões de melhoria apresentadas pelos participantes reforçam a necessidade de intervenções organizacionais direcionadas para a melhoria da comunicação clínica no serviço de urgência. Entre as estratégias mais frequentemente mencionadas destacam-se a redução de interrupções durante a passagem de turno, a padronização do processo de

comunicação através de ferramentas estruturadas, como o ISBAR, e o investimento em formação específica para os profissionais de saúde. Estas recomendações são consistentes com a literatura, que destaca a importância da criação de ambientes organizacionais que favoreçam a comunicação estruturada e promovam a segurança do doente (Foronda et al., 2016; Müller et al., 2018).

Importa também destacar que, apesar da crescente evidência científica sobre os benefícios da utilização do ISBAR em diferentes contextos clínicos, os estudos realizados em serviços de urgência continuam relativamente limitados, particularmente no contexto nacional. Assim, o presente estudo contribui para aprofundar o conhecimento sobre a utilização desta ferramenta em contextos de elevada complexidade assistencial, caracterizados por elevada pressão temporal, elevada rotatividade de doentes e necessidade constante de tomada de decisão rápida.

No entanto, importa reconhecer algumas limitações do presente estudo. A utilização de uma amostra de conveniência, restrita a um único serviço de urgência, pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos clínicos. Adicionalmente, a recolha de dados baseada em autorrelato pode estar associada a possíveis enviesamentos de perceção por parte dos participantes. Apesar destas limitações, os resultados obtidos fornecem contributos relevantes para a compreensão das práticas comunicacionais em contexto de urgência e para a identificação de fatores que podem influenciar a implementação de ferramentas de comunicação estruturada.

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciam que, apesar de existir conhecimento relativamente elevado acerca da técnica ISBAR entre os enfermeiros do serviço de urgência, a sua utilização prática permanece limitada. Estes achados reforçam a necessidade de estratégias institucionais que promovam a integração sistemática desta ferramenta na prática clínica, nomeadamente através da implementação de programas de formação contínua, da criação de protocolos de comunicação estruturada e do envolvimento ativo das lideranças de enfermagem na promoção de práticas comunicacionais seguras e padronizadas.

6. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstram que os enfermeiros do Serviço de Urgência apresentam um nível globalmente elevado de conhecimento relativamente à técnica de comunicação estruturada ISBAR, reconhecendo a sua relevância para a organização da informação clínica, continuidade dos cuidados e segurança do doente. Contudo, verificou-se que a utilização desta ferramenta na prática clínica ocorre de forma irregular e pouco padronizada, evidenciando um desfasamento entre o conhecimento teórico e a sua aplicação sistemática no contexto assistencial.

Foram identificadas diversas barreiras à implementação consistente do ISBAR, destacando-se a insuficiente formação específica sobre a técnica, a ausência de protocolos institucionais orientadores e as interrupções frequentes durante os momentos de transição de cuidados. Estes fatores constituem obstáculos relevantes à adoção de práticas de comunicação estruturada e podem comprometer a eficácia da transmissão de informação entre profissionais.

A análise dos resultados permitiu igualmente identificar associações entre algumas características socioprofissionais dos participantes e os níveis de conhecimento e utilização da técnica ISBAR. Os enfermeiros mais jovens demonstraram maior familiaridade com a ferramenta, enquanto os profissionais com maior tempo de exercício no Serviço de Urgência evidenciaram maior capacidade de clarificação da informação durante os processos de comunicação clínica.

As sugestões apresentadas pelos participantes reforçam a importância de implementar estratégias organizacionais que promovam uma comunicação mais estruturada, nomeadamente através da redução de interrupções durante a passagem de turno, da padronização dos processos de transmissão de informação e do desenvolvimento de programas de formação específicos sobre a técnica ISBAR.

Os resultados obtidos sustentam a relevância da integração sistemática do ISBAR nos processos de comunicação entre enfermeiros em contexto de urgência. A implementação desta ferramenta, associada ao envolvimento das lideranças de enfermagem e ao desenvolvimento de estratégias institucionais de suporte, poderá contribuir para melhorar a qualidade da comunicação clínica, reforçar a continuidade dos cuidados e promover ganhos em segurança do doente.

A comunicação estruturada assume atualmente um papel central na promoção de cuidados seguros e de qualidade. Neste contexto, a adoção consistente do ISBAR representa uma oportunidade de melhoria para a prática de enfermagem, favorecendo uma transmissão de informação mais clara, completa e eficaz durante os momentos de transição de cuidados.

Futuras investigações poderão aprofundar esta temática através da realização de estudos multicêntricos e da avaliação do impacto de intervenções formativas e organizacionais dirigidas à implementação do ISBAR em diferentes contextos clínicos.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A realização do presente Relatório Final de Estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, constituiu um momento particularmente significativo no meu percurso profissional e académico, permitindo consolidar conhecimentos, aprofundar competências e, sobretudo, desenvolver uma reflexão crítica e mais consciente sobre a prática de cuidados à pessoa em situação crítica.

O percurso formativo desenvolvido ao longo da componente clínica proporcionou experiências de aprendizagem em contextos assistenciais de elevada complexidade, nomeadamente na Unidade de Medicina Hiperbárica, no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. A diversidade destes contextos permitiu uma compreensão mais abrangente e integrada do cuidado à pessoa em situação crítica, possibilitando reconhecer as especificidades de cada ambiente assistencial e reforçar competências ao nível da avaliação clínica avançada, vigilância contínua, gestão da instabilidade fisiológica e implementação de intervenções terapêuticas diferenciadas.

O estágio na Unidade de Medicina Hiperbárica representou uma oportunidade de contacto com uma área altamente especializada, exigindo o aprofundamento de conhecimentos relacionados com a oxigenoterapia hiperbárica e o desenvolvimento de competências na monitorização e vigilância dos doentes. Este contexto evidenciou, de forma particular, a importância da segurança clínica e da gestão do risco, reforçando a necessidade de uma prática rigorosa, sustentada em protocolos e numa vigilância sistematizada.

