Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Rita Cerqueira Pinto

Relatório de Estágio: Comunicação dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica

Abril de 2026

Comunicação dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica

Rita Cerqueira Pinto

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Rita Cerqueira Pinto

Relatório de Estágio: Comunicação dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Fátima Braga

Abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-Sem Derivações CC BY-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dedicar as minhas palavras de agradecimento a todas as pessoas que tornaram possível esta etapa, cada uma delas de forma única e especial.

Em primeiro lugar, ao meu marido, o meu eterno parceiro e apoio incansável. Não há palavras suficientes para expressar a minha profunda gratidão. O teu amor, paciência e dedicação, especialmente quando precisei de estar ausente para trabalhar e estudar, são admiráveis. Tu assumiste o papel de pai e de mãe com uma naturalidade admirável, cuidando do nosso filho, António, e apoiando-me em todos os momentos. Sem ti, nada disto teria sido possível. Ao meu filho António, dedico este trabalho, na expectativa de um dia ser para ele um exemplo de resiliência, esforço e dedicação.

Aos meus pais, que me deram as melhores ferramentas na vida, nomeadamente educação e amor, sendo os valores mais preciosos. O que sou hoje é reflexo de tudo o que me ensinaram. O vosso exemplo de força, sabedoria e dedicação foi o alicerce para que eu pudesse lutar pelos meus sonhos. Em especial, à minha querida mãe, o meu amor e gratidão são infinitos. Sem ti, nada disto teria sido possível. Pelas vezes em que te dedicaste a cuidar do meu filho para que eu pudesse percorrer o meu caminho, por toda a tua compreensão e força. Sinto-me eternamente grata por todo o teu amor e pelos sacrifícios que fizeste para que eu pudesse chegar até aqui.

À minha sogra, o meu sincero obrigada pelo apoio incondicional.

A todos os meus amigos, o meu profundo agradecimento pelos momentos de apoio. Sempre que me encontrei mais em baixo, vocês estiveram ao meu lado, com palavras de incentivo e carinho. O vosso apoio foi fundamental para que eu nunca perdesse a esperança e continuasse a lutar pelos meus objetivos.

Por fim, a todos os docentes e orientadores que me ajudaram a crescer ao longo deste caminho. Em especial, quero reconhecer o contributo da Professora Fátima Braga, cujo acompanhamento e partilha de conhecimento foram essenciais para a concretização deste percurso.

Com todo o meu coração, muito obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico, e confirmo que não recorri à prática de plágio, nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e respeitei o código de conduta ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro, ainda, que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Declaro igualmente que conheço e respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Relatório de Estágio: Comunicação dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica

RESUMO

A enfermagem à pessoa em situação crítica exige dos enfermeiros competências altamente diferenciadas, que permitem uma intervenção eficaz, segura e fundamentada na melhor evidência científica. Neste sentido, o presente relatório tem como objetivo descrever e refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no âmbito do percurso formativo conducente ao grau de Mestre.

Em contextos de elevada complexidade e de sobrecarga de trabalho a comunicação pode ser desvalorizada, privilegiando-se frequentemente as invenções técnicas. Contudo, esta limitação pode comprometer a qualidade dos cuidados, dificulta a identificação de necessidades não expressas e gera frustração tanto nas pessoas em situação crítica como nos profissionais de saúde.

A comunicação constitui um pilar fundamental da prática de enfermagem em contexto crítico, sendo indispensável para a prestação de cuidados de qualidade, centrados na pessoa, e para a promoção da sua dignidade, segurança e bem-estar. Pelo que, foi desenvolvida, uma *scoping review*, baseada na metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de identificar e mapear a evidência científica relativa às estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação critica.

Os resultados evidenciam que a utilização de estratégias de comunicação, nomeadamente abordagens verbais e não verbais, comunicação aumentativa e alternativa e o recurso a tecnologias, constitui uma ferramenta essencial para a compreensão das necessidades físicas e emocionais da pessoa.

Os estágios são fundamentais ao desenvolvimento de competências, estes permitiram não só o desenvolvimento de competências na área da comunicação, mas também em todas as áreas de intervenção do enfermeiro especialista médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação critica.

Palavras-Chaves: Comunicação. Competências do Enfermeiro Especialista. Cuidado Crítico. Estratégias de comunicação.

Internship Report: Communication of Nurses in Caring for Patients in Critical Condition

ABSTRACT

Nursing care for individuals in critical situations demands highly specialized competencies, enabling effective, safe interventions grounded in the best scientific evidence. In this context, this report aims to describe and reflect on the process of acquiring and developing both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, particularly in the area of Nursing Care for Individuals in Critical Situations, within the framework of the master's degree training program.

In settings characterized by high complexity and heavy workloads, communication may be undervalued, often overshadowed by technical interventions. However, this limitation can compromise the quality of care, hinder the identification of unexpressed needs, and create frustration for both individuals in critical situations and healthcare professionals.

Communication constitutes a cornerstone of nursing practice in critical care, being indispensable for the delivery of quality, person-centered care, and for promoting the dignity, safety, and well-being of individuals. To this end, a scoping review study was developed, based on the methodology of the Joanna Briggs Institute, with the goal of identifying and mapping the scientific evidence regarding communication strategies employed by nurses when caring for individuals in critical situations.

The findings highlight that the use of communication strategies, including verbal and non-verbal approaches, augmentative and alternative communication, and the use of technology, is an essential tool for understanding the physical and emotional needs of individuals.

Clinical placements are crucial for the development of competencies, as they facilitated not only the enhancement of communication skills but also the development of competencies across all areas of intervention for the medical-surgical specialist nurse in the critical care setting.

Keywords: Communication. Critical Care. Communication Strategies. Specialist Nurse Competencies.

ÍNDICE

Resumo.....5

Abstract.....6

INTRODUÇÃO 15

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA 17

1. Estágio numa Unidade de Endoscopia Digestiva 18

2. Estágio em Serviço de Urgência Polivalente 21

3. Estágio em Serviço de Medicina Intensiva 24

4. O cuidado especializado à pessoa em situação crítica 27

4.1. Aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista 28

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 29

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade..... 31

4.1.3. Domínio da gestão de cuidados 34

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais..... 36

4.2. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. 38

4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 40

4.2.2. Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação 45

4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas 48

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 53

RESUMO 54

ABSTRACT 55

1. Comunicação como ferramenta para a humanização dos cuidados de saúde 56

2. Tipo de estudo 60

2.1. Objetivo e finalidade do estudo 61

2.2. Questão de revisão 61

2.3. Seleção de termos de pesquisa 62

2.4. Seleção dos estudos 63

2.5. Apresentação dos resultados 65

2.6. Discussão dos resultados 73

2.7. Considerações éticas 77

CONCLUSÃO 78

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81

ANEXOS 91

Anexo I – Certificado de Participação no *Webinar* – Capacitar para o (im)provável: gestão de recursos em emergência médica e catástrofe 92

Anexo II – Certificado de participação no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano 93

Anexo III – Certificado de Participação nas jornadas de Urgência e Emergência da ULSAAVE 94

Anexo IV – Certificado de formação em reprocessamento de endoscopia 95

Anexo V – Certificado de participação "IV Convenção Internacional dos Enfermeiros e II Encontro de Enfermeiros Gestores" 96

Anexo VI – Certificado de formação em choque sético refratário 97

Anexo VII – Certificado de formação em desmame ventilatório 98

Anexo VIII - Certificado de Participação congresso HOB – Regresso a futuro da emergência pré-hospitalar 99

Anexo IX – Certificado Católica *Nursing Talks* – Intelegencia Artificial em saúde: aspetos éticos emergentes 100

Anexo X – Certificado de participação (Re)agir quando o impossível acontece: Gestão de recursos em emergência e catástrofe 101

Anexo XI – Certificado de participação "*Webinar* – Desafios da Gestão em Enfermagem". 102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMCAEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

JBI - *Joanna Briggs Institute*

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

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SE - Sala de Emergência

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCIM - Unidade de Cuidados Intermédios

ULS - Unidade Local de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

UED - Unidade de Endoscopia Digestiva

TAS - Técnico Auxiliar de Saúde

UC - Unidade Curricular

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de Fluxo PRISMA 65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – PCC 62

Tabela 2 – Descritores utilizados na pesquisa.....62

Tabela 3 – Critérios de inclusão e exclusão.....63

Tabela 4 – Estudos Selecionados.....66

“Tal como na metamorfose da borboleta, também a vida humana é marcada por fases de transformação: começamos próximos da terra, atravessamos processos silenciosos de mudança e, com o tempo, aprendemos a abrir asas para novos horizontes. Aquilo que a lagarta chama de fim do mundo, o mestre chama de borboleta.”

Richard Bach

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular "Opção – Estágio Final", correspondente ao 3.º semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

A realização do estágio clínico, em articulação com a elaboração do presente relatório, integra uma abordagem adequada para a concretização dos objetivos de aprendizagem definidos para o curso, permitindo assim a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias ao exercício da profissão de Enfermeiro Especialista.

A especialização em enfermagem constitui, assim, um reforço na construção da identidade profissional, permitindo a expansão das aprendizagens e um aprofundamento dos conhecimentos e competências numa área específica (Malta et al., 2025). A comunicação constitui-se como uma das competências do enfermeiro especialista e é crucial à relação terapêutica.

A comunicação é um processo inato ao ser humano. Desde o momento do nascimento, manifesta-se de forma primária e instintiva, constituindo um mecanismo essencial para a sobrevivência e o desenvolvimento. A interação com o meio ambiente, a comunicação com os outros e a capacidade de expressar e compreender necessidades, desejos e emoções assumem-se como dimensões fundamentais para a existência humana. Mesmo em situações extremas, como nos estados críticos de saúde, a comunicação não se limita à expressão verbal, englobando também componentes não verbais, como expressões faciais, gestos e reações corporais, que permitem estabelecer uma ligação com o outro e garantir o reconhecimento das necessidades.

Sem comunicação, seja ela verbal ou não verbal, o ser humano não conseguiria sobreviver nem evoluir no quotidiano. A comunicação constitui, portanto, a base da interação com o mundo e com os outros. No contexto da saúde, essa comunicação assume uma relevância acrescida, particularmente, quando se trata de pessoas em situações críticas. Nestes contextos, a capacidade de compreender as necessidades da pessoa, mesmo na ausência de comunicação verbal, revela-se fundamental para a prestação de cuidados adequados e eficazes. Assim, a comunicação eficaz com a pessoa em situação crítica é uma competência essencial do enfermeiro especialista, sendo central no processo de cuidado.

A complexidade da comunicação nestes contextos, marcada pela urgência, pelo sofrimento e pela vulnerabilidade dos pacientes, exige do enfermeiro não apenas conhecimentos técnicos, mas também competências interpessoais desenvolvidas e um elevado grau de empatia.

Com o objetivo de explorar, a evidência científica existente sobre as estratégias de comunicação adotadas pelos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica, foi realizada uma *scoping review*, estruturada de acordo com as orientações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI).

Este relatório tem como objetivo descrever o percurso realizado no processo de aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica. Paralelamente, a investigação é crucial ao desenvolvimento da enfermagem como profissão e ciência. Assim, é requerido ao enfermeiro especialista competências na área de investigação. pelo que, apresenta-se o processo de elaboração de uma *scoping review*, incluindo o percurso metodológico seguido e os resultados obtidos.

A estrutura do relatório organiza-se da seguinte forma: inicia-se com a presente introdução, onde se apresenta a temática, os objetivos e a organização do trabalho. A Parte I, designada Componente Clínica, inclui a caracterização dos contextos clínicos de estágio e a análise crítica do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. A Parte II, denominada Componente de Investigação, apresenta o enquadramento teórico, os objetivos do estudo, a formulação da questão de revisão, a metodologia adotada, os critérios de seleção dos estudos e a apresentação, análise e discussão dos resultados, incluindo as considerações éticas. Segue-se a conclusão, onde é realizada uma reflexão crítica sobre os contributos deste percurso formativo para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica, bem como uma síntese da *scoping review*. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos.

Este relatório foi elaborado de acordo com as normas de formatação gráfica e os procedimentos para depósito no Repositório da Universidade do Minho, seguindo as orientações da 7ª edição da American Psychological Association (APA) para as citações no texto e as referências bibliográficas.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA

Sob a égide do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCEAPSC) foram realizados três estágios de natureza profissional, com a carga horária total distribuída de forma equitativa por três contextos clínicos distintos e complementares: Unidade de Endoscopia Digestiva (UED); Serviço de urgência Polivalente (SUP) e Serviço de medicina Intensiva (SMI).

A intervenção clínica especializada constitui um elemento nuclear na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular no âmbito da Enfermagem à PSC. Considera-se PSC "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a, p.19362).

A relevância do desenvolvimento de competências no âmbito da prática clínica é salientada por Patrícia Benner (2001), que sublinha que a enfermagem constitui uma prática socialmente estruturada, pautada por formas implícitas de conhecimento e de ética, estando continuamente sujeita ao desafio de evoluir ou regredir. Segundo a autora, o progresso das práticas decorre da aprendizagem experiencial e da transmissão desse conhecimento no seio dos contextos de cuidados. Adicionalmente, Benner enfatiza que a excelência na prática clínica requer a conjugação de ação e raciocínio em transição, aplicados a situações específicas e particulares.

A concessão do grau de mestre numa determinada especialidade exige evidência da capacidade de integrar e aplicar criticamente os conhecimentos, refletir sobre as suas consequências e responsabilidades, e de expressar de forma clara e objetiva os julgamentos, apoiados em raciocínios e saberes sólidos (OE, 2021).

À luz do exposto, a realização dos estágios permite que a experiência adquirida e a mobilização de competências inerentes à intervenção especializada se concretizem no âmbito da prestação de cuidados, potenciando o processo de aprendizagem e a consolidação de saberes. Os estágios constituem um elemento central na transição do enfermeiro para Enfermeiro Especialista, sendo o relatório o instrumento que traduz a síntese crítica das organizações, estruturas e atividades que integraram o processo formativo (OE, 2021).

Competências centrais como liderança, comunicação interpessoal e tomada de decisão fundamentada

são consolidadas na prática clínica junto de equipas multidisciplinares e da PSC (Benner, 2001). A prática clínica especializada permite ainda o domínio de técnicas avançadas, incluindo monitorização fisiológica, análise de parâmetros laboratoriais, gestão da ventilação mecânica e suporte hemodinâmico, promovendo a segurança do doente e a adoção de intervenções pautadas pelas melhores evidências científicas e *guidelines* internacionais (Amorim et al., 2024).

Para além da vertente técnica, a prática clínica possibilita ao enfermeiro o desenvolvimento de uma abordagem humanizada do cuidar, atendendo não apenas às necessidades fisiológicas da pessoa, mas também ao seu bem-estar emocional e ao impacto da hospitalização na sua qualidade de vida. Neste contexto, a comunicação com a pessoa, com os familiares, a valorização da dignidade da pessoa e o apoio à sua adaptação à doença constituem elementos centrais de uma prática holística e centrada na pessoa (Watson, 2008).

A prática clínica em contexto de estágio transcende a mera execução de procedimentos técnicos, configurando-se como um processo contínuo de construção de conhecimento e de desenvolvimento profissional. O contacto direto com a realidade dos cuidados intensivos e de emergência proporciona ao enfermeiro especialista uma visão abrangente da complexidade inerente à assistência à PSC, contribuindo para a consolidação das competências que sustentam a sua prática. A formação clínica, alicerçada na evidência científica e na reflexão crítica sobre a prática, constitui um pilar fundamental para a preparação do enfermeiro especialista, assegurando uma prestação de cuidados segura, eficaz e humanizada.

1. Estágio numa Unidade de Endoscopia Digestiva

O primeiro estágio, integrado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC 2º semestre, decorreu numa Unidade de Endoscopia Digestiva (UED), localizada na região Norte, no período compreendido entre 21 de abril a 15 de junho de 2025, totalizando 200 horas de contacto. A instituição onde este estágio foi desenvolvido foi inaugurada em 2011, constituindo-se como uma entidade pública empresarial. Posteriormente, o seu modelo de organização e funcionamento foi atualizado com a criação de uma Unidade Local de Saúde (ULS), através do Decreto-Lei n.º 102/2023, 7 de novembro, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

A ULS na qual este hospital se integra presta, atualmente, cuidados a uma população estimada em

aproximadamente 1.150.000 habitantes, repartidos por seis municípios e catorze concelhos da região Norte de Portugal. Este território abrange, simultaneamente, áreas urbanas com elevada densidade populacional e zonas rurais mais periféricas e de difícil acesso, apresentando como características marcantes um acentuado índice de envelhecimento demográfico e uma procura significativa de cuidados de saúde especializados. A análise do regulamento e da página institucional de acesso público permite constatar que a missão da entidade assenta na prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, promovendo a equidade no acesso, a qualidade assistencial, a humanização dos cuidados e a eficiência da resposta clínica. Paralelamente, a ULS evidencia um forte compromisso com a investigação científica e com a formação na área da saúde, mantendo parcerias institucionais com diversas entidades do ensino superior.

Relativamente à UED, esta encontra-se integrada no Serviço de Gastrenterologia, o qual desenvolve, igualmente, práticas de cuidado no serviço de Internamento, do Hospital de Dia e Consulta Externa. A UED assume um papel fundamental na investigação, diagnóstico e tratamento das doenças do foro digestivo. A equipa multidisciplinar é constituída por dezasseis médicos especialistas e três médicos internos de formação específica do Serviço de Gastrenterologia, nove enfermeiros de cuidados gerais, cinco Enfermeiros Especialistas (EE) em Enfermagem Médico Cirúrgica, cinco assistentes técnicos e nove técnicos auxiliares de saúde (TAS).