No Serviço de Medicina Intensiva, a complexidade das situações clínicas vivenciadas exigiu uma mobilização constante de conhecimentos científicos e um raciocínio clínico apurado, aliados à capacidade de resposta rápida perante alterações do estado do doente. A integração numa equipa multidisciplinar altamente diferenciada contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências na gestão da ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica e abordagem de situações de instabilidade, reforçando simultaneamente a importância da articulação entre profissionais e da tomada de decisão baseada na evidência.

Por sua vez, o estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, contexto no qual desenvolvo a minha atividade profissional há mais de uma década, assumiu um significado particularmente relevante neste percurso. A vivência diária de um ambiente

marcado pela elevada dinâmica, imprevisibilidade e exigência assistencial permitiu consolidar competências na priorização de cuidados, na tomada de decisão em tempo útil e na gestão simultânea de múltiplas situações clínicas. Simultaneamente, tornou mais evidente a relevância da comunicação eficaz entre profissionais, sobretudo em momentos críticos de transição de cuidados.

Foi neste contexto que emergiu a necessidade de aprofundar a temática da comunicação clínica, conduzindo ao desenvolvimento do estudo de investigação centrado na utilização da ferramenta ISBAR. Este processo permitiu não só compreender de forma mais aprofundada o impacto da comunicação na segurança do doente, como também refletir criticamente sobre práticas instituídas e identificar oportunidades de melhoria. Os resultados obtidos reforçaram a importância da comunicação estruturada enquanto estratégia essencial para promover a continuidade dos cuidados, reduzir o risco de erro e melhorar a qualidade assistencial.

A articulação entre a componente clínica e a investigação revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo integrar conhecimento científico com a prática real e promover uma reflexão mais crítica e fundamentada. Este processo evidenciou que a qualidade e segurança dos cuidados não dependem exclusivamente do domínio técnico, mas também da capacidade de comunicar eficazmente, colaborar em equipa e questionar continuamente a prática profissional.

Importa destacar que este percurso se desenvolveu no contexto de uma experiência profissional consolidada, o que possibilitou revisitar a prática clínica à luz da evidência científica e dos referenciais da enfermagem especializada. Esta reflexão contribuiu para uma maior consciencialização das responsabilidades inerentes ao cuidado da pessoa em situação crítica e para o reforço de uma prática mais intencional, fundamentada e centrada na pessoa.

A conjugação entre a experiência previamente adquirida e o percurso académico permitiu fortalecer o raciocínio clínico, a capacidade de tomada de decisão e a liderança em contexto assistencial. Mais do que a aquisição de novas competências, este processo representou uma transformação na forma de pensar e exercer enfermagem, promovendo uma prática mais crítica, ética e humanizada.

Neste sentido, o percurso realizado não se encerra na consolidação de competências adquiridas, projetando-se na transformação da prática profissional. No contexto do

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, encontram-se já em curso iniciativas que visam a integração dos conhecimentos desenvolvidos, nomeadamente a implementação de um template de registo clínico estruturado com base no modelo ISBAR, com o objetivo de uniformizar a documentação e a comunicação entre enfermeiros. Esta estratégia procura promover maior consistência na transmissão de informação clínica, reforçando a segurança do doente e a continuidade dos cuidados.

Paralelamente, perspectiva-se o desenvolvimento de ações de formação em contexto de serviço, dirigidas à equipa de enfermagem, com vista à capacitação dos profissionais para a utilização eficaz desta ferramenta de comunicação estruturada. Neste âmbito, assume-se o compromisso de desempenhar um papel ativo na formação de pares e na dinamização de práticas baseadas na evidência, contribuindo para a consolidação de uma cultura de segurança e qualidade no contexto organizacional.

Deste modo, o presente relatório traduz não apenas a descrição de um percurso formativo, mas a consolidação de uma identidade profissional enquanto enfermeiro especialista, comprometido com a prestação de cuidados de elevada qualidade, sustentados em evidência científica, responsabilidade ética e melhoria contínua. Este percurso representa, assim, um ponto de partida para o desenvolvimento contínuo de uma prática profissional mais consciente, segura e centrada na pessoa em situação crítica e na sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alves, C., & Veiga-Branco, M. A. . (2024). Effective communication in the handover in the emergency department: nurses' perception . *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14e), e33823. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/33823>
- Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H., & Meltzer, D. (2005). Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: A critical incident analysis. *Quality and Safety in Health Care*, 14, 401–407. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015107>
- Bahrain, N. N., Raihan Sakrani, S. N., & Maidin, A. (2023). Communication barriers in work environment: Understanding impact and challenges. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 13(11). <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v13-i11/19498>
- Baptista, G., Magalhães, B., Rodrigues, V., & Galvão, A. (2024). Nurse communication strategies with the critical patient in intensive care units: Scoping review. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, (15e), e35355. <https://doi.org/10.29352/mill0215e.35355>
- Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality and patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, 31(5), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x>
- Bekkink, M., Farrell, S. E., & Takayesu, J. K. (2018). Interprofessional communication in the emergency department: Residents' perceptions and implications for medical

education. *International Journal of Medical Education*, 9, 262–270. <https://doi.org/10.5116/ijme.5bb5.c111>

Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), Article 459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>

Callejón-Peláez, EG, Martínez-Izquierdo, A, Baragaño-Ordoñez, ME, Borrego-Jiménez, P, & Siles-Rojas, A. (2021). Embolismo gaseoso masivo yatrogénico tratado con oxigenoterapia hiperbárica. *Sanidad Militar*, 77(2), 94-97. Epub 13 de septiembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712021000200005>

Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A handover nursing strategy in emergency departments: Scoping review. *Healthcare*, 12(3), 399. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030399>

Comissão Nacional de Proteção de Dados. (2016). *Orientações e recomendações*. <https://www.cnpd.pt/organizacoes/orientacoes-e-recomendacoes/>

Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2.^a ed.). Almedina.

Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical care medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy,

L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde.

Doi, K., Shimoda, R., & Gibbons, G. (2014). Improving pain management in orthopedic surgical patients with opioid tolerance. *Nursing Clinics of North America*, 49(3), 415–429. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.015>

Duarte, S., Fernandes, A., Ferreira, R., & Baptista, R. (2024). *ISBAR in nursing handover of acutely ill adult patients in the emergency department: A scoping review*. *Healthcare*, 12(3), 399. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030399>

European Committee for Hyperbaric Medicine. (2017). *ECHM consensus conference recommendations on hyperbaric medicine: Indications and practice*. <https://www.echm.org>

European Parliament and Council. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation)*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32016R0679>

Fernandes T. D. (2009). Medicina hiperbárica [Hyperbaric medicine]. *Acta medica portuguesa*, 22(4), 323–334.

Field, A. (2021). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage.

Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

- Fuchshuber, P., & Greif, W. (2022). Creating effective communication and teamwork for patient safety. In *The SAGES manual of quality, outcomes and patient safety* (pp. 443–460). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-94610-4_23
- Hughes, R. G. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Institute for Healthcare Improvement. (2019). *Communication tools for patient safety*. <https://www.ihl.org/resources/tools/sbar-tool-situation-background-assessment-recommendation>
- Jang, H., Lee, M., & Lee, N.-J. (2022). Communication education regarding patient safety for registered nurses in acute hospital settings: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 12(2), Article e053217. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053217>
- Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 462–470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x>
- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2015). Communication failures during clinical handovers lead to a poor patient outcome: Lessons from a case report. *SAGE Open Medical Case Reports*, 3, 2050313X1558485. <https://doi.org/10.1177/2050313x15584859>
- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2016). Perspectives of clinical handover processes: A multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 80–91. <https://doi.org/10.1111/jocn.12986>
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.006>
- Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2009). The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication.

Quality & Safety in Health Care, 18(2), 137–140.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025247>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Noviyanti, L., Ahsan, A., & Sudartya, T. S. (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *Journal of Public Health Research*, 10(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>

O'Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*, 30(1), 2–11.

O'Donovan, R., Ward, M., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2019). Safety culture in health care teams: A narrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 871–883. <https://doi.org/10.1111/jonm.12740>

Ong, M.-S., & Coiera, E. (2011). A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(6), 274–AP8. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(11\)37035-3](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(11)37035-3)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Patient safety: Global action on patient safety*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

- Porteous, J. M., Stewart-Wynne, E. G., Connolly, M., & Crommelin, P. F. (2009). iSoBAR—a concept and handover checklist: The National Clinical Handover Initiative. *The Medical Journal of Australia*, 190(Suppl 11), S152–S156. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02625.x>
- Pun, J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1021110. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), e004268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *The American Journal of Nursing*, 110(4), 24–36. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09>
- Shinta, N. D., & Bunga, A. L. (2024). The implementation of SBAR communication method for patient safety: A literature review. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*, 7(5). <https://doi.org/10.33024/minh.v7i5.190>
- Stewart, M. A. (2017). Stuck in the middle: The impact of collaborative interprofessional communication on patient expectations. *Shoulder & Elbow*, 10(1), 66–72. <https://doi.org/10.1177/1758573217735325>
- Tanaka, H. L., Rees, J. R., Zhang, Z., Ptak, J. A., Hannigan, P. M., Silverman, E. M., Peacock, J. L., Buckey, J. C., & Multicenter Registry for Hyperbaric Oxygen Treatment Consortium (2024). Emerging Indications for Hyperbaric Oxygen Treatment: Registry Cohort Study. *Interactive journal of medical research*, 13, e53821. <https://doi.org/10.2196/53821>
- Thompson, J. E., Collett, L. W., Langbart, M. J., Purcell, N. J., Boyd, S. M., Yuminaga, Y., Ossolinski, G., Susanto, C., & McCormack, A. (2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: A study in an Australian tertiary

hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027), 340–344.
<https://doi.org/10.1136/pgmj.2010.105569>

Tranquada, M. (2013). A COMUNICAÇÃO DURANTE A TRANSIÇÃO DAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirurgica de um Hospital Português [Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE Business School]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/6985>

União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. Jornal Oficial da União Europeia. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

Valle, P. R. D., & Ferreira, J. D. L. (2025). Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Educação em Revista*, 41, <https://doi.org/10.1590/0102-469849377>

Yun, J., Lee, Y. J., Kang, K., & Park, J. (2023). Effectiveness of SBAR-based simulation programs for nursing students: A systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04495-8>

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Xie, H., Kang, J., & Mills, G. H. (2009). Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Critical care (London, England)*, 13(2), 208. <https://doi.org/10.1186/cc7154>

APÊNDICES E ANEXOS

NOTA: Alguns dos títulos apresentados nos anexos e apêndices foram objeto de revisão posterior, de modo a assegurar a sua conformidade com os critérios exigidos para a publicação do artigo na revista

APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO e QUESTIONÁRIO

Termo de Consentimento Informado de participação no estudo “Avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a ferramenta ISBAR no serviço de urgência: contributo para a segurança clínica e qualidade dos cuidados”

Sou enfermeiro e exerço funções no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Estou a realizar um estudo no âmbito de um Projeto de Investigação 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área do Doente em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, subordinado à temática Avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a ferramenta ISBAR no serviço de urgência: contributo para a segurança clínica e qualidade dos cuidados.

O seu objetivo é analisar o conhecimento dos enfermeiros na utilização desta técnica na transição de cuidados no Serviço de Urgência.

Como tal é solicitada a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, constituído por três partes: a primeira consiste num questionário sociodemográfico e profissional; a segunda parte é composta por afirmações referentes à passagem de turno de enfermagem através da técnica ISBAR, a terceira parte considera afirmações acerca do seu conhecimento pessoal relativamente à transmissão de informações através do ISBAR e da sua utilização.