A UED localiza-se no edifício da consulta externa, no bloco denominado por I. Esta unidade caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, programados e de carácter urgente, em regime de internamento e ambulatório. Presta, diariamente, serviço de atendimento urgente das 8h00 às 24h00.

O serviço dispõe de áreas específicas: a sala 18, destinada a situações de urgência e emergência, onde se realizam endoscopias altas, colonoscopias em contexto de hemorragia e troca de gastrostomias endoscópicas percutâneas; as salas 19 e 21 vocacionadas para a realização de exames de rotina, nomeadamente, endoscopias, colonoscopias, disseções gástricas e mucosectomias; a sala 20 destinada ao recobro, preparação e vigilância pós-exames; e, por fim, a sala 22 onde se efetuam manometrias. As salas 19, 21 e 22 dispõem de torre de anestesia. O serviço integra ainda gabinetes de consulta, sala de desinfeção, copa, vestiários e áreas de apoio.

Segundo Pedroto et al. (2017), os doentes que necessitam de cuidados urgentes especializados em gastrenterologia devem ser tratados em centros dotados de todas as condições para um diagnóstico célere e para implementação da terapêutica adequada. Sempre que necessário, estes doentes devem ser referenciados para unidades que disponham de endoscopia 24h00, assegurada por médicos e

enfermeiros especializados. O serviço de atendimento urgente deste hospital funciona, como um serviço "móvel", uma vez que a equipa se desloca a outros setores do hospital sempre que necessário para prestar cuidados aos doentes.

A forma mais comum de atuação ocorre na Sala de Emergência (SE), espaço destinado à receção, avaliação e estabilização inicial de doentes críticos em situações emergentes, geralmente em risco de vida ou com comprometimento das funções vitais, que exigem intervenção imediata. Além da SE, a equipa de urgência de gastrenterologia assegura também cuidados no SMI.

Para assegurar o bom funcionamento do serviço de urgência de gastrenterologia, é fundamental a existência de uma equipa devidamente treinada, protocolos de atuação bem definidos, equipamentos e materiais adequados, bem como uma abordagem interdisciplinar centrada no doente (Brazão et al., 2016). No que se refere à infraestrutura, a UED é constituída por três gabinetes de consulta médica e um de enfermagem, uma sala de reprocessamento de endoscópios, uma sala de sujos, um armazém de roupa, um armazém de material de consumo geral, um armazém de material técnico e um armazém de material específico. Dispõe ainda de cinco salas de exames, organizadas de acordo com o tipo de procedimentos realizados: uma sala de urgência, onde se realizam exames endoscópios urgentes, tais como hemorragias digestivas e remoção de corpos estranhos entre outros procedimentos; uma sala destinada a técnicas diferenciadas que requerem ventilação invasiva; uma sala para exame de motilidade e ecoendoscopia; uma sala de proctologia; e por fim, uma sala destinada à realização de exames diagnósticos e terapêuticos.

Atualmente, e a título de contextualização do estágio, é relevante referenciar o embasamento teórico que sustenta a prática profissional em enfermagem. A ULS onde decorreu o estágio tem por base a Teoria do Cuidado Humano Transpessoal, de Jean Watson, a qual se centra na dimensão humana do cuidar e nos encontros únicos estabelecidos entre quem cuida e quem é cuidado. Esta teoria valoriza o ideal moral do cuidar, bem como o significado da comunicação e do contacto intersubjetivo, considerando o ser humano como um todo integrado — corpo, mente, alma e espírito (Watson, 2008).

Relativamente à metodologia de trabalho, a equipa de enfermagem assume a metodologia individual de trabalho, no entanto, é promovido o trabalho em equipa e de interajuda.

2. Estágio em Serviço de Urgência Polivalente

A Unidade Curricular (UC): Estágio Final, desenvolve-se no 3º semestre, e é constituída por 2 estágios: um estágio no SMI e outro, no Serviço de Urgência Polivalente (SUP). O 1º estágio decorreu num SUP, localizado na região Norte, no período compreendido entre os dias 8 de setembro e 9 de novembro de 2025, totalizando 200 horas de contacto. A instituição onde este estágio foi desenvolvido, foi inaugurada, em 2011, pelo Decreto-Lei n.º 75/2019, de 30 de maio, constituindo-se como uma entidade pública empresarial. Posteriormente, o seu modelo de organização e funcionamento foi atualizado com a criação de uma ULS, através do Decreto-Lei n.º 102/2023 7 de novembro, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

O Serviço de Urgência (SU) constitui uma valência hospitalar destinada à intervenção médica imediata, integrando equipas multidisciplinares e multiprofissionais, e tem como missão a prestação de cuidados de saúde a doentes em situações enquadradas nos conceitos de urgência e emergência. Consideram-se situações de urgência e emergência médica aquelas cuja gravidade clínica exige uma avaliação e atuação médica célere e inadiável (Ministério da Saúde, 2002).

Os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, bem como os requisitos mínimos relativos à sua organização estrutural, dotação de recursos humanos, formação profissional, critérios de funcionamento e indicadores de qualidade, encontram-se definidos no Despacho n.º 10319/2014. Esta normativa estabelece, igualmente, os mecanismos de monitorização e avaliação do cumprimento desses requisitos. A rede de SU organiza-se em diferentes níveis de resposta assistencial, hierarquizados de acordo com a disponibilidade de recursos em diferentes níveis de resposta assistencial, hierarquizados de acordo com a disponibilidade de recursos e capacidade de intervenção, designadamente: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e SUP (Ministério da Saúde, 2014).

O SUP constitui o nível mais diferenciado de resposta no âmbito das situações de urgência e emergência, devendo assegurar uma resposta qualificada e de proximidade à população da sua área de influência. Para além das valências inerentes ao SUMC, o SUP deve garantir resposta especializada em diversas áreas clínicas, nomeadamente Neurocirurgia, Imagiologia (incluindo Angiografia Digital e Ressonância Magnética), Patologia Clínica (com valência em Toxicologia), Cardiologia de Intervenção (incluindo Cateterismo Cardíaco e Angioplastia), Pneumologia (com capacidade de endoscopia respiratória), Gastrenterologia (com endoscopia digestiva), Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Vascular, e Medicina Intensiva.

O SUP, onde foi realizado o estágio, encontra-se especificamente vocacionado para a abordagem do

doente politraumatizado, estando formalmente designado como Centro de Trauma. Para além das valências previamente mencionadas, este centro assegura competências acrescidas em Radiologia de Intervenção, Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Cirurgia Vascular, reforçando a sua capacidade de resposta integrada e multidisciplinar ao trauma grave (Ministério da Saúde, 2014).

O serviço funciona em regime permanente, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, encontrando-se organizado em quatro áreas funcionais: Urgência de Adultos, Urgência de Pediatria, Urgência Obstétrica e Unidade de Cuidados Intermédios/Unidade de AVC. O acesso às diferentes valências é efetuado pelo piso um do bloco F. O SUP apresenta uma estrutura distribuída por múltiplas zonas operacionais e de apoio, incluindo a área de triagem de prioridades, Sala de Emergência, áreas médica, cirúrgica, de trauma, pediátrica e obstétrica, Unidades de Decisão Clínica, áreas de apoio clínico e logístico, bem como áreas destinadas à Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Paralelamente, dispõe de uma área não clínica, que integra espaços de apoio aos profissionais, tais como copa, sala de reuniões e gabinetes de coordenação.

O SUP integra ainda uma VMER em regime de gestão integrada, cuja equipa, para além de assegurar a atividade no contexto pré-hospitalar, participa igualmente na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da respetiva unidade de saúde, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho n.º 5561/2014, de 11 de abril. Adicionalmente, o SUP desenvolve atividades de ensino e formação nas áreas da urgência e emergência, dispondo de um centro de formação acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em conformidade com o Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro.

A direção do serviço é assegurada por um Diretor de Serviço e um Enfermeiro Gestor. A equipa multiprofissional é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, TAS, seguranças e voluntariado. No que respeita à equipa de enfermagem, esta é constituída por cento e trinta e sete enfermeiros, dos quais cinquenta e nove são especialistas, distribuídos pelas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermagem de Reabilitação, garantindo uma resposta diferenciada às necessidades dos utentes.

A metodologia de trabalho adotada na SUP assenta no método individual, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade direta e contínua por um conjunto de doentes ao longo do turno. Esta abordagem favorece o acompanhamento integral do percurso clínico, a personalização dos cuidados e a continuidade assistencial dos utentes. Contudo, num dinâmico como o Serviço de Urgência, este modelo exige

competências acrescidas de gestão de tempo, priorização e articulação em equipa.

Neste enquadramento, o papel do enfermeiro especialista assume particular relevância na prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa em situação crítica, sendo fundamental a promoção de uma cultura de colaboração, supervisão clínica e apoio mútuo entre os diferentes elementos da equipa.

O modelo teórico orientador da prática de enfermagem neste serviço é a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, adotada como referencial conceptual institucional. Este modelo valoriza a relação empática, o cuidado humanizado e a presença intencional do enfermeiro, promovendo uma abordagem holística da pessoa em situação crítica (Watson, 2008).

Para assegurar a adequada priorização clínica e a correta distribuição dos doentes pelas diferentes áreas de observação, é utilizado, no Serviço de Urgência, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) que tem como principal finalidade a identificação de critérios de gravidade que sustentam a atribuição de uma prioridade clínica e a definição do tempo máximo recomendado até à observação médica, sendo este processo da responsabilidade do enfermeiro (Costa et al., 2022). O STM integra um total de 52 fluxogramas, dos quais sete são dirigidos à população pediátrica e dois à gestão de situações de catástrofe.

A aplicação do STM permite a classificação da situação clínica do doente em seis níveis de prioridade, identificados por um número, uma designação, uma cor e um tempo-alvo para a observação inicial: nível um – Emergente (Vermelho), com tempo-alvo de zero minutos; nível dois – Muito Urgente (Laranja), com tempo-alvo de dez minutos; nível três – Urgente (Amarelo), com tempo-alvo de sessenta minutos; nível quatro – Pouco Urgente (Verde), com tempo-alvo de cento e vinte minutos; nível cinco – Não Urgente (Azul), com tempo-alvo de duzentos e quarenta minutos; e nível seis – Não Classificável (Branco), sem tempo definido para observação (Costa et al., 2022).

Apesar da elevada capacidade de resposta do serviço, persistem desafios significativos, nomeadamente a sobrelotação e os tempos prolongados de espera, que requerem uma gestão eficiente dos recursos e uma intervenção diferenciada por parte do enfermeiro, em particular do enfermeiro especialista, de modo assegurar a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

3. Estágio em Serviço de Medicina Intensiva

A UC Estágio Final desenvolveu-se no 3º semestre, é constituída por dois estágios em contexto clínico distintos: SUP e SMI. O terceiro estágio decorreu num SMI, localizado na região Norte, pertencente a uma ULS, cuja organização segue o modelo ilustre pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto referente aos estatutos do Serviço Nacional de Saúde. A ULS em que se insere este serviço hospitalar é responsável pela prestação de cuidados a uma população superior a 470 000 habitantes, distribuída por vários concelhos da região Norte. O período de estágio foi compreendido entre os dia 10 de novembro de 2025 e 25 de janeiro de 2026, totalizando 200 horas de contacto.

O SMI assume, como eixo central da sua atuação, assegurar a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade à população da sua área de influência, promovendo simultaneamente o desenvolvimento contínuo dos seus profissionais, em consonância com os princípios da eficiência e da eficácia. A prática dos profissionais deste serviço assenta, ainda, numa postura ética rigorosa, orientada pelos valores institucionais, destacando-se o respeito da dignidade humana, a valorização da singularidade e a centralidade da pessoa, bem como a promoção da saúde no contexto comunitário. De acordo com esta instituição, é igualmente garantida aos cidadãos uma intervenção tecnicamente competente e cientificamente fundamentada.

No âmbito da prática de enfermagem, a equipa presta cuidados à pessoa e à família em situações de crise decorrentes de doença ou trauma, frequentemente associadas a perturbações emocionais e a crises pessoais e familiares. Neste contexto, a gestão adequada das emoções e dos sentimentos assume particular relevância para a prestação de cuidados de qualidade, aliada a uma utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis.

O desígnio operativo dos enfermeiros do SMI consiste na prestação de cuidados de saúde à pessoa adulta em situação de doença, inserida num contexto de ameaça ou risco potencial à vida, incluindo falência ou disfunção de órgãos. Ainda segundo a instituição onde decorreu o estágio, estes profissionais asseguram cuidados de enfermagem de excelência, pautados por uma abordagem técnica, científica e humanista, em conformidade com a *legis artis*, promovendo simultaneamente a satisfação do utente e do cuidador, no âmbito de princípios de eficiência e eficácia.

A Medicina Intensiva constitui uma área diferenciada e multidisciplinar, dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes com falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais (Paiva et al., 2016). Neste

enquadramento, defende-se que os SMI devem assumir a responsabilidade pelo doente crítico, independentemente da sua localização no hospital, seja nos SU, nas SE, nas UCIM ou nos serviços de internamento, através de equipas de emergência intra-hospitalares (Paiva et al., 2016).

De acordo com a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, as unidades de nível III dispõem de meios completos de monitorização, diagnóstico e terapêutica, capazes de responder às necessidades específicas de doentes críticos, com presença contínua de médicos especializados (DGS, 2003). As unidades de nível II oferecem monitorização invasiva e suporte de funções vitais, contando com médico com formação específica permanentemente disponíveis e, sempre que necessário, acesso a meios de diagnóstico e a especialidades médico-cirúrgicas, garantindo articulação com unidades de nível superior (DGS, 2003).

O crescente grau de complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos utilizados nos SMI, exige a adoção de uma formação específica e altamente especializada, designadamente a formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCAPSC). Esta especialização potencia uma maior capacidade de intervenção global, integrada e multidisciplinar junto de doentes graves e complexos, assumindo especial relevância num contexto de crescente fragmentação e especialização do conhecimento (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018).

De acordo com as orientações do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo menos metade dos enfermeiros que integram o SMI deve deter competências especializadas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, formalmente certificadas pela Ordem dos Enfermeiros, assegurando a excelência técnica e a qualidade da intervenção em contextos de elevada complexidade clínica (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018).

Em 2003, a Direção-Geral da Saúde (DGS) procedeu à classificação das unidades de cuidados intensivos em três níveis distintos. A unidade de nível I destina-se essencialmente à monitorização, geralmente não invasiva, assegurando manobras de reanimação e articulação com outros Serviços ou Unidades de nível superior. As unidades de nível II permitem a monitorização invasiva e suporte de funções vitais, embora possam não dispor de acesso permanente a meios de diagnóstico ou especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, sendo necessária a articulação com unidades de nível superior. As unidades de nível III, correspondentes ao SMI, devem dispor de equipas médicas e de enfermagem dedicadas, com presença permanente de intensivistas e dos meios necessários de monotorização, diagnóstico e terapêutica, devendo ainda implementar programas estruturados de ensino, treino em cuidados intensivos (Conselho

de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2020).

O espaço físico do serviço encontra-se dividido em duas alas. A Ala A dispõe de uma enfermaria *open space*, com seis unidades, uma área de trabalho de enfermagem, uma sala de sujos, um armazém clínico, uma rouparia, um armazém de material técnico, uma sala de estar, uma copa, um vestiário, dois gabinetes do Diretor de Serviço, um gabinete do Gestor de Enfermagem e um espaço do secretariado. A Ala B dispõe igualmente de uma enfermaria *open space* com seis unidades, uma sala de sujos, uma área de preparação de medicação, uma copa e um gabinete de informações a familiares.

Este serviço destina-se à prestação de cuidados a doentes adultos, de foro médico e cirúrgico, de acordo com critérios de admissão devidamente definidos. A admissão está condicionada à disponibilidade de vaga, cuja gestão é da responsabilidade do médico residente do SMI. O processo de admissão pode ocorrer em contexto de urgência/emergência ou de forma eletiva, sendo os doentes provenientes de serviços internos ou de instituições externas. As admissões externas estão sujeitas a aceitação pelo médico residente, enquanto transferências obedecem a critérios similares, podendo ocorrer para serviços com nível de diferenciação equivalentes ou distintos.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e quatro elementos, dos quais nove são EEEMCAPSC e seis especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O modelo organizacional adotado assenta no método individual de trabalho. O enquadramento teórico que sustenta a prática de enfermagem neste serviço assenta na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Este modelo destaca a relevância da relação empática, do cuidado centrado na dimensão humana e da presença consciente e intencional do enfermeiro, favorecendo uma abordagem integral da pessoa em situação crítica (Watson, 2008). Os registos clínicos são informatizados, utilizando a aplicação SClínico® com base na linguagem CIPE para enfermagem, o GHAF®, e a aplicação HER+, destinada à notificação de incidentes de risco para o doente ou profissionais.

A gestão do serviço é assegurada por um enfermeiro gestor de carreira, responsável pela coordenação global do serviço, nomeadamente pela tomada de decisão fundamentada na análise de dados e informação relevante, contribuindo a otimização do funcionamento da unidade e para a satisfação dos interesses de todos os colaboradores.

A equipa multidisciplinar de prestadores de cuidados do SMI organiza-se de acordo com o turno de trabalho. O Diretor de Serviço e o Enfermeiro Gestor exercem funções de segunda a sexta-feira, no período da manhã. No turno da manhã, estão presentes quatro médicos, sete enfermeiros, um enfermeiro especialista em reabilitação e quatro TAS. O turno da tarde integra dois médicos, sete enfermeiros e três

TAS, enquanto o turno da noite mantém o rácio de médicos e enfermeiros do turno da tarde, com dois TAS.