No sentido de obtenção de resultados válidos solicita-se a resposta com o máximo rigor e honestidade. O estudo será submetido ao parecer de uma Comissão de Ética em investigação, assegurando o cumprimento de princípios éticos, incluindo a Declaração de Helsínquia e as diretrizes europeias de proteção de dados (GDPR). O Consentimento de Participação no estudo está implícito no preenchimento deste questionário, pelo que o não preenchimento o (a) exclui automaticamente deste trabalho.

☐ Sim, li e aceito participar neste estudo.

Muito obrigado pela atenção dispensada e pela colaboração.

QUESTIONÁRIO

A. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOPROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

1. Grupo etário

Grupo etário	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	≥20 <25	≥25 <30	≥30 <35	≥35 <40	≥40 <45	≥45 <50	≥50 <55	≥55 <60	≥60
Idades	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Sexo

- ☐ 1 Feminino
☐ 2 Masculino

3. Formação Acadêmica

- ☐ 1 Licenciatura
☐ 2 Mestrado
☐ 3 Doutorado
☐ 4 Outro

4. Categoria profissional

- ☐ 1 Enfermeiro
☐ 2 Enfermeiro Especialista

5. Vínculo Profissional

- ☐ 1 Contrato de trabalho em funções públicas
☐ 2 Contrato por tempo indeterminado
☐ 3 Contrato a termo certo
☐ 4 Contrato de substituição

6. Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência (em anos):

B. TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS, ISBAR E SUA UTILIZAÇÃO

Considerando o seu conhecimento pessoal acerca da transmissão de informações na transição de cuidados, do ISBAR e da sua utilização, indique o grau de concordância com as seguintes afirmações.

Escala: 5 – Concordo totalmente; 4 – Concordo; 3 – Indeciso; 2 – Discordo; 1 – Discordo totalmente

Leia atentamente cada enunciado e coloque um círculo no número que melhor descreve a sua situação relativamente à técnica ISBAR.

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida.	☐	☐	☐	☐	☐
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	☐	☐	☐	☐	☐
4. A informação transmitida é atualizada.	☐	☐	☐	☐	☐
5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	☐	☐	☐	☐	☐
7. A duração da passagem de turno é adequada.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	☐	☐	☐	☐	☐
9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.	☐	☐	☐	☐	☐
10. A informação transmitida é subjetiva.	☐	☐	☐	☐	☐
11. A informação é transmitida de forma estruturada.	☐	☐	☐	☐	☐
12. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
13. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sinto que há informação importante que não é transmitida.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Globalmente, considero eficaz a transmissão de informação durante a passagem de turno.	☐	☐	☐	☐	☐

C. NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DO ISBAR

Para avaliar o nível de utilização do ISBAR, indique o grau de frequência de comportamentos com as seguintes afirmações.

Escala: 5 – Muito frequente; 4 – Frequente; 3 – Ocasionalmente; 2 – Raramente; 1 – Nunca

Leia atentamente cada enunciado e coloque uma cruz no quadrado correspondente ao número que melhor descreve a sua situação relativamente à técnica ISBAR.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequente	Muito frequente
	1	2	3	4	5
1. Conheço ou já ouvi falar na técnica.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Utilizo esta técnica no meu local de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Utilizo o ISBAR na comunicação entre enfermeiros durante a passagem de turno.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Utilizo o ISBAR para transmissão de informações entre enfermeiros.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Aplico todas as etapas do ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação) na minha comunicação clínica.	☐	☐	☐	☐	☐
6. O ISBAR é utilizado de forma padronizada na minha unidade de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
7. O ISBAR é uma ferramenta essencial na minha rotina de comunicação clínica.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Aplico o ISBAR para garantir uma transmissão eficaz de informações sobre os pacientes críticos.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sinto-me confortável e seguro(a) ao utilizar o ISBAR na minha prática clínica.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sempre que comunico informações sobre um paciente, utilizo a técnica ISBAR para organizar os dados.	☐	☐	☐	☐	☐
11. O uso do ISBAR no meu serviço de saúde é incentivado e monitorizado pelos superiores hierárquicos.	☐	☐	☐	☐	☐

D. DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO ISBAR

Para avaliar as dificuldades na aplicação da técnica ISBAR, indique 3 dificuldades sentidas na aplicação do ISBAR, na sua perspetiva.

- ☐ Existe resistência por parte dos profissionais para utilizar o ISBAR
☐ Há falta de formação e informação acerca da aplicação do ISBAR
☐ Existe informação importante que não é transmitida.
☐ A informação transmitida não é suficiente.
☐ Falta de padronização (ausência de protocolos institucionais para a aplicação do ISBAR que resulta em variações na aplicação da técnica).
☐ Ambiente de trabalho desfavorável (ambientes ruidosos e/ou desorganizados que dificultem a utilização do ISBAR).

E. SUGESTÕES DE MELHORIA

Tem alguma sugestão para melhorar a passagem de turno e a qualidade da informação nela transmitida?

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não
Se sim, qual/quais?



Obrigado pelo tempo dispensado para o preenchimento desta escala.
A sua participação é fundamental para a melhoria da comunicação e da segurança dos cuidados.

ANEXO I – DELIBERAÇÃO DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.



Documento nº I21091-2025-SI Tipo de Registo: Interno

Tipo: Geral\Informação AD HOC

Assunto: Pedido de autorização para realização do projeto de Investigação LynxiT 20250055

Data: 16-07-2025

Remetente: (4247) Serviço de Investigação - Cláudia Maria Gonçalves

Destinatário: (23) Secretariado CA

Confidencial: Não

Concluído: Sim

Estado: Deliberado

Informação:
Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da ULSM,

Envio o dossier, em anexo, que contém informação referente ao projeto de investigação intitulado: "Avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a ferramenta ISBAR no serviço de urgência: Contributo para a segurança clínica e qualidade dos cuidados".

Considerando estar reunidas todas as condições necessárias para a sua realização, solicito que V/Excelência autorização para a concretização deste estudo, na ULSM.

Em anexo: Documento relativo ao projeto de investigação supra mencionado.

Antecipadamente gratos por toda a atenção dispensada,

Criado em 16-07-2025 15:57 por Cláudia Maria Gonçalves
Editado em 16-07-2025 15:57 por Cláudia Maria Gonçalves

Circulações									
Data Envio	Tipo	De	Para	Prazo de resposta	Leitura em	Respondida por	Respondido em	Estado do Workflow	
17-07-2025 14:38	Para conhecimento	Reunião do Conselho de Administração	Cláudia Maria Gonçalves		18-07-2025 10:26	N/A	N/A		
Mensagem Deliberado em 17-07-2025. O CA delibera autorizar.									
16-07-2025 17:09	Para os devidos efeitos	Sílvia Maciel	Ana Veloso		16-07-2025 22:14	N/A	N/A		
16-07-2025 15:57	Para os devidos efeitos	Cláudia Maria Gonçalves	Secretariado CA			N/A	N/A		
Mensagem Documento concluído.									
16/07/2025 15:57:23	Para os devidos efeitos	Cláudia Maria Gonçalves	Secretariado CA (Ana Paula Mascarenhas)					N/A	N/A
Mensagem Documento concluído.									
16/07/2025 15:57:23	Para os devidos efeitos	Cláudia Maria Gonçalves	Secretariado CA (Sílvia Maciel)					N/A	N/A
Mensagem Documento concluído.									

Data Envio	Tipo	De	Para	Prazo de resposta	Leitura em	Respondida por	Respondido em	Estado do Workflow	
▼ 16-07-2025 15:57	Para conhecimento	Cláudia Maria Gonçalves	Joana Pereira,Liliana Silva			N/A	N/A		
Mensagem Dar conhecimento.									
▼									
16/07/2025 15:57:23	Para conhecimento	Cláudia Maria Gonçalves	Liliana Silva					N/A N/A	
Mensagem Dar conhecimento.									
16/07/2025 15:57:23	Para conhecimento	Cláudia Maria Gonçalves	Joana Pereira			16/07/2025 16:21:39		N/A N/A	
Mensagem Dar conhecimento.									
▼ Estados									
Estado		Editado por					Data		
Deliberado		filedoc					17-07-2025 14:38		
Agendado em reunião		Ana Paula Mascarenhas					17-07-2025 10:22		
Enviado para agendamento de reunião		Ana Veloso					16-07-2025 22:15		
Concluído		Cláudia Maria Gonçalves					16-07-2025 15:57		
▼ Anexos									
Nome		Observações		Versão	Tamanho	Estado	Adicionado por	Editado em	Editado por
 Projeto 20250055				1.00	1,8 MB	Check In	Cláudia Maria Gonçalves	16-07-2025 15:57	Cláudia Maria Gonçalves

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA

Pedido de autorização para utilização de instrumento de recolha de dados

5 mensagens

Sérgio Correia <enf.sergiocorreia@gmail.com>
Para: [REDACTED]@gmail.com

29 de maio de 2025 às 14:58

Ex.ma Enf.ª Cátia Diana Gomes Beça Alves,

O meu nome é Sérgio Manuel Rodrigues Correia, sou estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Cuidados à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Encontro-me atualmente a desenvolver o meu projeto de investigação intitulado:

"Avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a ferramenta ISBAR no serviço de urgência: Contributo para a segurança clínica e qualidade dos cuidados."

No âmbito deste trabalho, tomei conhecimento do seu estudo intitulado "*Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Serviço de Urgência – Implementação da metodologia ISBAR*", desenvolvido também no âmbito do mestrado na mesma instituição.

Considerando a relevância do seu contributo científico, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar, com os devidos créditos, o Instrumento de Recolha de Dados por si desenvolvido (constante no Anexo II do seu trabalho), no meu projeto de investigação. Comprometo-me a manter a integridade do instrumento, a referenciar devidamente a fonte e a respeitar todos os princípios éticos e de confidencialidade.

Desde já agradeço pela atenção e disponibilidade, ficando ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,
Sérgio Correia
Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Cuidados à Pessoa em Situação Crítica
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança
Email: enf.sergiocorreia@gmail.com

Sérgio Correia

Cátia Alves <[REDACTED]@gmail.com>
Para: Sérgio Correia <enf.sergiocorreia@gmail.com>

29 de maio de 2025 às 15:51

Boa tarde Enf. Sérgio

Tem autorização para a utilização da parte do instrumento por mim construída. No entanto, a "Handover Evaluation Scale" por mim utilizada foi adaptada por Tranquada. Deverá pedir-lhe autorização para a sua utilização. Desejo-lhe a continuação de um bom trabalho.

Cátia Alves
[Citação ocultada]

Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados adaptado por V. Ex.ª

3 mensagens

Sérgio Correia <enf.sergiocorreia@gmail.com>
Para: [REDACTED]@gmail.com

30 de maio de 2025 às 11:36

Exma. Senhora Enfermeira Mariana Tranquada,

O meu nome é Sérgio Manuel Rodrigues Correia, sou estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e encontro-me a desenvolver um projeto de investigação intitulado "Avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a ferramenta ISBAR no serviço de urgência: Contributo para a segurança clínica e qualidade dos cuidados".

Neste contexto, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para utilizar o instrumento de recolha de dados adaptado por si em 2013 — a versão portuguesa da *Handover Evaluation Scale*, originalmente elaborada por O'Connell, B., Macdonald, K. e Kelly, C. (2008).

O referido instrumento será utilizado com o devido rigor científico e ético, comprometendo-me a garantir a confidencialidade dos dados recolhidos e a referenciar devidamente a sua autoria em todos os materiais e publicações decorrentes do estudo.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade, ficando ao dispor para fornecer qualquer informação adicional que considere necessária.