4. O cuidado especializado à pessoa em situação crítica

A prestação de cuidados de enfermagem constitui uma atividade fundamental na área da saúde, dirigida à pessoa em situação de saúde ou de doença, ao longo de todo o ciclo vital, bem como aos grupos sociais em que se insere. Estes cuidados visam a promoção, manutenção e recuperação da saúde, procurando assegurar que a pessoa atinja, com a maior brevidade possível, o seu nível máximo de funcionalidade (OE, 2015a).

Na atualidade, o setor da saúde enfrenta transformações significativas, traduzidas num conjunto crescente de exigências dirigidas aos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. O progressivo envelhecimento demográfico, frequentemente associado a doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, aliado ao desenvolvimento tecnológico, tem contribuído para um maior acesso aos cuidados de saúde.

Neste contexto, exige-se aos enfermeiros uma formação diferenciada, competências especializadas e um acompanhamento técnico-científico permanente, ajustado às novas realidades assistenciais (Lopes et al., 2018). A constante inovação tecnológica na prática dos cuidados de enfermagem, aliada à evolução contínua do conhecimento nas diversas áreas do saber, implica uma progressiva especialização e sistematização dos saberes profissionais. Assim, emerge a necessidade de profissionais dotados de competências diferenciadas e de um domínio aprofundado numa área específica da enfermagem, dando lugar à afirmação do enfermeiro especialista enquanto elemento essencial na resposta às crescentes exigências dos contextos clínicos.

Com o propósito de responder a estas exigências, a Ordem dos Enfermeiros (OE) instituiu a atribuição do título de EE, reconhecendo como tal o profissional que demonstra competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados especializados nas áreas oficialmente reconhecidas pela Ordem (OE, 2018b). As competências do enfermeiro especialista assentam na consolidação dos domínios de atuação do enfermeiro de cuidados gerais, dos quais emergem as competências comuns a todas as especialidades, bem como as competências específicas, definidas em regulamentos próprios para cada área de especialização (OE, 2019a).

Neste enquadramento, a teoria de Patrícia Benner (2001) constitui um referencial pertinente para

compreender o percurso de desenvolvimento profissional do enfermeiro. A autora sustenta que a competência não decorre exclusivamente do conhecimento teórico, mas resulta sobretudo da aprendizagem experiencial adquirida na prática clínica e da reflexão crítica sobre essa experiência. A progressão entre os níveis de iniciante, principiante avançado, competente, proficiente e perito traduz um processo de integração entre conhecimento, experiência e capacidade de resposta a situações complexas de cuidado. Esta concetualização permite compreender que a especialização implica uma consolidação progressiva de competências que ultrapassa o exercício generalista, exigindo maturidade clínica, pensamento crítico e capacidade de tomada de decisão em contextos de elevada exigência.

É neste enquadramento conceptual e regulamentar que se insere a análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCAPSC), nos termos do disposto no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, e no Regulamento n.º 429/2018, respetivamente.

4.1. Aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

No exercício da sua prática profissional, o enfermeiro desenvolve a sua atividade em múltiplas vertentes da enfermagem, incluindo a prestação direta de cuidados, a gestão, a investigação, a docência, a formação e a assessoria, contribuindo de forma integrada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2015a).

As competências comuns do EE correspondem ao conjunto de saberes e capacidades partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, e refletem uma elevada competência na conceção, organização, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem. Para além da intervenção direta junto dos utentes, estas competências traduzem-se também na capacidade de apoiar o exercício profissional especializado, nomeadamente através da formação de colegas, da participação em projetos de investigação e da prestação de consultoria ou assessoria técnica (OE, 2019a).

De acordo com o disposto no Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns do EE organizam-se em quatro domínios essenciais: a responsabilidade profissional ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assenta em duas competências essenciais. A primeira determina que o EE deve exercer a sua prática profissional pautada por elevados padrões éticos e legais, atuando em conformidade com o enquadramento jurídico em vigor, os princípios éticos e as normas deontológicas da profissão. A segunda competência estabelece que o EE deve assegurar a prestação de cuidados que salvaguardem os direitos humanos, promovendo simultaneamente o cumprimento das suas responsabilidades profissionais.

O exercício da enfermagem rege-se por um conjunto de normas e princípios que orientam a prática profissional, garantindo a qualidade dos cuidados prestados e a salvaguarda da dignidade da pessoa cuidada. Neste contexto, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico dos Enfermeiros constituem referenciais estruturantes, enquadrando a atuação dos enfermeiros numa perspetiva ética, legal e profissional.

A Deontologia profissional corresponde ao conjunto de princípios e normas que orientam a conduta profissional com base no dever, pressupondo que a ação é moralmente válida quando realizada por sentido de obrigação e responsabilidade. Neste enquadramento, o Código Deontológico sistematiza os deveres e direitos inerentes ao exercício da profissão, sustentados nos princípios da Moral e do Direito, promovendo boas práticas profissionais e a salvaguarda da dignidade da pessoa e da profissão (OE, 2015b).

De acordo com o artigo 99º do REPE, as intervenções de enfermagem devem ser desenvolvidas com a salvaguarda da liberdade e da dignidade da pessoa humana, bem como da própria dignidade do enfermeiro. Este artigo explicita ainda um conjunto de valores universais que devem nortear a relação profissional, nomeadamente a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade e o compromisso com o aperfeiçoamento profissional contínuo (OE, 2015a).

Enquanto profissão da área da saúde, a enfermagem tem como finalidade primordial a prestação de cuidados ao ser humano, quer se encontre em estado de saúde ou de doença. Neste sentido, os princípios éticos que orientam a profissão fundamentam-se na preocupação com o bem-estar da pessoa, constituindo a base da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa cuidada e a sua família (OE, 2015b).

Ao longo das experiências clínicas realizadas nos diferentes contextos de estágio, confrontei-me com

diversos desafios, particularmente relacionados com o respeito pelos valores humanos, a privacidade e intimidade, a confidencialidade e o dever de informação.

No que respeita aos valores humanos e ao direito à vida e à qualidade de vida, o Código Deontológico, inserido no estatuto da OE, estabelece a obrigação de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, bem como de evitar juízos de valor sobre comportamentos e garantir o respeito pelas opções culturais, morais, religiosas e políticas do indivíduo. Durante os contextos clínicos, observei situações marcadas por fatores como iliteracia, limitações socioeconómicas e hábitos culturalmente enraizados, o que exigiu frequentemente uma adaptação da comunicação e das intervenções de enfermagem. Esta adaptação revelou-se essencial para assegurar uma abordagem ética e centrada na pessoa, respeitando as suas decisões e preferências, incluindo a consideração das Diretivas Antecipadas de Vontade, conforme a Lei n.º 35/2023.

O respeito pelos valores humanos implica, igualmente, a garantir da privacidade e da intimidade da pessoa. No contexto do Serviço de Urgência, caracterizado pela elevada afluência de utentes, superior à capacidade do serviço, as limitações do espaço físico e a escassez de recursos revelaram-se um desafio particularmente exigente. Ainda assim, procurei preservar, sempre que possível, a privacidade e a intimidade dos utentes através de estratégias como a utilização de lençóis para preservar a intimidade de doentes expostos, a instalação de cortinas em áreas de espaço aberto e a realização de comunicação reservada com os familiares, sempre pautada por princípios de respeito, empatia e clareza.

As visitas a doentes em estado crítico constituíram também momentos de elevada carga emocional, exigindo uma preparação cuidadosa dos familiares. A criação de um ambiente seguro do ponto de vista emocional, a explicação clara acerca do estado clínico e das condições tecnológicas envolventes, bem como o acolhimento atento dos sentimentos dos familiares permitiram uma abordagem mais humanizada e eticamente sensível.

A proteção da privacidade não se limita à esfera física, abrangendo também a confidencialidade da informação clínica. Neste sentido, procurei garantir que a informação relativa aos utentes fosse protegida de forma adequada, cumprindo os princípios éticos e legais da profissão. A confidencialidade foi rigorosamente assegurada, recusando a transmissão de informações por telefone a interlocutores não identificados, explicando simultaneamente os fundamentos éticos e legais desta decisão, em conformidade com o artigo 106.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, que consagra o dever de sigilo profissional.

Outro aspeto relevante prende-se com o dever de informação. O EE tem a responsabilidade de esclarecer

o utente e a sua família sobre os cuidados prestados, respeitar o direito ao consentimento informado e atender aos pedidos de informação de forma clara e compreensível (OE, 2015b). O consentimento informado, livre e esclarecido, constitui um processo contínuo de comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada, podendo ser expresso verbalmente ou por escrito, e deve respeitar o princípio da autonomia. Em situações em que o utente se encontre inconsciente ou incapaz de expressar a sua vontade e exista risco grave para a sua saúde, aplica-se o princípio do consentimento presumido, assumindo que a pessoa consentiria se tivesse conhecimento das circunstâncias (DGS, 2013).

Durante o período de estágio, procurei orientar a minha prática pelos princípios deontológicos e éticos, alinhados com os princípios da beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia e justiça. Procurei estabelecer relações terapêuticas eficazes e centradas na pessoa, mantendo uma postura profissional pautada pela empatia, assertividade e comunicação clara e adequada.

A comunicação contínua com os orientadores de estágio, a partilha de experiências com os colegas e a análise crítica da legislação e dos princípios deontológicos, foram determinantes para reforçar uma prática ética informada e consciente, condizente com as exigências e responsabilidades inerentes à profissão de enfermagem.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O acesso a cuidados de saúde seguros e de qualidade constitui um direito fundamental de todos os cidadãos. Para assegurar esse direito, é crucial a implementação de normas, procedimentos e estratégias organizacionais que previnam incidentes e reduzam os riscos associados à prestação de cuidados aos pacientes. A promoção de uma cultura de segurança é, neste contexto, uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais de saúde e pelas próprias organizações de saúde.

No que diz respeito à melhoria contínua da qualidade, o EE deve desempenhar um papel fundamental na promoção e apoio de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Deve também implementar práticas de qualidade, coordenando e participando em programas de melhoria contínua, assegurando simultaneamente, um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019a).

De acordo com o Ministério da Saúde, a qualidade em saúde traduz-se na "prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e

expectativas do cidadão.", (Despacho n.º 5613/2015, 2015, p. 13551). Esta perspetiva encontra-se alinhada com a definição da Organização Mundial da Saúde, que caracteriza os cuidados de saúde de qualidade como sendo eficazes, seguros, centrados na pessoa, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019) reforça igualmente o direito de todos os cidadãos ao acesso a cuidados de saúde apropriados à sua condição, prestados em tempo clinicamente aceitável, de forma digna e baseados na melhor evidência científica disponível.

Nas últimas décadas, tem-se verificado um crescente interesse das organizações prestadoras de cuidados de saúde na melhoria contínua da qualidade. Como resultado, tem-se verificado um aumento do envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria continua dos cuidados prestados aos doentes, através da adoção de métodos de gestão da qualidade que reflitam e sustentem as atividades desenvolvidas. Neste sentido, torna-se essencial o desenvolvimento de ferramentas que permitam monitorizar, medir e avaliar o desempenho dos serviços, como questionários de satisfação, auditorias internas, reuniões de análise de eventos e definição de indicadores de qualidade (Henriques & Eiras, 2014).

Atualmente, encontra-se em vigor, em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD), elaborado tendo em consideração os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas e o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, conforme estabelecido no Despacho nº 9390/2021.

O objetivo do Plano Nacional é fortalecer e fomentar a segurança na prestação de cuidados de saúde, tendo em consideração as particularidades dos sistemas de saúde contemporâneos, sem descurar os princípios fundamentais da segurança do doente. Este plano encontra-se estruturado em cinco pilares sendo estes: cultura de segurança, liderança e governação, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança, e implementação de práticas seguras em ambientes seguros (Ministério da Saúde, 2021).

Relativamente ao primeiro pilar, a cultura de segurança, destaca-se a importância de promover ambientes organizacionais que incentivem a formação contínua, a aprendizagem com os erros e a notificação de incidentes. Durante os contextos de estágio, foi possível observar que as instituições demonstraram preocupação em promover esta cultura, através da realização de formação institucional e da implementação de sistemas de notificação de eventos adversos. Este pilar sublinha também a importância de aumentar a literacia e a participação ativa do doente e da família, na continuidade de

cuidados e na prevenção de complicações. Contudo, verificou-se que, em determinados contextos, nomeadamente no SU, fatores como a sobrelotação, as limitações de recursos dificultam, por vezes, a presença e a participação mais próxima dos familiares. Ainda assim, o acompanhamento familiar pode assumir um papel relevante na segurança do doente, por exemplo na prevenção de quedas ou na comunicação precoce de alterações no estado clínico.

O segundo pilar da PNSD refere-se à liderança e governação, aspetos fundamentais para a promoção de uma cultura de segurança. Durante os estágios, foi possível observar a importância fundamental da liderança na gestão das equipas, na motivação dos profissionais e na adesão a programas de melhoria contínua, demonstrando compromisso das instituições com a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, também se verificou que nem sempre é possível ajustar plenamente os recursos de enfermagem às necessidades dos cuidados prestados, situação que pode comprometer a capacidade de resposta dos serviços e, consequentemente, a segurança dos cuidados prestados.

O terceiro pilar PNSD, relativo à comunicação efetiva, assume particular relevância nas transições de cuidados, na transferência de responsabilidades e na partilha de informação entre profissionais de saúde. Para minimizar os erros relacionados com a comunicação em saúde, a DGS elaborou a Norma nº 001/2017, intitulada "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde", que recomenda a utilização da ferramenta ISBAR (Identificação, Situação, *Background* -antecedentes-, Avaliação e Recomendação). Durante os estágios, observei que esta norma era amplamente compreendida e utilizada por todos os profissionais envolvidos nas transições de cuidados.

No âmbito da prevenção e gestão de incidentes de segurança, tive a oportunidade de observar a notificação de eventos adversos através das plataformas informáticas institucionais, permitindo a análise posterior desses incidentes pelas equipas de gestão do risco e a implementação de medidas corretivas e preventivas. Num dos contextos de estágio, participei também na realização de auditorias aos próprios doentes, em colaboração com a enfermeira gestora do serviço, com o objetivo de avaliar a literacia em saúde dos utentes. Este processo permitiu identificar necessidades de esclarecimento adicionais, contribuindo para reforçar a capacitação dos doentes na gestão do seu processo de saúde e doença.

Relativamente ao quinto pilar do PNSD, a implementação de práticas seguras em ambientes seguros, foi possível observar realidades distintas nos diferentes contextos clínicos. Em alguns serviços, identificaram-se situações que poderiam comprometer a segurança, tais como armazéns desorganizados, equipamentos sem manutenção regular ou escassez de recursos materiais. Contudo, também foi possível observar contextos em que a segurança era claramente valorizada, como na SE ou no SMI, onde

se destacavam a utilização de listas de verificação e o cumprimento rigoroso de protocolos de prestação de cuidados.

Ao longo dos estágios, tornou-se evidente a importância do conhecimento e aplicação dos protocolos institucionais e as orientações clínicas emitidas pela DGS, uma vez que essas diretrizes não só contribuem para a uniformização dos cuidados, como também apoiam a tomada de decisão clínica e promovem uma prestação de cuidados mais segura e baseada na evidência científica.

4.1.3. Domínio da gestão de cuidados

Uma gestão eficaz dos cuidados de enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade, a segurança e a efetividade dos cuidados de saúde proporcionados (Mororó et al., 2017).

No domínio da gestão de cuidados, o EE assume um papel determinante na organização e coordenação na prestação de cuidados, promovendo a otimização da resposta da equipa de enfermagem e a articulação eficaz com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar. Para além da gestão direta dos cuidados, o EE deve demonstrar capacidade de adaptar o seu estilo de liderança e a gestão dos recursos às diferentes situações e contextos, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

Ao longo deste processo de desenvolvimento de competências, particularmente em contexto clínico, tive a oportunidade de participar em diversas atividades de gestão, nomeadamente através do acompanhamento da Enfermeira Gestora do SMI, do Enfermeiro Responsável de equipa e turno no SU e do enfermeiro gestor da UED. No início de cada estágio, procurei analisar e compreender as estruturas organizacionais e as dinâmicas próprias de cada serviço, com o propósito de colaborar de forma fundamentada com os enfermeiros que desempenhavam funções de gestão.

O estágio realizado no SMI constituiu uma experiência particularmente relevante na área da gestão, uma vez que o serviço se encontrava em fase de integração de uma nova ala. Neste contexto, foi possível observar e participar na organização e gestão dos recursos humanos e materiais. A Enfermeira Gestora proporcionou, ainda, a oportunidade de colaborar na elaboração dos planos de trabalho diários, na distribuição dos postos de trabalho e na construção dos horários mensais. Esta atividade exigiu uma análise crítica das necessidades do serviço e uma gestão eficiente dos recursos humanos disponíveis, considerando que alguns elementos da equipa de enfermagem se encontravam ainda em processo de

integração, com vista ao reforço da equipa.

Embora a elaboração do plano de trabalho fosse da responsabilidade da Enfermeira Gestora, a distribuição do número de doentes por enfermeiro era efetuada pelo Enfermeiro Responsável de cada turno, após a quantificação da carga de trabalho, determinada pela aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS). Este instrumento permite quantificar a carga de trabalho de enfermagem, em percentagem, necessária à prestação direta de cuidados a um doente ao longo de 24 horas. A aplicação do NAS constitui, assim, um contributo relevante para uma gestão adequada dos recursos humanos, permitindo prevenir a sobrecarga de trabalho e assegurar a qualidade dos cuidados prestados (Pinno et al., 2020).

Durante os estágios, tive também a oportunidade de colaborar na supervisão de atividades delegadas, designadamente na realização de auditorias internas e na dinamização de ações de formação da equipa. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências de liderança, reforçando a importância de uma comunicação clara, objetiva e assertiva, bem como da responsabilidade partilhada no seio da equipa de enfermagem. Paralelamente, permitiu-me adquirir uma visão mais integrada dos processos de planeamento e coordenação indispensáveis à garantia da qualidade e da eficiência dos cuidados de enfermagem prestados à PSC.

O desempenho do papel de Enfermeiro Responsável de Turno possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da coordenação e supervisão da equipa de enfermagem, abrangendo a distribuição de tarefas, a promoção do trabalho colaborativo e a prestação de orientação e apoio na execução dos cuidados sempre que necessário.

No que respeita à gestão de recursos humanos e materiais, participei na adequação da distribuição da equipa de enfermagem ao longo dos turnos, com o objetivo de assegurar uma resposta eficaz às necessidades do serviço.

Desenvolvi, igualmente, competências relacionadas com a organização e supervisão da manutenção dos equipamentos, assegurando que se mantivessem funcionais e que a sua utilização fosse realizada de forma adequada e eficiente. Adicionalmente, tive oportunidade de conhecer os circuitos associados à reposição e ao fornecimento de materiais e equipamentos, incluindo a solicitação de medicação para stock, a verificação dos estupefacientes em cada turno e a requisição de materiais clínicos ao armazém.

Os conflitos são inerentes a contextos onde existem interações interpessoais. No entanto, quando adequadamente geridos, podem constituir oportunidades de melhoria e crescimento organizacional (Martins et al., 2020). Neste sentido, ao longo do estágio, foi possível desenvolver competências na gestão de conflitos, recorrendo a estratégias de comunicação eficaz e ao desenvolvimento de inteligência

emocional, aspetos fundamentais para a promoção de um ambiente de trabalho colaborativo e equilibrado. De acordo com o Regulamento n.º 76/2018 da OE, considera-se enfermeiro gestor o profissional que evidencia competência efetiva e comprovada no exercício de funções no domínio específico da gestão, assumindo a responsabilidade pela salvaguarda da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A observação dos diferentes estilos de liderança e a participação em atividades de gestão permitiram-me desenvolver uma visão mais integrada dos processos organizacionais, bem como reconhecer a importância da tomada de decisão fundamentada, da supervisão de tarefas delegadas e da adaptação da liderança às diferentes situações e contextos assistenciais.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O autoconhecimento assume um papel central na prática de enfermagem, na medida em que influencia diretamente o estabelecimento de relações terapêuticas e a colaboração no contexto multiprofissional. Neste domínio, as competências relacionadas com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais enfatizam a importância do autoconhecimento, da assertividade, e da fundamentação da prática clínica especializada do EE em evidência científica (OE, 2019a).

O desenvolvimento do autoconhecimento permite aos enfermeiros lidar de forma mais eficaz com situações complexas, fortalecer as relações interpessoais e promover uma cultura de melhoria contínua. Este processo implica a capacidade de reconhecer e analisar os próprios pensamentos, emoções e comportamentos, favorecendo uma maior consciência das próprias atitudes e decisões (Harley, 2024). Além disso, esta competência contribui de forma decisiva para o desenvolvimento do pensamento crítico e para uma tomada de decisão mais informada e reflexiva. Ao desenvolver esta autoconsciência e evitar a projeção de pressupostos pessoais sobre o outro, os enfermeiros conseguem prestar cuidados mais centrados nas necessidades e características individuais de cada pessoa (Younas et al., 2020).

Ao longo deste percurso formativo, vivenciei inúmeras experiências que potenciaram o desenvolvimento do meu autoconhecimento. A adoção de uma postura reflexiva contínua sobre a minha prática e sobre o conhecimento do doente crítico, permitiu-me reconhecer que o crescimento pessoal e profissional constitui um processo dinâmico e permanente. As experiências previamente adquiridas, tanto enquanto

indivíduo como no exercício da profissão de enfermeira, revelaram-se essenciais e facilitadoras na consolidação deste processo de aprendizagem.

Contudo, as exigências de natureza científica inerentes aos cuidados à PSC nos diferentes contextos em que estagiei, trouxeram novos desafios e reforçaram a necessidade de uma reflexão crítica constante. Em muitos momentos, sobretudo nos mais exigentes, a partilha de experiências e a reflexão conjunta com os enfermeiros orientadores e com a restante equipa revelaram-se determinantes para o desenvolvimento do meu pensamento crítico e para a consolidação da minha transição para o papel de EE.

No entanto, o crescimento profissional não se limita ao autoconhecimento, sendo igualmente necessário manter uma procura constante de conhecimento pesquisando literatura científica atualizada. Neste sentido, o EE deve basear a sua tomada de decisão e as intervenções em evidência científica atual, válida e relevante, assumindo simultaneamente o papel de facilitador nos processos de aprendizagem e de elemento dinamizador na investigação (OE, 2019a). Deste modo, a enfermagem constitui uma disciplina de natureza prática em que o desenvolvimento profissional e a aplicação da teoria se encontram estreitamente ligados à prática baseada na evidência. Este princípio é essencial para a segurança e qualidade dos cuidados prestados, para o progresso da profissão, e para o exercício autónomo dos enfermeiros. A teoria orienta a prática ao incorporar os resultados da investigação na prática clínica, enquanto a experiência prática, por sua vez, suscita novas questões que impulsionam o desenvolvimento do conhecimento científico (Nunes, 2020).

Neste contexto, ao longo da minha formação enquanto EE, procurei integrar de forma sistemática a evidência científica mais relevante na prática clínica. Para tal, adotei uma postura proativa de atualização científica, recorrendo à consulta de normas de orientação clínica, protocolos institucionais e literatura científica atualizada. Sempre que pertinente, a informação recolhida foi partilhada com a equipa, contribuindo para a discussão de práticas e para a melhoria da prestação de cuidados.

A formação profissional assume, igualmente, um papel crucial no desenvolvimento profissional, contribuindo para o reforço da capacidade de resposta da Enfermagem face a desafios emergentes e promovendo uma prática clínica de excelência, sustentada na evidência científica (Regulamento n.º 656/2021, 2021).

Neste âmbito, ao longo do meu percurso formativo, participei em diversos eventos científicos e ações de formação, nomeadamente:

- *Webinar* - Capacitar para o (im)provável: gestão de recursos em emergência médica e catástrofe (Anexo I);
- 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano (Anexo II);
- Jornadas de Urgência e Emergência da ULS Alto Ave (Anexo III);
- Formação em reprocessamento de endoscopia (Anexo IV);
- IV Convenção Internacional dos Enfermeiros e II Encontro de Enfermeiros Gestores (Anexo V);
- Formação em choque sético refratário (Anexo VI);
- Formação em Desmame Ventilatório (Anexo VII)
- Congresso HOB – Regresso ao futuro da emergência pré-hospitalar (Anexo VIII);
- Católica *Nursing Talks* - Inteligência artificial em saúde: aspetos éticos emergentes (Anexo IX);
- (Re)agir quando o impossível acontece: Gestão de recursos em emergência e catástrofe (Anexo X);
- *Webinar* - Desafios da Gestão em Enfermagem (Anexo XI).

A participação nos eventos supra elencados proporcionou oportunidades de atualização científica, partilha de experiências, reflexão, debate e o contacto com diferentes perspetivas sobre a prática de cuidados, contribuindo para a integração da evidência científica na prática clínica e para o fortalecimento da ligação entre a prática assistencial e a comunidade científica. Assim sendo, considero que a procura ativa por oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, fundamentada no pensamento crítico e na reflexão sobre as atividades realizadas e as experiências vivenciadas durante os estágios, contribuiu significativamente para o desenvolvimento das minhas competências no âmbito das aprendizagens profissionais.

4.2. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

A especialização em Enfermagem na área da PSC, conforme a sua própria designação indica, tem como foco central a prestação de cuidados à pessoa que enfrenta processos complexos de doença crítica e/ou falência de funções orgânicas. Esta intervenção tem como propósito fundamental a promoção da qualidade de vida da pessoa e da sua família, procurando dar resposta às suas necessidades através da conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção, orientados para a promoção da saúde

e prevenção da doença, de acordo com o estabelecido no Regulamento n.º 429/2018. Neste enquadramento, descrevem-se as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, tendo em vista a consolidação das competências específicas inerentes a esta área de especialização, bem como a análise crítica subjacente à sua concretização.

A Ordem dos Enfermeiros define como competências específicas do EEEMCAPSC as seguintes:

- Prestar cuidados especializados à pessoa e família/cuidador que vivenciam situações complexas de doença crítica e/ou compromisso grave das funções orgânicas;
- Coordenar e dinamizar a resposta em contextos de emergência, exceção e catástrofe, desde a fase de planeamento até à intervenção efetiva;
- Potenciar estratégias de prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, atendendo à complexidade clínica e à necessidade de intervenções adequadas e atempadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O EEEMCAPSC assume-se como um profissional determinante na garantia de cuidados seguros e diferenciados à PSC. Perante a crescente complexidade dos quadros clínicos e o aumento das exigências em termos de qualidade assistencial, este especialista desempenha um papel estruturante na implementação de práticas avançadas e baseadas na evidência. Paralelamente, a OE estabeleceu os referenciais orientadores da prática especializada, consagrados no Regulamento n.º 361/2015, que definem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Estes padrões configuram um quadro orientador para o exercício profissional especializado, constituindo igualmente uma garantia das expectativas legítimas do cidadão relativamente aos cuidados prestados pelo EEEMCAPSC.

Considerando os resultados de aprendizagem alcançados em contexto de estágio, o desenvolvimento das competências especializadas em Enfermagem à PSC foi orientado não apenas pelas competências comuns do EE, mas também pelas competências específicas do EEEMCAPSC e pelos respetivos Padrões de Qualidade, sustentando uma prática reflexiva, crítica e comprometida com a excelência dos cuidados.

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

Em contextos de situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização contínua assumem-se como fundamentais. O Regulamento n.º 429/2018 sublinha que o cuidado à pessoa, à sua família ou ao cuidador em situações de doença crítica e/ou falência orgânica constitui uma competência específica do EEEMCAPSC, cabendo ao enfermeiro mobilizar uma vasta gama de conhecimentos e competências e intervir de forma rápida e holística.

A prestação de cuidados adaptados às necessidades individuais de cada pessoa, tendo em conta a sua particularidade e a complexidade do seu estado de saúde, só é viável com a integração entre a teoria e a prática, essencial em situações desafiantes e exigentes. Esta abordagem favorece a obtenção de melhores resultados em situações de alta complexidade (Benner et al., 2009).

O EEEMCAPSC, ao prestar cuidados à pessoa em situação crítica e antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica, deve estar preparado para identificar precocemente focos de instabilidade e reagir de forma rápida e atempada. Deve ainda ser capaz de executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em processo de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos em suporte avançado de vida e trauma. Além disso, é também responsável pela administração de protocolos terapêuticos complexos, o que exige a capacidade de diagnosticar precocemente complicações, monitorizar e avaliar a eficácia dessas respostas e de revelar competências em situações de morte cerebral e na manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos (OE, 2018c).

A família constitui o núcleo capaz de se estruturar de forma autónoma e de suprir as necessidades dos seus membros, enquanto os enfermeiros oferecem cuidados ao doente e à sua família. Assim, a família é encarada, simultaneamente, como recetora de cuidados e como parceira ativa no processo de cuidar, assumindo um papel colaborativo na tomada de decisão e na continuidade dos cuidados (Bastos et al., 2022). Deste modo, reforça-se a importância de o EEEMCAPSC oferecer cuidados não apenas à pessoa em situação crítica, mas também à sua família e/ou cuidador que enfrenta processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica no sistema familiar.

A escolha dos contextos de estágio iniciou-se numa unidade de endoscopia digestiva, seguiu-se o SU e, depois, para a continuidade dos cuidados especializados, SMI. Este percurso possibilitou a compreensão dos diversos contextos de prestação de cuidados à PSC, proporcionando uma visão abrangente e

interligada dos cuidados prestados nas distintas áreas.

Considero que a aprendizagem contínua, crítica e reflexiva foi fundamental para o desenvolvimento desta competência. Em todas as etapas de integração em novas equipas e serviços, utilizei os conhecimentos adquiridos nos âmbitos académico, profissional e pessoal. Procurei constantemente evidência científica atual e relevante, bem como protocolos e normas de cada serviço. Adicionalmente, valorizei o pensamento crítico, tanto individualmente como em colaboração com os enfermeiros orientadores. Foi possível adquirir competências técnicas no manuseamento de materiais e equipamentos complexos, bem como colaborar em diversos procedimentos médicos e cirúrgicos. Destacam-se entre estes procedimentos a colocação de cateteres venosos centrais para técnicas de substituição renal e o manuseamento seguro, incluindo o procedimento de troca do hemofiltro no dispositivo da técnica de substituição renal contínua. Estes são considerados procedimentos minuciosos e críticos, devendo ser realizados por enfermeiros especializados.

Colaborei, igualmente, na colocação de cateteres arteriais, procedimento que permite a monitorização precisa e contínua da pressão arterial, sendo fundamental na PSC. Colaborei, ainda, na realização de endoscopias digestivas, colonoscopias, dissecação endoscópica da submucosa, laqueação de varizes esofágicas, bem como na remoção de pólipos e corpos estranhos. Estes procedimentos podem, durante a sua realização, colocar a vida do doente em risco, exigindo vigilância contínua e capacidade de resposta imediata a eventuais alterações clínicas.

A intervenção em protocolos específicos como a via verde AVC, coronária, trauma e sépsis, assim como a preparação e administração de hemocomponentes e hemoderivados, requer um domínio de procedimentos complexos. A atuação também envolveu a administração de fármacos especializados e a preparação e gestão da nutrição parentérica, entre outros procedimentos. Estas experiências permitiram-me desenvolver maior autonomia na gestão destes processos. Ainda no âmbito da gestão de protocolos terapêuticos complexos, existiu oportunidade para participar na realização dos testes de morte cerebral e na manutenção adequada do dador. Foi possível discutir com a enfermeira tutora os protocolos relacionados com as implicações éticas, legais e deontológicas da morte cerebral e do processo de doação de órgãos, bem como aprofundar a capacidade de identificar, responder e avaliar as alterações fisiológicas resultantes da morte cerebral.

Em particular, destaco uma experiência única em que tive a oportunidade de participar na cirurgia de uma doação de órgãos. Durante este processo, pude colaborar em todas as etapas, desde a identificação do potencial dador, passando pela manutenção do mesmo, a realização das provas de morte cerebral e

o procedimento final de colheita de órgãos. Além disso, também tive a oportunidade de acompanhar e cuidar da família durante este momento doloroso, oferecendo apoio e conforto neste momento difícil. A escuta ativa e a permissão de visitas alargadas durante todo o processo, a disponibilização de um espaço privado para que a família expresse as suas dúvidas, medos e sentimentos, demonstrando empatia, compreensão e disponibilidade para responder às suas questões, foram aspetos que tive oportunidade de aplicar na prática para minimizar o sofrimento e dar-lhes a melhor assistência holística. A empatia, é frequentemente, expressa através do tom de voz, que transmite segurança. Em determinados momentos, é também crucial estabelecer uma comunicação com os familiares presentes no local, que muitas vezes se encontram em estados elevados de sofrimento, desorientação ou choque. Nesses casos, o enfermeiro desempenha, além da sua função técnica, o papel de mediador emocional, utilizando uma comunicação empática, validando as emoções e fornecendo informações claras e verídicas, ajustadas ao contexto vivido.

Em situações de fim de vida ou de prognóstico reservado, a comunicação com os familiares torna-se ainda mais exigente. Para garantir uma abordagem assertiva e estruturada, recorri ao protocolo SPIKES, que serve como guia na comunicação de más notícias. Este protocolo, composto por seis etapas (*Setup, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy*), oferece um quadro claro e sistemático auxiliando o profissional na organização da informação, na gestão das emoções envolvidas e na adaptação da comunicação à pessoa e à sua família. A sua aplicação contribui para tornar o processo comunicativo mais empático, objetivo e respeitador, promovendo uma melhor preparação emocional e uma compreensão mais clara por parte da família, o que é essencial em contextos de grande carga emocional (Mahendiran et al., 2023).

Acompanhei médicos e enfermeiros em momentos particularmente delicados e percebi que a preparação do momento, o respeito pelo tempo emocional da família e a comunicação honesta e compassiva são elementos fundamentais para garantir um cuidado ético e humanizado. A comunicação com a PSC, bem como com a sua família ou cuidador, não deve ser vista como um aspeto secundário, mas como uma componente central do cuidado especializado. Desenvolver estratégias eficazes de comunicação, adaptadas ao estado clínico da pessoa em situação crítica, ao contexto assistencial e às particularidades emocionais da família, foi um dos maiores desafios e conquistas do meu percurso formativo.

O diagnóstico de morte cerebral é efetuado de forma clínica, requerendo a verificação de condições prévias específicas e rigorosas, que comprovam a ausência irreversível das funções do tronco cerebral, designadamente: coma profundo (Escala de Coma de Glasgow de 3); conhecimento da causa e

irreversibilidade do coma profundo; ausência de respiração espontânea, sendo necessária ventilação mecânica; exclusão de fatores que possam suprimir as funções do tronco cerebral, como hipotermia, alterações endócrinas e metabólicas, efeitos de fármacos e intoxicações (Coimbra, 2021).