Com os melhores cumprimentos,
Sérgio Correia
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Cuidados à Pessoa em Situação Crítica
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança
enf.sergiocorreia@gmail.com

mariana.tranquada@gmail.com <[REDACTED]@gmail.com>
Para: Sérgio Correia <enf.sergiocorreia@gmail.com>

11 de junho de 2025 às 15:40

Boa tarde, Exmo. Sr. Enf. Sérgio Correia,

Tem a autorização para utilizar o instrumento de recolha de dados, por mim adaptado.

Votos de bom trabalho.

Melhores cumprimentos,
Mariana Tranquada

ANEXO III – COMPROVATIVO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO
CIENTÍFICO



Sérgio Correia <enf.sergiocorreia@gmail.com>

[Mill] Agradecimento pela submissão

1 mensagem

MILLENIUM <noreply@rcaap.pt>

12 de março de 2026 às 12:38

Responder a: MILLENIUM <millenium@sc.ipv.pt>

Para: Sérgio Manuel Rodrigues Correia <enf.sergiocorreia@gmail.com>

Sérgio Manuel Rodrigues Correia,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Conhecimento e utilização da ferramenta de comunicação estruturada ISBAR pelos enfermeiros do serviço de urgência" à revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://r>

Nome de utilizador: s

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

MILLENIUM

ANEXO IV – POSTER COMUNICAÇÃO – BARREIRAS NA
COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE NO
SERVIÇO DE URGEÊNCIA

BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Autores: Sérgio Correia¹; Fábio Costa²; Gorete Batista³; Juliana Coelho⁴; Sónia Miranda⁵

INTRODUÇÃO

A comunicação eficaz entre enfermeiros e doentes é essencial para garantir a segurança do doente e a eficácia dos cuidados prestados principalmente em ambientes de alta pressão e exigência como o Serviço de Urgência.

OBJETIVO

Identificar as barreiras na comunicação entre o enfermeiro e o doente no Serviço de Urgência.

RESULTADOS OBTIDOS

FALTA DE CONHECIMENTO EM COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

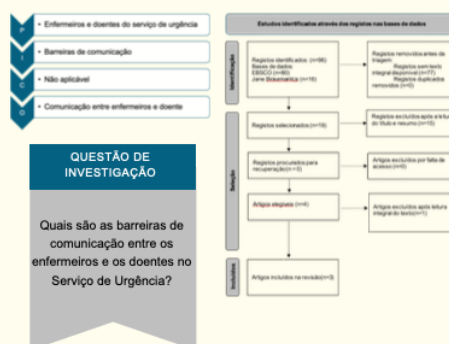
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS / EMOCIONAIS DOS ENFERMEIROS

SOBRECARGA PROFISSIONAL

ESPAÇOS FÍSICOS DESADEQUADOS

METODOLOGIA

Realizada uma Revisão Integrativa da Literatura para responder ao objetivo proposto. Aplicada a menemónica PICO para a elaboração da questão de investigação.



Palavras-chave: Barreiras de Comunicação, Enfermeiro, Doente, Emergência, Urgência.
Keywords: Communication Barriers, Nurse, Patient, Emergency Service.

- O baixo número de enfermeiros, a sobrecarga de trabalho e a escassez de conhecimento das competências em comunicação foram consideradas as principais barreiras à comunicação.
- A comunicação é muitas vezes limitada pelo uso de checklists em detrimento da interação direta com o doente, assim como pela comunicação pouco empática por parte do enfermeiro.
- O elevado número de doentes e a escassez de espaços físicos para garantir a privacidade do doente dificultam uma conexão eficaz.
- A falta de reconhecimento da profissão, as expectativas excessivas dos doentes e a presença de acompanhantes, também se revelaram como importantes barreiras à comunicação.

DISCUSSÃO

CONCLUSÃO

As barreiras influenciam negativamente o ato de cuidar e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, principalmente no Serviço de Urgência, pelas condições instáveis do serviço, a rotatividade de doentes e a elevada afluência. A grande maioria das barreiras são direcionadas para o profissional e não para o doente, o que corrobora a necessidade de apostar na melhoria das condições e ambiente de trabalho no Serviço de Urgência e na formação contínua para potenciar e promover as *skills* no âmbito da comunicação.

AFILIAÇÃO



REFERÊNCIAS





CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

Sérgio Manuel Rodrigues Correia

Foi autor(a) do trabalho **“Barreiras na comunicação entre enfermeiros e pacientes no serviço de urgência: uma revisão integrativa”**, apresentado na modalidade de póster no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano, que decorreu nos dias 12 e 13 de março de 2025, no Teatro Municipal de Vila do Conde, tendo-lhe sido atribuído o 3º prémio.

Vila do Conde, 13 de março de 2025

António Pereira
Presidente

ANEXO V – POSTER INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE
CARBONO



INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO:

ALERTAS E ABORDAGEM NA ADMISSÃO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Introdução

- ✓ O diagnóstico precoce da intoxicação por monóxido de carbono é difícil devido à inespecificidade dos sintomas
- ✓ A administração imediata de oxigénio e a monitorização clínica são essenciais na abordagem em urgência
- ✓ Protocolos bem definidos e equipas treinadas melhoram significativamente o prognóstico dos doentes



Questão de investigação

"Quais são os principais alertas clínicos e estratégias de abordagem na admissão de doentes com intoxicação por monóxido de carbono no serviço de urgência?"