Subsequente à confirmação destas condições, são realizados procedimentos para comprovar a morte cerebral. O estado de coma profundo é novamente verificado, sendo testado através da aplicação de estímulos dolorosos vigorosos em diferentes regiões do corpo, e confirmada a ausência dos reflexos fotomotores, corneanos, oculocefálicos, oculovestibulares e faríngeos, todos dependentes do tronco cerebral. Por último, realiza-se a prova de apneia (Coimbra, 2021).

Em consonância com o Instituto Português de Sangue e Transplantação (2013), a manutenção idónea do dador deve ser iniciada o mais precocemente possível após a certificação da morte cerebral. Embora a responsabilidade pela manutenção do dador recaia sobre o médico, os enfermeiros envolvidos nestes processos atuam de forma a otimizar os procedimentos, nomeadamente nas seguintes áreas: manutenção hemodinâmica, com monitorização e prevenção de hipotensão, hipertensão, arritmias e paragem cardiorrespiratória, além da garantia de uma pressão arterial adequada para assegurar uma perfusão eficaz dos órgãos; equilíbrio eletrolítico, através da monitorização e correção de distúrbios como hipocalcemia, hipercaliemia, hiponatremia e hipernatremia; controlo da temperatura corporal, mantendo-a acima dos 34°C; manutenção endócrina, incluindo a monitorização dos efeitos clínicos e a prevenção de complicações como diabetes insípida e alterações no metabolismo da glicose; monitorização e correção das principais coagulopatias; ventilação mecânica adequada; e, por fim, a prevenção de distúrbios urinários, como poliúria e oligúria.

O EEEMCAPSC deve, igualmente, demonstrar capacidade para realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou com falência orgânica, maximizando as respostas terapêuticas (OE, 2018d). A gestão e o controlo da dor na PSC envolvem a vigilância e a monitorização da dor através de escalas baseadas em indicadores específicos. Contudo, a monitorização da dor pode ser desafiadora na PSC, dado que pode ocorrer uma alteração do estado de consciência, seja patológica ou induzida pela sedação, ou ainda alterações na comunicação verbal devido à presença de tubo endotraqueal ou ventilação mecânica não invasiva contínua. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro identificar indicadores fisiológicos e comportamentais para, posteriormente, implementar intervenções autónomas ou interdependentes (Teixeira & Da Silva, 2023).

Estabelecer o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes, sendo considerado um passo fundamental para a humanização das unidades de saúde. Ao longo deste

percurso, com o objetivo de minimizar o sofrimento, prevenir o agravamento e promover a recuperação da PSC a quem foram prestados cuidados, foi essencial identificar sinais fisiológicos, emocionais e comportamentais de desconforto físico e psicológico. A partir desta avaliação, foi possível intervir de forma eficaz e garantir a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. Foi realizada uma avaliação mais objetiva e sistemática da dor, utilizando escalas adequadas ao estado do doente, como a escala numérica, qualitativa, a de faces e a *Behavioral Pain Scale*, que é utilizada em doentes entubados, sedados e incapazes de comunicar verbalmente, o que exige a avaliação da expressão facial, do movimento dos membros superiores e da adaptação à ventilação mecânica.

Adicionalmente, adquiri e apliquei conhecimentos na gestão de situações de sedo-analgesia, tanto para proceder à entubação endotraqueal, como para controlo da dor ou para garantir a estabilidade hemodinâmica. Noutras situações, particularmente em doentes agitados, foi definido um alvo terapêutico e monitorizado através da Escala de Agitação e Sedação de *Richmond*. Também foram desenvolvidas competências na avaliação do Índice Bispectral, que permite analisar o estado de consciência e o nível de sedação por meio da monitorização da atividade elétrica cerebral, assim como na avaliação da *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*, uma ferramenta que permite detetar o delirium, frequentemente presente em doentes internados no SMI.

A comunicação é intrínseca e fundamental à relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e a sua família, na medida em que facilita a expressão de necessidades, promovendo a prestação de cuidados holísticos.

A PSC apresenta a capacidade de comunicação comprometida por influência de diversos fatores, como a alteração do estado de consciência, ventilação mecânica, o delírio, a gravidade da doença e o cansaço físico. Na ventilação mecânica, o utente encontra-se incapaz de comunicar verbalmente, provocando frequentemente sentimentos de frustração, ansiedade e medo (Holm et al., 2020). Do ponto de vista dos profissionais de saúde, a incapacidade de comunicar com a PSC está relacionada com sentimentos como a impotência, a frustração e a insatisfação dos cuidados prestados (Guttormson et al., 2015).

A literatura sobre Comunicação Alternativa e Aumentativa é consensual quanto à relevância da sua aplicação. Este conjunto de ferramentas e estratégias envolve o uso de diferentes formas de comunicação, designadamente o discurso, texto, gestos, linguagem gestual, símbolos, imagens e dispositivos eletrónicos de fala, com o objetivo de ultrapassar as barreiras comunicacionais em doentes com suporte ventilatório (Carruthers et al., 2017; Holm et al., 2020; Pina et al., 2020). A adoção de estratégias de comunicação, que vão além da linguagem verbal, como o toque, a expressão corporal e

os gestos, revelou-se crucial para reduzir as barreiras comunicativas. Quando o doente se encontrava consciente e sem necessidade de suporte ventilatório, a comunicação verbal foi prioritária, sendo favorecida uma interação com frases simples e curtas, através da postura corporal, toque e expressões entre o enfermeiro e o doente. Em certas situações, tornou-se necessário aprender a lidar com o silêncio e com a ausência de gestos ou verbalização por parte do doente. Mesmo nestes casos, revelou-se essencial garantir a continuidade da aplicação das estratégias comunicativas, promovendo uma aliança terapêutica com o utente.

No que diz respeito à comunicação com a família, estas enfrentam maioritariamente elevados níveis de *stress* e incerteza, que podem ser ainda mais intensificados pela comunicação ineficaz e pela escassez de informações sobre a condição dos doentes e a falta de orientação e apoio. A comunicação eficaz por parte dos profissionais de saúde pode melhorar o comportamento das famílias perante a situação e aliviar a sua carga emocional. A presença constante do enfermeiro, aliada à utilização adequada das competências de comunicação, pode contribuir para validar as emoções e as informações transmitidas, tendo um impacto positivo na experiência das famílias. Ao longo dos meus estágios, sempre que possível, privilegiei a presença da família junto à PSC, incentivando a comunicação através do toque e da expressão verbal. Nos momentos iniciais, era evidente o receio das famílias em tocar nos seus familiares, temendo causar-lhes algum dano. Considero que a estratégia de aproximação através do toque entre os familiares e o doente foi fundamental para facilitar a expressão de sentimentos e, consequentemente, reduzir o stress e a ansiedade para ambas as partes.

Os diferentes contextos de estágio revelaram-se altamente frutíferos no desenvolvimento das competências técnicas, científicas e humanas necessárias para a prestação de cuidados integrais à PSC e à sua família. Considero que foi um processo longo e progressivo, conduzindo à aquisição de competências especializadas que visaram assegurar uma prestação de cuidados de qualidade.

4.2.2. Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O EEEMCAPSC, ao deparar-se com uma emergência, exceção ou catástrofe, deve agir de forma organizada e ágil, elaborando, planeando e coordenando a resposta, de modo a garantir a sua eficácia e eficiência, sem esquecer a necessidade de preservar os vestígios ou indícios de eventuais práticas criminosas (OE, 2018c). Considera-se que uma emergência

> (...) resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Por outro lado, uma situação de exceção "consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis" (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

A catástrofe, por sua vez, é definida pela Lei de Bases da Proteção Civil como "acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (Lei n.º 27/2006, 2006, p. 3).

Segundo a United Nations Office for Disaster Risk Reduction & Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (2020), as catástrofes podem ser classificadas em quatro tipos:

- Naturais (furacões, cheias, sismos, erupções vulcânicas);
- Ambientais (acidentes tecnológicos e industriais e os incidentes da causa humana);
- Catástrofes complexas (guerras, assaltos, massacres);
- Pandemias (com origem numa doença infeciosa com implicações na saúde pública, na vida social e na economia).

Durante o meu estágio, no dia vinte e oito de abril, fomos confrontados com uma situação de exceção, um apagão na Península Ibérica que afetou as instalações e os serviços. Esta falha no fornecimento de energia causou uma série de desafios operacionais, exigindo uma resposta rápida e eficaz da equipa.

Perante esta situação, foi necessário, em colaboração com as chefias dos níveis estratégicos, reavaliar e planear uma resposta imediata. A prioridade foi garantir que os cuidados de enfermagem fossem mantidos com a maior eficácia possível, apesar das dificuldades. Como medida preventiva, os procedimentos programados com marcação tiveram de ser cancelados, e só os procedimentos de urgência permaneceram em vigor, para garantir a segurança e o bem-estar dos utentes. Apesar de o hospital apresentar geradores e a falha de energia não ter sido notada, cabia-nos, enquanto profissionais,

gerir os recursos, pois não sabíamos quando o fornecimento de energia poderia ser restabelecido. Outras ações adotadas incluíram a verificação da operacionalidade dos equipamentos portáteis, a comunicação contínua com os serviços de manutenção e com a gestão hospitalar, com vista a eventuais ajustes pontuais, bem como à obtenção de informação relativa à previsão de restabelecimento da energia. A priorização dos cuidados, foi realizada com foco nos casos mais urgentes e críticos.

O nosso principal objetivo foi garantir a eficiência dos cuidados de enfermagem, ajustando as práticas às circunstâncias do apagão e assegurando que todos os utentes recebessem o atendimento adequado, com a segurança e qualidade exigidas. Durante o restante percurso, não foram vivenciadas situações de catástrofe; contudo, as situações de emergência foram frequentes. Em todas essas ocorrências, foi garantida a segurança dos envolvidos, enquanto se prestaram cuidados fundamentados nas mais recentes diretrizes científicas, assegurando uma resposta apropriada.

Em todos os contextos, foram consultados, analisados e discutidos com os enfermeiros orientadores e a restante equipa, o plano nacional de emergência, o plano de emergência interna e externa dos serviços e os planos de evacuação. Conforme estipulado na Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 007/2010, a elaboração de um Plano de Emergência é fundamental, uma vez que a constante possibilidade de uma catástrofe, independentemente da sua origem, exige que todas as instituições do Sistema Nacional de Saúde realizem periodicamente uma análise da situação, considerando as mudanças internas e externas, com o objetivo de planear respostas eficazes a qualquer cenário de emergência. A preparação adequada da equipa de enfermagem para lidar com emergências, exceção ou catástrofe, exige um investimento contínuo das instituições hospitalares na formação e capacitação dos seus profissionais. Nesse sentido, para aprofundar o meu conhecimento e competências nesta área, participei no *webinar* "Capacitar para o (im)provável: gestão de recursos em emergência médica e catástrofe" e "(Re)agir quando o impossível acontece: Gestão de recursos em emergência e catástrofe", que considero ter sido uma experiência crucial para a minha formação, proporcionando-me uma compreensão mais abrangente, desde a conceção até à implementação de respostas a situações de emergência, exceção e catástrofe. Em especial, no SU tive a oportunidade de verificar o armário de catástrofe. Este armário contém toda a documentação necessária, incluindo boletins e impressos, bem como sacos individuais com pulseiras de triagem. Cada saco é numerado e identificado externamente, e todos os materiais nele contidos apresentam a mesma numeração, garantindo a rastreabilidade e evitando a troca de doentes. Estes sacos permitem que a pulseira seja imediatamente colocada no doente, assegurando a correta identificação e continuidade dos cuidados ao longo de todo o processo de resposta à catástrofe. No armário, também consta os números de telefone de todos os departamentos do hospital.

No contexto da enfermagem forense, a equipa de enfermagem, especialmente nos SU, é frequentemente a primeira a contactar com vítimas de crimes violentos e trauma. Nestas situações, o foco principal é a assistência à vítima, priorizando os cuidados de saúde. O papel do enfermeiro forense é crucial não apenas na prestação de cuidados à vítima e à sua família, mas também na promoção e proteção da saúde, bem como no apoio ao processo de investigação. Ao realizar a abordagem inicial à vítima ou ao agressor, é essencial que os cuidados de enfermagem priorizem a preservação da vida, o alívio da dor e a minimização de lesões físicas e psicológicas. Simultaneamente, é fundamental incorporar práticas médico-legais que garantam a recolha, preservação e documentação adequada de vestígios, que poderão ter um papel determinante em investigações judiciais futuras (Mota et al., 2021).

Durante o estágio, não surgiram situações que exigissem a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos sobre a preservação de vestígios forenses. No entanto, reconhecendo a importância desta competência na prática profissional, aproveitei a oportunidade para refletir sobre o tema com os enfermeiros tutores, promovendo discussões e partilhas de experiências anteriores. Este processo de reflexão colaborativa foi fundamental para reforçar a minha consciência sobre a relevância da enfermagem forense e a necessidade de uma formação contínua nesta área, mesmo na ausência de casos concretos durante o estágio.

Considero que embora não tenham ocorrido situações de catástrofe durante o estágio, isso não limitou a aquisição de conhecimentos nesta área. A procura constante por novos conhecimentos e a reflexão crítica foram processos fundamentais de aprendizagem contínua ao longo da experiência clínica.

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

A prevenção e o controlo da infeção, bem como da resistência aos antimicrobianos, constituem dimensões fundamentais da segurança do utente, assumindo-se simultaneamente como um dos pilares essenciais da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A elevada complexidade dos contextos de intervenção, marcada por situações críticas e falência multiorgânica que exigem múltiplos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos para a manutenção da vida, torna fundamental que o EEEMCAPSC detenha competências para implementar

medidas eficazes de prevenção e controlo de infeção, bem como estratégias orientadas para a mitigação da resistência aos antimicrobianos (OE, 2018c).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) corresponde a uma infeção adquirida pelos doentes no decurso da prestação de cuidados e da realização de procedimentos de saúde, podendo igualmente afetar os profissionais no exercício das suas funções (DGS, 2007a).

Para além do impacto significativo ao nível do aumento da morbilidade e da mortalidade, as IACS estão associadas ao prolongamento do tempo de internamento e ao acréscimo de custos para o sistema de saúde. Acresce que o recurso mais frequente a antibióticos, decorrente destas infeções, potencia o desenvolvimento de resistência aos antimicrobianos, comprometendo a eficácia terapêutica, a qualidade dos cuidados prestados e configurando-se como uma das principais ameaças à segurança dos cidadãos (DGS, 2017).

De acordo com (Bastos 2018, p. 21), a vigilância epidemiológica constitui um instrumento fundamental para a caracterização do estado de saúde de uma comunidade, possibilitando a identificação dos fatores determinantes e condicionantes que o influenciam. Permite, igualmente, reconhecer os grupos mais vulneráveis e as áreas que exigem intervenção prioritária, sustentando o planeamento estratégico e apoiando os processos de tomada de decisão em saúde.

Desde os primórdios da Enfermagem, Florence Nightingale, em 1863, estabeleceu uma relação entre a comorbilidade dos doentes e as condições locais, como a higiene, as condições sanitárias, a ventilação e a temperatura, entre outros fatores. Na sua prática assistencial, valorizava o isolamento dos doentes e a redução do número de camas por enfermaria, medidas que contribuem para prevenir a contaminação cruzada e limitar a circulação de pessoas nos serviços. Considerada a fundadora da Enfermagem Moderna, impulsionou mudanças significativas na diminuição da propagação de agentes infeciosos e destacou-se como pioneira da epidemiologia hospitalar, através da recolha, análise e interpretação de dados estatísticos (Martins & Benito, 2016).

No contexto nacional, a abordagem sistematizada da infeção hospitalar teve início em 1930. Entre essa data e 1999, foram implementadas diversas medidas inovadoras destinadas à redução do risco e ao controlo da infeção em meio hospitalar, nomeadamente a criação de Comissões de Controlo de Infeção. A 14 de maio de 1999, por Despacho do Diretor-Geral da Saúde, foi instituído o Programa Nacional de Controlo de Infeção, com o propósito de identificar a real dimensão do problema e promover estratégias de prevenção, através da identificação e correção de práticas de risco.

Posteriormente, em 2007, o Ministério da Saúde aprovou, por via do Despacho n.º 14178/2007, o

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, enquadrado no Plano Nacional de Saúde 2004–2010. Nesse mesmo ano, a Direção-Geral da Saúde emitiu a Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC, determinando que todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, públicas e privadas, constituíssem uma Comissão de Controlo de Infeção, com vista à operacionalização do Plano Nacional de Controlo de Infeção (DGS, 2007a, 2007b).

Mais tarde, através do Despacho n.º 15423/2013, foi criada a estrutura de coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com a constituição de Grupos de Coordenação Regional em cada Administração Regional de Saúde e, simultaneamente, de Grupos de Coordenação Local em todas as unidades prestadoras de cuidados integradas no Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2018).

O PPCIRA define como objetivos prioritários a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção da utilização adequada de antimicrobianos e a diminuição da prevalência de microrganismos resistentes. O Grupo de Coordenação Local deve assumir uma natureza multidisciplinar, integrando obrigatoriamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde com intervenção nesta área. No que respeita à enfermagem, prevê-se a afetação mínima de um enfermeiro em regime de dedicação exclusiva, quer em unidades hospitalares, quer em agrupamentos de centros de saúde ou unidades locais de saúde, acrescendo um enfermeiro a tempo completo por cada 250 camas hospitalares adicionais (Ministério da Saúde, 2013).

Compete ao EEEMCAPSC assumir a liderança na conceção e implementação de procedimentos de controlo de infeção, evidenciando competências especializadas no domínio da higiene hospitalar. Este posicionamento permite-lhe afirmar-se como elemento de referência para a equipa multidisciplinar, promovendo a definição de normas e circuitos, assegurando o seu cumprimento e procedendo à monitorização, registo e avaliação sistemática das medidas de prevenção e controlo adotadas (OE, 2018c).

Ao longo do estágio, e transversalmente a todos os contextos de prática clínica, revelou-se essencial a mobilização de conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção, contribuindo de forma significativa para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Constituiu uma preocupação constante assegurar o cumprimento rigoroso das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), tal como sucede na minha prática profissional diária, em conformidade com os padrões de qualidade estabelecidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

Neste âmbito, foram observadas e aplicadas diversas medidas, nomeadamente a avaliação individual do

risco de infeção no momento da admissão do utente e adequada colocação ou isolamento sempre que indicado; a correta higiene das mãos; o cumprimento da etiqueta respiratória; a utilização adequada de equipamento de proteção individual; a descontaminação do equipamento clínico; o controlo ambiental e a descontaminação adequada das superfícies; o manuseamento seguro da roupa; a gestão correta dos resíduos; a adoção de práticas seguras na preparação e a administração de medicamentos injetáveis; e a implementação de estratégias de prevenção da exposição ocupacional a agentes microbianos (DGS, 2013b).

A integração sistemática destas práticas constituiu um pilar fundamental na promoção da segurança do utente e dos profissionais, bem como na garantia da qualidade e excelência dos cuidados de saúde prestados.

Realço o projeto STOP – Infeção Hospitalar 2.0, no qual tive a oportunidade de intervir de forma mais direta. Trata-se de uma iniciativa que visa implementar uma metodologia de melhoria contínua com o objetivo de reduzir em 50% a incidência de infeções hospitalares. As áreas prioritárias de intervenção incluem: infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a cateter venoso central, bacteriemias secundárias associadas a algaliação, pneumonias associadas à intubação e infeções do local cirúrgico (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Durante o estágio SMI, que aderiu a este projeto, tive a oportunidade de participar nas auditorias destinadas à avaliação e monitorização dos resultados alcançados. Colaborei, igualmente, na introdução de dados na plataforma específica SimpleQI® e na implementação de ciclos de melhoria contínua.

No decorrer do estágio realizado na UED, tive a oportunidade de participar numa formação dedicada ao reprocessamento endoscópico, a qual se revelou de elevada pertinência para o aprofundamento de competências na área da prevenção e controlo de infeção. Esta formação permitiu consolidar conhecimentos relativos às diferentes etapas do reprocessamento dos endoscópios, nomeadamente a pré-limpeza, limpeza manual, desinfeção de alto nível, enxaguamento, secagem e armazenamento adequado, bem como a importância da rastreabilidade e da monitorização da qualidade do processo.

O reprocessamento adequado dos dispositivos endoscópicos constitui um procedimento crítico, atendendo ao risco acrescido de transmissão de microrganismos associados a estes equipamentos reutilizáveis. A sua correta execução é determinante para a prevenção de IACS, garantindo a segurança do utente e dos profissionais, bem como a qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, a formação frequentada reforçou a consciência da responsabilidade do enfermeiro na implementação e supervisão de práticas seguras, sustentadas nas normas e recomendações em vigor,

contribuindo para a redução do risco de contaminação cruzada e para o combate à resistência aos antimicrobianos. A experiência revelou-se, assim, fundamental para o desenvolvimento de uma prática clínica mais segura, crítica e fundamentada na evidência científica.

Em suma, considero que foram cumpridas todas as orientações institucionais, através do respeito pelas normas e procedimentos estabelecidos, analisando e aplicando as melhores práticas na prestação de cuidados à PSC, promovendo igualmente a reflexão e a sensibilização das equipas para a prevenção e controlo de infeção.

Importa salientar que o desenvolvimento de competências nesta área não se restringiu à simples aplicação de protocolos e técnicas, mas implicou também a integração ativa da família nos processos de cuidados. O envolvimento familiar revelou-se essencial para assegurar a continuidade e a eficácia das medidas de prevenção de infeções, sobretudo nestes contextos. Ao capacitar e envolver os familiares em práticas como a correta higienização das mãos, a utilização adequada de equipamentos de proteção individual e o cumprimento da etiqueta respiratória, entre outras, pretendeu-se promover um ambiente mais seguro para a PSC e reforçar a articulação e colaboração entre os profissionais de saúde e a família.

A divulgação de boas práticas entre os profissionais foi também um ponto fundamental. Todas estas iniciativas têm como objetivo melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Comunicação dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica: Uma *scoping review*

RESUMO

Introdução: A comunicação eficaz é um dos pilares essenciais no cuidado à pessoa em situação crítica, sendo crucial para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa. Permite não só a partilha de informações clínicas sobre o estado de saúde da pessoa, como também ajuda a reduzir a ansiedade e melhorar a relação de confiança. Dada a sua importância, é imprescindível que os enfermeiros adotem estratégias de comunicação eficazes com a pessoa em situação crítica de modo a estabelecerem uma verdadeira relação de ajuda.

Objetivos: Este estudo teve como principal objetivo explorar, a evidência científica existente sobre as estratégias de comunicação adotadas pelos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica.

Metodologia: Foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com o protocolo PRISMA 2015 e as recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados PUBMED, CINAH, MEDLINE (via EBSCO). Foram incluídos estudos publicados nos últimos 5 anos, em português, inglês e espanhol. A seleção, análise e síntese dos dados seguiram critérios rigorosos de inclusão e exclusão, com recurso ao software *Rayyan*. Foram identificados 414 estudos que, após a remoção de duplicados e a triagem inicial por título e resumo, seguida da leitura integral dos artigos, resultaram em 7 estudos que respondiam aos objetivos do estudo.

Resultados: A análise dos resultados revelou que a comunicação deve ser abordada de forma holística, integrando estratégias comunicacionais verbais e não verbais tais como: a linguagem simples e clara, o toque e o olhar, bem como os gestos permitem uma comunicação eficaz e empática. Paralelamente, a utilização de tecnologias, como tablets com imagens, palavras, alfabetos e símbolos, revelou-se uma ferramenta promissora para potenciar a comunicação.

Conclusão: Na comunicação com a pessoa em situação crítica torna-se necessário adotar uma abordagem multifacetada da comunicação. Esta, deve ser flexível, intencional e centrada na pessoa, integrando diversas estratégias que favoreçam o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e humanizada. Os resultados sugerem a necessidade de investir na formação dos enfermeiros, na área da comunicação para que sejam garantidas a utilização das estratégias mais adequadas para cada pessoa e seja possível a gestão das barreiras comunicacionais existentes.

Palavras-chave: Comunicação. Cuidado Crítico. Estratégias de Comunicação.

Communication of Nurses in Caring for Patients in Critical Condition: *A scoping review*

ABSTRACT

Introduction: Effective communication is one of the essential pillars in the care of individuals in critical situations, playing a crucial role in ensuring the safety and well-being of the patient. It facilitates not only the sharing of clinical information regarding the patient's health status but also aids in reducing anxiety and fostering a trusting relationship. Given its significance, it is imperative that nurses adopt effective communication strategies when interacting with individuals in critical situations to establish a genuine helping relationship.

Objectives: The primary objective of this study was to explore the existing scientific evidence regarding the communication strategies adopted by nurses in the care of individuals in critical situations.

Methodology: A Scoping Review was conducted following the PRISMA 2015 protocol and the recommendations of the Joanna Briggs Institute (JBI). The search was performed across the PUBMED, CINAH, and MEDLINE (via EBSCO) databases. Studies published within the last five years in Portuguese, English, and Spanish were included. The selection, analysis, and synthesis of data adhered to strict inclusion and exclusion criteria, using the Rayyan software. A total of 414 studies were identified, which, after the removal of duplicates and an initial screening by title and abstract, followed by a full-text review, resulted in 7 studies that met the study's objectives.

Results: The analysis of the results revealed that communication should be approached holistically, integrating both verbal and non-verbal communication strategies, such as simple and clear language, touch, eye contact, and gestures, all of which facilitate effective and empathetic communication. Simultaneously, the use of technologies, such as tablets with images, words, alphabets, and symbols, proved to be a promising tool for enhancing communication.

Conclusion: In communication with individuals in critical situations, it is essential to adopt a multifaceted approach to communication. This approach should be flexible, intentional, and person-centered, integrating various strategies that promote the establishment of an effective and humanized therapeutic relationship. The results suggest the need to invest in the training of nurses in the area of communication to ensure the use of the most appropriate strategies for each individual and to enable the management of existing communication barriers.

Keywords: Communication, Communication Strategies, Critical Care.

1. Comunicação como ferramenta para a humanização dos cuidados de saúde

Segundo o dicionário Infopédia da língua portuguesa, a humanização é o "ato ou o efeito de tornar-se humano, de forma ou condição humana; processo ou resultado de tornar-se mais fácil ou favorável à utilização por humanos; ato ou efeito de tornar-se mais compreensivo, bondoso ou sociável" (Porto Editora, 2026).

A humanização dos cuidados constituiu um conceito fundamental na prática de enfermagem, particularmente no cuidado à pessoa em situação crítica, sendo considerada como um pilar essencial para a excelência dos cuidados. Ela engloba tudo que envolve ver e perceber o ser humano como um ser único e complexo. O respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, e o diálogo devem ser tidos em conta, bem como fatores sociais, éticos, educacionais e psíquicos e, ainda, a valorização dos significados atribuídos pelo ser humano à sua experiência da doença e sofrimento. Esta abordagem valoriza uma perspetiva holística, contemplando não apenas as necessidades físicas da pessoa, mas também as dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual. Assim, a humanização transcende o aspeto técnico, promovendo um cuidado mais completo e reverente, centrado na pessoa (Freitas, 2017).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na humanização dos cuidados, sendo responsáveis por integrar a vertente técnica com a vertente humana, respeitando a dignidade, individualidade e direitos das pessoas. Este desafio implica não só a execução de tarefas clínicas, mas também a capacidade de estabelecer relações empáticas, comunicando-se com os pacientes de forma sensível às suas necessidades e emoções individuais.

Quando se aborda os cuidados à pessoa em situação crítica, a humanização torna-se ainda mais crucial, já que os enfermeiros lidam com situações de elevada complexidade e vulnerabilidade. Para alcançar a excelência dos cuidados, é fundamental que os enfermeiros adotem práticas humanizadas que considerem a pessoa de forma integral, abrangendo as suas diversas dimensões. Tal contribui para a criação de um ambiente de cuidados que, para além de tecnicamente eficaz, seja igualmente profundamente humano. Além disso, a humanização dos cuidados envolve o desenvolvimento contínuo de competências nos enfermeiros, incluindo o aprimoramento técnico, científico, humano e relacional. A humanização não constitui um conceito estático, mas antes um processo contínuo de aprendizagem e reflexão, que deve ser integrado no quotidiano da prática de enfermagem. (Freitas, 2017).

Na enfermagem, a humanização é entendida não apenas como um valor ético, mas também como uma necessidade prática para a melhoria da qualidade dos cuidados e da relação entre o profissional e a

pessoa. A comunicação é, portanto, um pilar essencial para integrar uma abordagem holística e empática no cuidado, considerando as dimensões emocionais, psicológicas, sociais da pessoa, além dos aspetos físicos, que são considerados componentes essenciais para garantir um cuidado humanizado (Reyes-Téllez et al., 2024). Também Souza e Maurício em 2018, consideram que "A prevalência da comunicação e do diálogo é, também, um aspeto central na prática da humanização." (p. 498).

Torna-se, pois, crucial equilibrar os avanços científicos com a humanização, assegurando que a comunicação com o paciente nunca seja perdida no processo de tratamento. A comunicação humanizada nos cuidados é um caminho essencial para a excelência na prática de enfermagem, especialmente no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, pois exige um equilíbrio entre a competência técnica e o cuidado empático e ético, com o objetivo de proporcionar um cuidado único, para uma pessoa única, respeitando a individualidade de cada pessoa e atendendo às suas necessidades de forma integral. Neste sentido, a comunicação em saúde é um processo essencial para a prestação de cuidados eficazes, especialmente em contexto hospitalar, onde a qualidade da interação entre profissionais de saúde e utentes pode influenciar diretamente os resultados clínicos. Mais do que um simples processo de transmissão de informação, a comunicação envolve uma relação interpessoal complexa, marcada por empatia, escuta ativa e compreensão mútua.

Na enfermagem, a comunicação é reconhecida como uma competência essencial, permitindo ao enfermeiro avaliar as necessidades da pessoa, transmitir segurança, fornecer orientações e estabelecer uma relação terapêutica. Para ser eficaz, a comunicação em saúde deve ser clara, objetiva e adaptada ao nível de literacia em saúde de cada pessoa, considerando fatores como a idade, a cultura, o estado emocional e a condição clínica (Matos et al., 2020).

A comunicação terapêutica é entendida como um processo que vai além da simples transmissão de informação, sendo considerada uma ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. Campos (2020), destaca que o desenvolvimento de competências comunicacionais permite aos enfermeiros estabelecer relações interpessoais eficazes, promovendo a humanização dos cuidados e a adaptação às necessidades individuais dos utentes.

De acordo com a teoria de Jean Watson (2008), o cuidado de enfermagem deve transcender os aspetos técnicos, incorporando práticas holísticas que envolvam a empatia, a presença autêntica e a conexão emocional, promovendo a saúde e o crescimento pessoal do utente. A autora defende que a comunicação não se limita à transmissão de informação, constituindo uma dimensão do cuidado transpessoal, com um papel essencial na promoção do bem-estar e da dignidade humana. É através dela que se constroem

a confiança, a humanização e o significado do cuidado.

Para Watson (2008), a comunicação está intrinsecamente ligada ao ato de cuidar, constituindo uma expressão da relação empática, compassiva e autêntica entre o enfermeiro e a pessoa. Mesmo quando o utente não pode expressar-se verbalmente, a comunicação continua a acontecer através da presença, do toque e da empatia.

A comunicação com o doente crítico é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, especialmente em contextos de elevada carga emocional e complexidade clínica. Este tipo de comunicação exige sensibilidade, competência técnica e a capacidade de adaptação a um contexto altamente instável e emocionalmente exigente, onde a vida da pessoa está, muitas vezes, em risco iminente (Lopes & Gama, 2024). No entanto, a comunicação em ambientes críticos está frequentemente condicionada por fatores organizacionais, como a escassez de tempo, o ruído ambiental, a sobrecarga de trabalho e as tensões emocionais da equipa. Estas condições podem comprometer a qualidade da informação transmitida e a relação terapêutica entre o profissional e o doente (Riley, 2004).

Um dos principais desafios prende-se com a limitação ou ausência de comunicação verbal por parte do doente, o que dificulta a avaliação das suas necessidades, emoções e desconforto. Nestas situações, os profissionais devem recorrer a estratégias de comunicação não verbal.

A comunicação não verbal refere-se ao processo de transmitir informações sem o uso de palavras, através de elementos como expressões faciais, gestos, postura, contacto visual, proximidade física e outros comportamentos corporais. A comunicação não verbal pode expressar emoções, atitudes e intenções de forma imediata, sendo essencial para a compreensão integral das mensagens em qualquer contexto de comunicação (Cunha, 2024). Assim, quando o doente não pode ou não consegue falar, a comunicação não verbal é uma alternativa válida e fundamental nomeadamente através da interpretação de expressões faciais, movimentos oculares ou respostas motoras, exigindo uma interpretação sensível dos sinais do doente (Carvalho et al., 2020).

A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) num conjunto de ferramentas que complementam ou substituem a produção da fala e da escrita. A componente aumentativa é utilizada para apoiar a fala existente quando esta não é suficiente, enquanto, a componente alternativa é utilizada em substituição da fala, em pessoas sem produção verbal funcional (American Speech-Language-Hearing Association, 2024).

Neste sentido, torna-se imperativo investir na formação contínua dos profissionais de saúde em competências de comunicação, especialmente em contextos de elevada pressão. Estratégias como a

simulação clínica, a supervisão em contexto real e o trabalho em equipa multidisciplinar podem contribuir para minimizar os desafios comunicacionais, promovendo um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa (Maclean et al., 2017).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), comunicação é o "Comportamento interativo: dar e receber informação utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados" (OE, 2011a, p. 45).

O REPE, no ponto 2, do artigo 9.º, do Decreto-Lei n. º161/96, de 4 de setembro, refere que são intervenções:

> (...) autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (OE, 2011b, p. 4).

Neste contexto, a comunicação, enquanto intervenção autónoma do enfermeiro, assume um papel fundamental na prática de enfermagem. É através da comunicação que se estabelecem vínculos de confiança e empatia com a pessoa, promovendo a personalização dos cuidados, a segurança e satisfação do utente. Além disso, facilita o reconhecimento de comportamentos, emoções e necessidades, contribuindo para a satisfação dos profissionais de saúde.

A clareza na explicação dos procedimentos e diagnósticos, usando uma linguagem simples e adequada ao nível de literacia em saúde, é essencial para garantir a compreensão do plano de cuidados. A escuta ativa por parte dos enfermeiros também se destaca como uma competência crucial, contribuindo para que os utentes se sintam verdadeiramente ouvidos. A sensibilidade cultural também se revela determinante, pois permite respeitar crenças e práticas de diferentes contextos, fortalecendo o vínculo terapêutico. Quando existe uma comunicação eficaz, baseada numa relação de confiança e respeito mútuo, os utentes tendem a aderir melhor aos tratamentos e a beneficiar de cuidados mais humanizados, promovendo uma recuperação mais satisfatória. Torna-se imperativo investir na formação contínua dos profissionais de saúde em competências de comunicação, especialmente em contextos de elevada pressão. Neste sentido, sentimos necessidade de explorar a evidência científica existente sobre as estratégias de comunicação utilizada pelos enfermeiros no cuidar à PSC.