Metodologia

Tipo de estudo:

- Revisão integrativa da literatura (Whittemore & Knafl, 2005)
- Diretrizes PRISMA aplicadas ao processo de seleção

Bases de dados:

- PubMed (Medline)
- ScienceDirect
- NCBI Bookshelf (StatPearls)
- Google Scholar

Período de pesquisa:

- 15 a 20 de maio de 2025

Estratégia de pesquisa:

- Termos: "carbon monoxide poisoning", "emergency department", "diagnosis", "management", "admission"
- Operadores booleanos utilizados

CrITÉRIOS de inclusão:

- Estudos de 2015-2025
- Relevância clínica em contexto de urgência
- Artigos em inglês ou português, com texto completo
- Revisões, estudos observacionais, guidelines

CrITÉRIOS de exclusão:

- Estudos em modelos animais
- Publicações antes de 2015
- Relatos de caso isolados sem aplicabilidade prática

Seleção dos estudos:

- Aplicação do fluxograma PRISMA
- Inclusão final: 8 estudos

Objetivos da investigação

- ✓ Rever a evidência científica disponível sobre a abordagem à intoxicação por monóxido de carbono no serviço de urgência
- ✓ Identificar os principais sinais de alerta clínico e estratégias de diagnóstico precoce.
- ✓ Analisar as prioridades terapêuticas que contribuem para a redução de sequelas e mortalidade.

Resultados da revisão da literatura

- A maioria dos casos de intoxicação por CO ocorre no inverno, associado ao uso de aquecedores em ambientes fechados (Ng et al., 2018).
- A oxigenoterapia a 100% é o tratamento inicial de escolha; a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) é indicada em casos moderados a graves (Wolf et al., 2017).
- A gasimetria arterial com co-oximetria é essencial para confirmação diagnóstica (Tomaszewski, 2023; Wolf et al., 2017; Ng et al., 2018).
- A inexistência de protocolos e a baixa suspeição clínica contribuem para atrasos no tratamento (Malik et al., 2022).
- Sintomas inespecíficos dificultam o diagnóstico precoce: cefaleias, náuseas, confusão, alterações da consciência (Ng et al., 2018; Malik et al., 2022).
- No Hospital Pedro Hispano, entre 2020 e 2025, 144 doentes foram tratados com OHB, 87,5% referenciados pelo serviço de urgência.

Recomendações

- Desenvolver protocolos institucionais de triagem e tratamento da intoxicação por CO.
- Melhorar os sistemas de codificação clínica, permitindo rastreamento epidemiológico e avaliação contínua da incidência.
- Incluir formação específica para profissionais de urgência sobre sinais de alerta e critérios de OHB.
- Garantir acesso rápido à gasimetria com medição de COHb e à oxigenoterapia hiperbárica quando indicada.

Conclusão

- ✓ A intoxicação por monóxido de carbono representa um desafio clínico relevante, dada a sua apresentação inespecífica e risco de subdiagnóstico. A evidência reforça a importância de protocolos bem definidos, formação contínua e triagem criteriosa.
- ✓ O acesso à gasimetria com COHb e a existência de uma unidade de oxigenoterapia hiperbárica tornam o Hospital Pedro Hispano um exemplo de resposta diferenciada. É fundamental reforçar a vigilância clínica e a estruturação institucional para garantir diagnósticos precoces e terapias eficazes.

Referências

✓ Afiliação



✓ Referências



CERTIFICADO

Certifica-se que o póster "**Intoxicação por Monóxido de Carbono: Alertas e Abordagem na Admissão em Serviço de Urgência**", da autoria de **Sérgio Manuel Rodrigues Correia e Filipe André de Sá Pereira**, foi apresentado no âmbito das II Jornadas das Ilhas Sem Hospital, que decorreu nos dias 2 a 4 de outubro de 2025, em formato presencial, na Biblioteca Municipal de Vila do Porto da Ilha de Santa Maria.



Vila do Porto, 4 de outubro de 2025

Derek Braga Young

Presidente da Comissão Científica das II Jornadas das Ilhas Sem Hospital

(Núcleo de Organização e Formação Profissional)



II JORNADAS DAS
ILHAS SEM HOSPITAL

**ANEXO VI – FLYER “GUIA DO UTENTE” – UNIDADE DE MEDICINA
HIPERBÁRICA**



Respire fundo, viva melhor!



Documentos e fotografias

Durante o seu tratamento na nossa Unidade, poderá haver necessidade de realizar fotografias de modo a documentar a evolução e avaliação do tratamento. Estas fotografias, estão englobadas no princípio da privacidade e confidencialidade.



UNIDADE DE MEDICINA HIPERBÁRICA
Hospital Pedro Hispano



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Unidade de Medicina Hiperbárica
Rua Dr. Eduardo Torres
4464-513 Senhora da Hora

Contactos
Unidade de Medicina Hiperbárica



www.ulsm.mln-saude.pt



22 939 10 00 / 22 939 18 76



hiperbarica@ulsm.mln-saude.pt



Guia do Utente

Bem vindo à Unidade de Medicina Hiperbárica do Hospital Pedro Hispano.

Este Guia destina-se a informá-lo (a) resumidamente sobre o tratamento que vai iniciar



UNIDADE DE MEDICINA HIPERBÁRICA
Hospital Pedro Hispano

O que é a Oxigenoterapia Hiperbárica?

A Oxigenoterapia Hiperbárica é um tratamento médico em que o utente respira oxigénio puro através de uma máscara a uma pressão superior à pressão atmosférica normal. Isto permite que uma maior quantidade de oxigénio chegue a todos os tecidos do corpo. Esta terapêutica é muito benéfica em várias doenças médicas e cirúrgicas.

A Oxigenoterapia Hiperbárica é normalmente prescrita complementarmente ao tratamento instituído pelo seu médico assistente. Assim, durante o tratamento na nossa Unidade continuará a assistência habitual pelo seu médico, que estará sempre informado sobre o tratamento e cuidados efetuados.

Como é a câmara Hiperbárica?

Assemelha-se a um cilindro em aço, onde os utentes permanecem sentados ouvindo música ou vendo televisão enquanto efetuam o seu tratamento (sessão), estando em permanente contacto direto com o nosso pessoal qualificado.

Quando iniciar o tratamento?