2. Tipo de estudo

A prática baseada na evidência e os cuidados de saúde baseados na evidência correspondem a um processo no qual a evidência produzida é criteriosamente avaliada, sintetizada e integrada na prática clínica, sendo posteriormente aplicada pelos profissionais de saúde. Estes, por sua vez, analisam o impacto da aplicação dessa evidência nos resultados em saúde, nos sistemas de saúde e na sua própria prática. Trata-se de um processo contínuo, que se inicia com a produção e análise crítica do conhecimento e termina com a avaliação dos efeitos da sua implementação na prática (Apóstolo, 2017).

A adoção, implementação e manutenção da prática baseada na evidência tornam-se cada vez mais essenciais para a saúde, para as instituições e para os profissionais, uma vez que contribuem para a melhoraria da qualidade e da fiabilidade dos cuidados de saúde, para a otimização dos resultados em saúde e para redução de custos, acrescentando valor significativo aos cuidados prestados e melhorando a experiência do utente (Apóstolo, 2017).

O modelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) baseia-se em quatro etapas essenciais: a produção de evidências para os cuidados de saúde, a análise e síntese dessas evidências, a sua disseminação e, por fim, a sua aplicação na prática. As evidências provenientes de estudos primários são avaliadas quanto à sua qualidade, organizadas em síntese e partilhadas com os profissionais de saúde e com os contextos onde os cuidados são prestados. Posteriormente, esses profissionais aplicam as evidências na prática e monitorizam o impacto nos resultados na saúde dos utentes, nos sistemas de saúde e na sua própria prática clínica.

Para Apóstolo (2017), a síntese da evidência consiste na organização dos resultados da investigação primária, podendo ser realizada através de revisões sistemáticas, revisões rápidas e orientações clínicas (*clinical guideline*s).

O JBI reconhece que a evidência pode assumir diferentes formas e que as práticas são influenciadas por múltiplos tipos de conhecimento e fontes de evidência, nomeadamente no que se refere à viabilidade, adequação, relevância e eficácia (JBI, 2024).

As *scoping reviews* podem ser realizadas de forma autónoma, com o objetivo de explorar áreas amplas, identificar lacunas na evidência, clarificar conceitos e descrever os diversos tipos de evidência que podem orientar a prática numa determinada área. Estas revisões permitem ainda mapear a evidência de acordo com o momento da sua publicação, o país de origem, a fonte e a sua proveniência (JBI, 2024).

Este método permite a síntese de evidências relacionadas com questões abrangentes de forma sistemática, transparente e rigorosa, garantindo a fiabilidade dos dados e possibilitando a replicação do processo por outros investigadores em diferentes contextos (Salvador et al., 2021). Assim, foi desenvolvida uma *scoping review*. de acordo com a metodologia do JBI.

2.1. Objetivo e finalidade do estudo

O objetivo geral deste estudo consiste em explorar a evidência científica sobre as estratégias de comunicação adotadas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica.

No âmbito deste estudo, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica;
- Descrever as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica;
- Descrever os desafios enfrentados pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa em situação crítica;
- Identificar a importância da comunicação em contextos de alta complexidade.

2.2. Questão de revisão

A questão de investigação de uma *scoping review* é o elemento central que orienta e estrutura o desenvolvimento dos critérios específicos de inclusão. A formulação clara e precisa desta questão é essencial para a elaboração do protocolo, pois facilita uma pesquisa bibliográfica mais eficaz e garante uma estrutura coerente para a realização da *scoping review* (JBI, 2024).

De acordo com as recomendações do JBI (2024), para a elaboração de uma *scoping review,* a questão de investigação foi desenhada com recurso à mnemónica PCC, que serviu como suporte metodológico para a sua estruturação: P – População, C – Conceito, C – Contexto, conforme exposto na tabela 1.

Tabela 1

PCC

PCC	Descrição
População	Enfermeiros
Conceito	Estratégias de Comunicação
Contexto	Pessoa em situação Crítica

Assim, surge a seguinte questão de investigação: "Quais são as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica?"

2.3. Seleção de termos de pesquisa

A escolha dos termos de pesquisa teve início com a identificação de palavras-chave e termos de indexação associados aos conceitos relevantes como comunicação, pessoa em situação crítica, enfermeiros e estratégias de comunicação dos quais resultaram os descritores apresentados na tabela 2.

Tabela 2

Descritores utilizados na pesquisa

Conceito	Descritores/Termos de pesquisa
Comunicação	"C*ommunication*"," Communication *strategies*", "*Nurse-patient communication"*
Enfermeiros	"*Nurs**"
Pessoa em situação crítica	"*Critical care*", "*Critical illness"*

Procedeu-se à identificação dos descritores através da consulta sistemática aos termos controlados das bases de dados *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo complementada pela inclusão de termos em linguagem natural relevantes para o campo de estudo em questão.

Seguiu-se com a análise das variações dos termos, nomeadamente as que apresentavam sufixos diferentes, optando-se pela utilização da truncagem "*" para abranger as diversas formas da palavra. Por fim, procedeu-se à combinação dos descritores utilizando os operadores booleanos "*AND*" e "*OR*", resultando na formulação da seguinte expressão booleana: ((("*Communication" OR "Communication Strategies" OR "Nurse-Patient Communication")) AND (("Nurs*"))) AND (("Critical Care" OR "Critical Illness"))*

2.4. Seleção dos estudos

Os critérios de inclusão e exclusão desempenham um papel essencial na realização de uma *scoping review*, estes fornecem um quadro metodológico claro que orienta a seleção dos estudos a serem considerados. Estes critérios não só delimitam o foco da revisão, como asseguram a transparência e reprodutibilidade, permitindo ao leitor uma compreensão rigorosa dos parâmetros estabelecidos pelos autores para determinar a elegibilidade dos estudos incluídos (JBI, 2024). Com o objetivo de garantir a pertinência adequada dos estudos incluídos na *scoping review,* foram previamente definidos critérios de inclusão e exclusão, os quais estão detalhados na Tabela 3.

Tabela 3

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
Estudos publicados entre 2021 e 2026 em *free full texto;*	Estudos em que a língua não seja português, inglês e espanhol;
Estudos que abordem estratégias de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica;	Excluídos estudos que abordem a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica, cuja população participante tenha idade inferior a 18 anos.

Estudos desenvolvidos em contexto hospitalar.

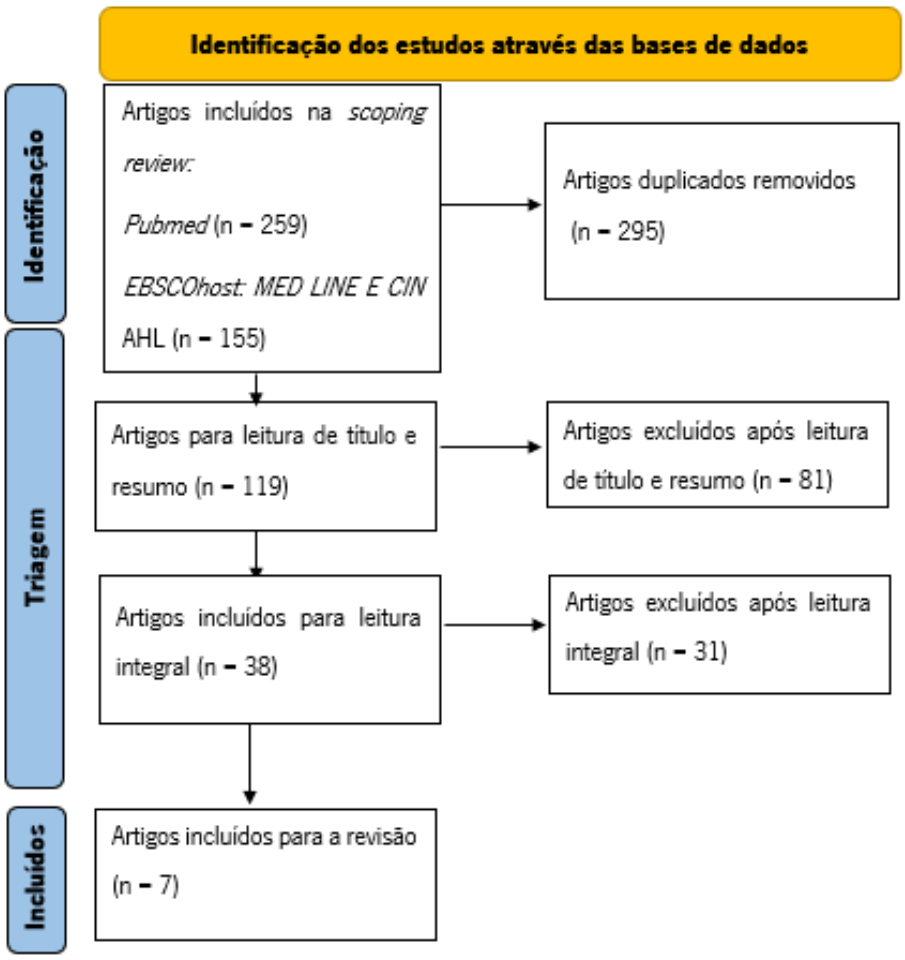
A primeira fase consistiu numa pesquisa inicial limitada nas bases de dados PUBMED, CINAH, MEDLINE (via EBSCO), com o objetivo de identificar artigos sobre o fenómeno de interesse, utilizando uma frase booleana. Nos artigos considerados relevantes, foram analisadas as palavras presentes nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação usados para descrever os estudos, com vista a desenvolver uma estratégia de pesquisa mais abrangente. As estratégias de pesquisa foram ajustadas e personalizadas para cada base de dados, dado que cada uma delas utiliza um vocabulário controlado distinto.

Na segunda fase, foram realizadas pesquisas específicas em cada uma das bases de dados e fontes de informação selecionadas. Todas as referências identificadas foram organizadas e geridas através do software Rayyan. A pesquisa efetuada no dia 23 de março de 2026, resultou num total de 414 artigos, dos quais 295 foram excluídos por duplicação.

Posteriormente, dois investigadores independentes procederam à leitura dos títulos e resumos. Após uma reunião de consenso, foram excluídos 81 artigos por não se alinharem com a questão de investigação, restando 38 artigos para leitura integral. Após esta fase, mais 31 artigos foram excluídos, após leitura completa por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente. Assim, a *scoping review* integra 7 artigos para análise. Foi elaborado um fluxograma, com base nas diretrizes PRISMA e nas orientações do JBI (2024), que sintetiza as etapas desde a pesquisa até à seleção dos artigos a serem incluídos na revisão, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1

Diagrama de fluxo PRISMA (JBI, 2024)



2.5. Apresentação dos resultados

A seleção dos estudos para análise resultou na inclusão de sete artigos, que constituem a amostra desta *scoping review*. Os estudos foram organizados de forma cronológica, de acordo com a data de publicação, sendo também identificados os autores e o país de origem de cada estudo. Além disso, os artigos foram numerados sequencialmente, de forma a facilitar a sua apresentação e discussão. Assim, os artigos selecionados são os seguintes:

E1: *Caring touch as communication in intensive care nursing: a qualitative study* (Sandnes, L., &

Uhrenfeldt, L., 2024, Noruega);

E2: *The Importance of Caring Touch in Intensive Care. A Qualitative Observation and Interview Study* (Rosenqvist et al., 2024, Suécia);

E3: *Facilitators, barriers and acceptability of implementing a communication board in Sri Lankan intensive care units: A qualitative descriptive study* (Kuruppu et al., 2024, Sri Lanka);

E4: *Improving satisfaction with intensive care nursing: Perspectives of nurses and patients* (Romero-García et al., 2025, Espanha);

E5: RESCUE - *Rapid, Effective, Safe Communication in Emergency Departments: A cross-sectional e-survey* (Freeman-Sanderson et al, 2025, Austrália);

E6: *Feasibility of implementing a communication board to improve communication interactions of mechanically ventilated patients in intensive care units at one Sri Lankan hospital – A pilot randomised controlled trial* (Kuruppu et al., 2025a, Sri Lanka);

E7: *Acceptability of implementing a communication board for mechanically ventilated patients in intensive care units: A crosssectional substudy of the intervention arm of a pilot randomized controlled trial* (Kuruppu et al., 2025b, Sri Lanka).

Dos sete artigos selecionados, três são provenientes do Sri Lanka, sendo os quatro restantes originários da Austrália, da Noruega, da Suécia e da Espanha. No que reporta ao ano de publicação, os estudos foram publicados entre 2024 e 2025.

Para facilitar a análise comparativa dos estudos incluídos, elaborou-se o quadro de resultados que sintetiza as principais características e achados de cada artigo. Neste quadro, foram registados o tipo de estudo, o objetivo do estudo, os participantes, o contexto em que a investigação foi realizada, o tipo de comunicação, as estratégias de comunicação utilizadas e os principais resultados obtidos Tabela 4.

Tabela 4

Estudos selecionados

E1: Sandnes, L., & Uhrenfeldt, L., (2024) / Noruega / *Caring touch as communication in intensive care nursing: a qualitative study*	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo

Objetivos	Explorar as experiências dos enfermeiros ao utilizarem o toque afetuoso como uma estratégia de comunicação com os utentes
Participantes	8 enfermeiros
Contexto	Unidade de cuidados intensivos
Tipo de comunicação	Comunicação não verbal e verbal
Estratégias de comunicação utilizadas	Toque afetuoso e interpretação de linguagem corporal
Resultados/ Conclusões	O estudo evidencia o uso do toque afetuoso como uma estratégia de comunicação com o utente. Enfatiza que, através de pequenas ações, como segurar a mão, os enfermeiros comunicam de forma silenciosa, transmitindo respeito e compreensão pelas experiências vividas com a pessoa. Nenhuma palavra é necessária nesta estratégia de comunicação, embora o toque afetuoso também possa ser usado para reforçar palavras ditas. Com o toque, é possível comunicar presença, segurança, confiança e cuidado. Este estudo evidencia também que esta estratégia é particularmente importante em situações em que a comunicação verbal é limitada ou impossível devido à gravidade do estado de saúde da pessoa.

E2: Rosenqvist et al., (2024) / Suécia/ *The Importance of Caring Touch in Intensive Care. A Qualitative Observation and Interview Study*

Tipo de estudo	Estudo qualitativo e exploratório
Objetivos	Demonstrar a experiência do toque afetuoso
Participantes	27 participantes (utentes, enfermeiros e familiares)

Contexto	Unidade de Cuidados Intensivos
Tipo de comunicação	Comunicação Não Verbal
Estratégias de comunicação utilizadas	Toque como guia e comunicação, o toque como expressão de compaixão, o toque como segurança e conforto.
Resultados/ Conclusões	O toque afetuoso foi considerado uma estratégia de comunicação crucial, sendo capaz de transmitir presença com os pacientes, principalmente quando a comunicação verbal não era possível. A importância do toque para o alívio do sofrimento físico e emocional foi amplamente descrita pelos pacientes. Quando a comunicação verbal não é possível, a linguagem corporal revela o que a pessoa está a sentir.

E3: Kuruppu et al., (2024) / Sri Lanka / *Facilitators, barriers and acceptability of implementing a communication board in Sri Lankan intensive care units: A qualitative descriptive study*

Tipo de estudo	Estudo qualitativo e descritivo
Objetivos	Explorar as perceções dos pacientes e dos enfermeiros sobre os facilitadores, barreiras e aceitabilidade à implementação de um quadro de comunicação
Participantes	17 participantes (8 pacientes e 9 enfermeiros)
Contexto	Unidade de cuidados intensivos
Tipo de comunicação	Comunicação não verbal/Comunicação aumentativa e alternativa (CAA)

Estratégias de comunicação utilizadas	Foram utilizados quadros de comunicação com imagens e palavras que descrevem as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes. A utilização de gestos e da leitura labial complementou o uso destes quadros.
Resultados/ Conclusões	Os pacientes e os enfermeiros mostraram atitudes positivas em relação ao uso do quadro de comunicação, considerando-o uma ferramenta útil e eficaz. O uso desta estratégia ajudou a reduzir a frustração, a melhorar a comunicação e a facilitar a identificação das necessidades dos pacientes. Apesar da aceitação, algumas barreiras foram identificadas, como as dificuldades físicas dos pacientes, como baixa destreza manual e o excesso de carga de trabalho por parte dos enfermeiros. O estudo conclui que a implementação do quadro, como estratégia de comunicação é viável e bem aceite melhorando os cuidados e a comunicação.

E4: Romero-García et al., (2025) / Espanha / *Improving satisfaction with intensive care nursing: Perspectives of nurses and patients*

Tipo de estudo	Descritivo qualitativo
Objetivos	Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para melhorar a satisfação com os cuidados de enfermagem
Participantes	25 participantes (11 pacientes e 14 enfermeiros)
Contexto	Unidade de cuidados intensivos
Tipo de comunicação	Comunicação verbal e não verbal
Estratégias de comunicação	Na comunicação verbal, os enfermeiros forneciam informações claras e diretas antes da realização de procedimentos. O uso de linguagem simples, do alfabeto e de tecnologia como por ex. tablets com faces e "sim" ou "não" são incentivos à expressão verbal dos pacientes. A

	comunicação não verbal como o olhar, o toque e os gestos foram enfatizados como estratégias importantes de comunicação, especialmente em situações onde a comunicação verbal era difícil ou impossível. Os enfermeiros e os pacientes destacaram a importância de mostrar empatia e escuta ativa, de modo a transmitir confiança e segurança.
Resultados/ Conclusões	As estratégias de comunicação acima referidas foram vistas como essenciais para melhorar a satisfação do paciente, reduzindo assim, os momentos de fragilidade e incerteza, pois ajudam a desenvolver uma conexão emocional, promovendo um cuidado mais humanizado e realçando a importância do cuidado holístico.