Após a realização da consulta médica e confirmação da indicação para realizar tratamento hiperbárico, podem ocorrer 2 situações:

- ✓ Existe vaga imediata para iniciar o tratamento e é encaminhado(a) para uma sessão de ensino, onde lhe será transmitida toda a informação necessária.
- ✓ Não tem vaga imediata, neste caso, será contactado(a) posteriormente, geralmente com uma semana de antecedência, por carta ou telefone, para agendar o início do tratamento.

Como funciona a Oxigenoterapia Hiperbárica?

O tratamento hiperbárico é administrado no interior da câmara hiperbárica, onde a pressão é geralmente aumentada cerca de 2,5 vezes comparativamente à pressão, atmosférica normal. Após este aumento de pressão, o utente respira oxigénio a 100%, permitindo que o sangue transporte uma quantidade acrescida de oxigénio a todas as partes do corpo, resultando benefícios terapêuticos importantes em várias doenças.

A Oxigenoterapia Hiperbárica, para poder ser eficaz, necessita que as sessões sejam diárias e continuas.

Em caso de imprevisto ou impossibilidade de comparecer, deve informar a unidade com a maior antecedência possível.

Faltas ao tratamento poderão levar ao cancelamento das sessões programadas.

A equipa médica?

Durante todo o tratamento, será sempre acompanhado(a) por profissionais de saúde qualificados, dentro e fora da câmara, com formação específica e vocacionada para o tratamento em ambiente hiperbárico.

Posso ter visitas ou levar acompanhantes?

De modo a assegurar a privacidade dos doentes e por questões de segurança, não são permitidas visitas/acompanhantes durante o tratamento.



Quanto tempo demora o tratamento?

A duração média diária do tratamento hiperbárico é aproximadamente de 2 horas, sendo geralmente necessário um número variável de sessões, que serão prescritas pelo médico da Unidade, em função da resposta ao tratamento.

Estas sessões decorrerão diariamente de 2ª a 6ª feira.

Dependendo da razão pela qual está a efetuar o tratamento hiperbárico, poderá ser necessário efetuar outro tipo de procedimento no final da sessão.

De que forma posso ajudar a tornar o tratamento hiperbárico eficaz?

O doente desempenha um papel vital no seu próprio tratamento. Como um membro ativo no tratamento, a sua participação e compromisso são fundamentais para o sucesso da terapêutica, devendo seguir as indicações e cuidados transmitidos pela equipa.

Há efeitos secundários na Oxigenoterapia Hiperbárica?

São raros os efeitos secundários resultantes da Oxigenoterapia Hiperbárica.

O mais frequente é a dor nos ouvidos, relacionada com a dificuldade em realizar as técnicas de equalização dos ouvidos na fase de compressão da câmara. Se isto acontecer deve avisar imediatamente o enfermeiro que tomará as providências necessárias, a fim de evitar um barotraumatismo do ouvido.

Alguns doentes referem sensação de fadiga, que é passageira e provavelmente relacionada com a doença em tratamento.

ANEXO VII – CERTIFICADO COMUNICAÇÃO LIVRE “DESAFIOS
DA COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE EM CONTEXTO DE
URGÊNCIA”

CONGRESSO

SERVIÇO URGÊNCIA

ADULTOS

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

CENTRO DE CONGRESSOS DE AVEIRO

22 E 23 MAIO 2025 | AVEIRO

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que a comunicação livre **"Desafios da Comunicação Enfermeiro-Doente em Contexto de Urgência"**, da autoria de **Sérgio Correia, Miguel Torres e Pedro Pinto** foi apresentado por **Sérgio Correia** no dia 23 de Maio de 2025, no âmbito do **CONGRESSO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE ADULTOS DE AVEIRO: Da Rua à Sala de Emergência**, que decorreu nos dias 22 e 23 de Maio de 2025, em formato presencial, no Centro de Congressos de Aveiro

PROGRAMA

DIA 1	DIA 2
8:30 ABERTURA DO SECRETARIADO	9:00 PRÉ-HOSPITALAR: O QUE SE PODE MELHORAR?
9:00 SERVIÇOS DE URGÊNCIA: REALIDADE E EVOLUÇÃO	- SV ou VMER?
- O que mudou?	- Bombeiros/SU: Articulação Atual
- Circuito entre hospitalar do doente crítico -	10:00 GESTÃO DE CURSOS NOS PORTA-APÓIOS - SU
- Impacto no Hospital central	- CSE no SU: O que falta fazer?
- Impacto da crise no SU	- Quem protege os SU's no gestão de topo?
10:30 Sessão de ABERTURA	12:30 ALMOÇO LIVRE
11:30 VMER - EVOLUÇÃO DESDE HÁ 25 ANOS	14:00 TRANSFERÊNCIAS INTRA/INTER HOSPITALAR - O QUE FOI FEITO?
- Dificuldades das Vmer's	14:30 COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS
- Percursos dos cuidados	16:30 Sessão PARA A COMARCADE
12:30 MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	ACIONAMENTO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA 112
13:00 ALMOÇO LIVRE	O QUE FAZER E QUANDO FAZER?
14:30 SALA DE EMERGÊNCIA - REALIDADES ATUAIS	17:00 Sessão de ENCERRAMENTO/ENTREGA DE PRÉMIOS
- A mudança silenciosa do paradigma de atuação no Sot de Emergência	
- ECHO num hospital não central	
16:00 TRIAGEM DE MANCHESTER - NÃO MESMO MUDAR?	
- Como se vão resolver os brancos?	
- Projeto LASV - Descompriu os Sot?	
17:00 INÍCIO INVISIBIL - INDÚSTRIA QUÍMICA	
17:30 ENCERRAMENTO DOS TRABALHOS	

A COMISSÃO ORGANIZADORA

CONGRESSO
SERVIÇO DE URGÊNCIA
Raquel Alves

A COMISSÃO CIENTÍFICA

CONGRESSO
SERVIÇO DE URGÊNCIA
Patrícia Cardoso



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO



SERVIÇO DE URGÊNCIA
ULS REGIÃO DE AVEIRO