E5: Freeman-Sanderson et al., (2025) / Austrália / RESCUE - *Rapid, Effective, Safe Communication in Emergency Departments: A cross-sectional e-survey*

Tipo de estudo	Transversal descritivo
Objetivos	Compreender as perspetivas dos enfermeiros, médicos e auxiliares de saúde sobre a comunicação durante o uso de EPI e saber as estratégias utilizadas para a recuperação da comunicação
Participantes	81 participantes (38 enfermeiros, 17 médicos, 23 auxiliares de saúde)
Contexto	Serviço de urgência
Tipo de comunicação	Comunicação verbal e não verbal
Estratégias de comunicação	O estudo identificou várias estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde para mitigar os impactos do uso de EPI, como o aumento do volume da voz, a repetição de informação, o uso de gestos, a mímica, a aproximação física, a utilização de expressões faciais e o uso da caneta e papel.

Resultados/ Conclusões	O uso de EPI, especialmente das máscaras, teve um impacto significativo na comunicação, tanto ao nível da compreensão como da expressão. Os participantes referiram que o uso de EPI influenciou a interpretação da comunicação com impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados ao utente e conduziu também a maiores níveis de frustração, tanto nos profissionais como nos utentes. Face a estes constrangimentos os participantes utilizaram estratégias como o aumento o volume da voz, a redução da velocidade da fala, o recurso a gestos, e a modificação do ambiente, a saber a diminuição do ruído de fundo para melhorar a comunicação.

E6: Kuruppu et al., (2025a) / Sri Lanka / *Feasibility of implementing a communication board to improve communication interactions of mechanically ventilated patients in intensive care units at one Sri Lankan hospital – A pilot randomised controlled trial*	
Tipo de Estudo	Estudo clínico randomizado piloto
Objetivos	Avaliar a viabilidade de implementação de um quadro de comunicação
Participantes	60 pacientes com ventilação mecânica, responsivos a estímulos verbais
Contexto	Unidade de cuidados intensivos
Tipo de comunicação	Comunicação aumentativa e alternativa (CAA)
Estratégias de comunicação	Quadro de comunicação com figuras e palavras foi utilizado para que os pacientes pudessem expressar as suas necessidades. Esta estratégia de comunicação era complementada com gestos, leitura labial, caneta e papel.
Resultados/ Conclusões	O estudo demonstrou que a implementação de um quadro de comunicação foi viável. A taxa de sucesso foi de 96,7%. No grupo de intervenção, a utilização do quadro de comunicação evidenciou uma redução das dificuldades de comunicação e dos níveis de ansiedade. A

	satisfação quanto à estratégia de comunicação foi alta, pois os pacientes sentiam-se compreendidos. Todos os pacientes do grupo de intervenção usaram o quadro de comunicação pelo menos uma vez.

E7: Kuruppu et al., (2025b), / Sri Lanka / *Acceptability of implementing a communication board for mechanically ventilated patients in intensive care units: A crosssectional substudy of the intervention arm of a pilot randomized controlled trial*

Tipo de Estudo	Estudo piloto randomizado controlado
Objetivos	Avaliar a aceitabilidade do uso de um quadro de comunicação para pacientes em ventilação mecânica
Participantes	80 participantes (30 pacientes e 50 enfermeiros)
Contexto	Unidade de cuidados intensivos
Tipo de comunicação	Comunicação aumentativa e alternativa (CAA)
Estratégias de comunicação	Foi utilizada a comunicação através de um quadro com imagens e palavras que representam necessidades básicas, tais como a dor e o frio. Os pacientes utilizavam o quadro para apontar as palavras ou imagens que melhor expressavam as suas necessidades. Os enfermeiros eram instruídos a apresentar o quadro aos pacientes e a orientá-los a apontar as figuras ou a responder com gestos de cabeça de forma a indicar as suas necessidades.
Resultados/ Conclusões	O uso do quadro de comunicação foi bem aceite tanto pelos pacientes como pelos enfermeiros. A utilização do quadro ajudou a melhorar as interações entre os enfermeiros e os pacientes ventilados, proporcionando uma estratégia eficaz de comunicação, reduzindo a ansiedade e proporcionando uma maior interação dos enfermeiros com os utentes e vice-versa.

A partir dos estudos apresentados, o contexto predominante ocorreu na unidade de cuidados intensivos, tendo encontrado um no serviço de urgência. Nos estudos identificados, os enfermeiros enfrentaram desafios para comunicar com os pacientes que estavam em situação crítica de saúde, especialmente quando estes não podiam responder verbalmente devido ao uso de ventilação mecânica, ou, situações em que a elevada carga de trabalho dos enfermeiros e o reduzido rácio, não permitiam dedicar tempo necessário para garantir a comunicação. A utilização de equipamentos de proteção individual dificultou tanto a expressão facial como a compreensão verbal. As faltas de adoção das ferramentas criaram lacunas na comunicação. Muitos pacientes evidenciaram níveis elevados de ansiedade e frustração, decorrentes, por um lado, da dificuldade em compreender a comunicação e, por outro, da perceção de não se sentirem compreendidos.

Os resultados identificados centram-se na utilização de estratégias de comunicação como o toque afetuoso, a utilização de quadros de comunicação com imagens e palavras representando as necessidades básicas incluindo opções como "sim" ou "não", o recurso a gestos, a leitura labial, a escrita com caneta e papel, bem como, o uso de linguagem simples e clara, a repetição da informação para perceber se o doente entendeu a informação dada, o aumento do volume da voz e a redução de ruídos envolventes.

2.6. Discussão dos resultados

A comunicação com a pessoa em situação crítica exige uma abordagem cuidadosa, sensível e adaptativa, uma vez que estas pessoas frequentemente se encontram em condições físicas e psicológicas que limitam ou impossibilitam a comunicação verbal. Neste contexto, torna-se essencial a mobilização de estratégias que promovam a interação eficaz, respeitando as necessidades emocionais, físicas e cognitivas da pessoa.

Os resultados dos estudos analisados evidenciam a crescente relevância da implementação de estratégias de comunicação em contexto de cuidados críticos, nos quais a comunicação verbal é frequentemente limitada ou inexistente. De forma consistente, tanto os enfermeiros como as pessoas em situação crítica reconhecem a importância destas estratégias de comunicação para a melhoria a experiência de cuidados, na redução do sofrimento e promoção de um ambiente de cuidados mais humanizado.

O toque afetuoso destacou-se como uma das principais estratégias de comunicação não verbal. O estudo de Sandnes e Uhrenfeldt (2024) demonstra que gestos simples, como segurar a mão da pessoa, podem transmitir presença, segurança e confiança, mesmo na ausência de comunicação verbal. Este tipo de interação assume particular relevância em situações de incapacidade comunicacional, podendo funcionar de forma autónoma ou como complemento à comunicação verbal, reforçando a mensagem transmitida e estabelecendo uma ligação emocional. Na mesma linha de pensamento, o estudo de Rosenqvist et al. (2024) refere que o toque afetuoso contribui para o alívio do sofrimento físico e emocional, assumindo-se como uma forma de presença terapêutica silenciosa, mas significativa.

Baptista et al. (2021) reiteram que a comunicação não verbal é uma das formas mais importantes de interação com a pessoa em situação crítica, que não consegue comunicar verbalmente. Em situações onde a comunicação verbal não é possível, os enfermeiros devem estar particularmente atentos às formas não verbais de comunicação, como gestos, expressões faciais e toque, para interpretar as necessidades e emoções dos pacientes.

Gestos e movimentos podem ser usados pelas pessoas para indicar desconforto ou necessidades. Os enfermeiros devem ser capazes de perceber esses sinais e responder de maneira adequada. As expressões faciais e o toque afetuoso desempenham também um papel crucial na comunicação, não apenas para compreender os sentimentos e os estados de dor do paciente, mas também para transmitir empatia e apoio. O contacto visual é outra ferramenta poderosa, pois transmite confiança e conforto, enquanto o toque e uma postura aberta e recetiva podem ajudar a pessoa a sentir-se mais à vontade e segura.

No âmbito da comunicação aumentativa e alternativa, estudos realizados no Sri Lanka, nomeadamente o de Kuruppu et al. (2024), evidenciam que a implementação de quadros de comunicação na unidade de cuidados intensivos constitui uma estratégia eficaz para melhorar a interação entre os enfermeiros e as pessoas ventiladas. Estes instrumentos, compostos por palavras, imagens e símbolos, permitem a expressão de necessidades básicas, como dor e desconforto, contribuindo para a redução da frustração, ansiedade e medo.

Paralelamente, um estudo realizado por Handberg e Voss (2017) afirma que, na Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), a estratégia central envolve a utilização de dispositivos como os tablets, que permitem à pessoa comunicar-se por meio de textos, símbolos ou imagens. Estes dispositivos são particularmente úteis em ambientes críticos, onde, por vezes, a comunicação verbal não é possível devido à intubação ou a outras condições que afetam a fala. Outra estratégia abordada é o uso de quadros de

comunicação. Estes recursos, mais simples e económicos, como quadros com palavras, imagens ou símbolos, permitem à pessoa apontar para indicar as suas necessidades ou responder a questões. Os quadros são fáceis de implementar e podem ser adaptados às necessidades individuais da pessoa, tornando-se uma ferramenta prática.

Handberg e Voss (2017), reforçam ainda que, a importância da personalização das estratégias. Cada pessoa pode ter necessidades e capacidades diferentes e, por conseguinte, as abordagens de comunicação devem ser adaptadas a essas diferenças. A personalização pode envolver a escolha de dispositivos ou métodos que melhor se alinhem com as habilidades e limitações individuais, garantindo que a comunicação seja o mais eficaz possível.

A aceitabilidade desta intervenção foi posteriormente confirmada por Kuruppu et al. (2025a), que reportaram uma elevada taxa de sucesso (96,7%) na utilização, de quadros de comunicação bem como níveis elevados de satisfação entre os enfermeiros e as pessoas. A utilização dos quadros de comunicação revelou-se associada a uma diminuição das dificuldades comunicacionais e dos níveis de ansiedade, promovendo uma maior sensação de compreensão por parte das pessoas em situação crítica.

Por outro lado, o uso do EPI constitui uma barreira relevante à comunicação. Freeman-Sanderson et al. (2025) demonstrou que a utilização de máscaras e outros dispositivos compromete a clareza da comunicação, dificultando a perceção das expressões faciais e a projeção da voz. Para ultrapassar estas limitações, os profissionais recorrem a estratégias adaptativas, como o aumento do volume da voz, o uso de gestos e a comunicação escrita. Estes resultados são corroborados por Istanboulian et al., (2026), que reforça que, embora indispensável para a segurança, o uso de EPI dificulta significativamente a comunicação, sobretudo com pessoas não verbais. Adicionalmente, fatores como a escassez de profissionais de saúde, a ausência de estratégias específicas de comunicação e a falta de recursos adequados foram identificados como barreiras à comunicação eficaz Istanboulian et al., (2026). Também os resultados do estudo de Silva et al. (2022), vão ao encontro de Kuruppu et al. (2024), afirmando que uma das principais barreiras à comunicação é o uso de dispositivos médicos, como tubos e sondas, que dificultam a comunicação verbal com a pessoa em situação crítica. Pacientes intubados muitas das vezes não conseguem expressar as suas necessidades de forma clara, o que exige que os enfermeiros desenvolvam estratégias de comunicação.

Além disso, a dificuldade comunicacional leva a que a pessoa não receba informações claras sobre o seu estado de saúde e dos tratamentos realizados, o que gera frustração, ansiedade e insegurança. A ausência de uma comunicação eficaz sobre o prognóstico e os procedimentos realizados pode agravar o

stress emocional para a pessoa, comprometendo a relação de confiança.

Brambilla et al., (2025) salienta que as dificuldades comunicacionais em pessoas sob ventilação mecânica estão associadas a sentimentos de isolamento social e sofrimento emocional. A incapacidade de comunicar eficazmente pode originar frustração, ansiedade, raiva e sentimentos de impotência. Neste sentido, os autores reforçam a necessidade de investir na capacitação dos profissionais de saúde em estratégias de comunicação, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e do bem-estar das pessoas.

Os resultados sugerem, assim, que a comunicação deve ser encarada como uma prática holística, integrando estratégias comunicacionais verbais e não verbais. Romero-García et al. (2025) refere que os enfermeiros recorrem a múltiplas estratégias, como linguagem simples e clara, contacto físico, gestos e expressões não verbais, para estabelecer uma comunicação eficaz e empática com as pessoas. Esta abordagem contribui para o estabelecimento de uma relação de confiança, redução da ansiedade e aumento da satisfação com os cuidados, tendo por base uma visão holística do cuidado à pessoa em situação crítica.

Grant et al. (2025), num estudo realizado, vem confirmar que abordam a comunicação em enfermagem de uma forma holística, sublinhando a importância de manter uma presença que vai além da simples transmissão de informações clínicas. A comunicação é vista como uma ferramenta essencial para construir um relacionamento único e significativo entre o enfermeiro e a pessoa. Este relacionamento deve ser centrado não apenas nas necessidades físicas e clínicas, mas também nos valores, desejos e preferências pessoais.

A abordagem holística da comunicação propõe que o enfermeiro se envolva de forma contínua com a pessoa, considerando a totalidade do indivíduo, ou seja, não apenas na condição física, mas também nos aspetos emocionais, psicológicos e sociais individuais da pessoa. Assim, a comunicação eficaz não se limita a uma simples partilha de informações, mas sim, a uma interação profunda e personalizada, onde o enfermeiro procura compreender e responder de forma empática às necessidades universais da pessoa.

De forma global, a evidência analisada aponta para a necessidade de uma abordagem multifacetada da comunicação com a pessoa em situação crítica, integrando estratégias como o toque afetuoso, os quadros de comunicação e a adaptação comportamental dos profissionais. Torna-se, igualmente, essencial investir na formação dos profissionais de saúde, de modo a garantir a seleção e aplicação das estratégias mais adequadas a cada pessoa, bem como a gestão das barreiras comunicacionais existentes.

Adicionalmente, a incorporação de tecnologias, como tablets com imagens, palavras, alfabetos e símbolos, tem vindo a revelar-se uma ferramenta promissora na promoção da comunicação. Estas soluções, aliadas a estratégias não verbais, como o olhar, o toque e os gestos, contribuem significativamente para melhorar a interação entre enfermeiros e pessoas em situação crítica, especialmente quando a comunicação verbal se encontra comprometida (Romero-García et al., 2025).

Em suma, os resultados evidenciam que a comunicação com a pessoa em situação crítica deve ser adaptativa, intencional e centrada na pessoa, integrando múltiplas estratégias que promovam uma relação terapêutica eficaz, humana e de qualidade.

2.7. Considerações éticas

Conforme estabelecido pelo Código Europeu de Conduta para a Integridade na Investigação, uma investigação responsável deve ser fundamentada em princípios essenciais de integridade, que guiam os investigadores na realização do seu trabalho e refletem o seu compromisso com os desafios éticos, práticos e intelectuais inerentes à atividade científica (ALLEA – All European Academies, 2018). Durante todo o processo de investigação, foram rigorosamente respeitados os princípios éticos. No processo de seleção e revisão dos estudos, não foram identificados conflitos de interesse, uma vez que não existe qualquer vínculo entre os investigadores e os autores dos artigos analisados. Na análise e interpretação dos resultados, a integridade dos conteúdos foi preservada, assegurando a devida citação dos autores e evitando qualquer modificação ou distorção do conteúdo original presente nos artigos.

A investigadora, enquanto enfermeira e futura especialista, manteve uma postura ética e reflexiva ao longo de todo o processo, comprometendo-se com a produção de conhecimento científico de qualidade, sustentado por evidências, e a promover práticas seguras, humanizadas e baseadas na evidência.

Por fim, a condução deste estudo respeitou os princípios institucionais da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, especialmente no que diz respeito à integridade científica, à honestidade académica e à utilização ética da informação.

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório de estágio proporcionou uma reflexão aprofundada sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este percurso possibilitou, igualmente, o desenvolvimento de competências na área da investigação, através da elaboração de uma *scoping review* sobre a comunicação com pessoa em situação crítica, temática de elevada relevância no contexto de saúde.

O cuidado à PSC representa um dos maiores desafios para os enfermeiros, exigindo não só conhecimentos técnico-científicos atualizados, mas também competências clínicas avançadas, pensamento crítico, capacidade de tomada de decisão em tempo real, e uma presença ética e humanizada em contextos de elevada complexidade, abrangendo a pessoa e sua família. Neste contexto, os enfermeiros especialistas assumem um papel central e altamente especializado, sendo responsáveis pela monitorização contínua do estado clínico da pessoa, pela antecipação e resposta a alterações súbitas, pela definição de prioridades de intervenção e pela articulação eficaz com a equipa multidisciplinar, garantindo cuidados seguros, rigorosos e adaptados à complexidade da situação, sem descurar a componente humana e ética do cuidar.

Ao longo do percurso formativo, foram desenvolvidas de forma progressiva competências comuns e específicas, que permitiram a capacidade de tomada de decisão fundamentada e intuitiva, sustentada na experiência clínica adquirida, possibilitando uma atuação eficaz e segura em contextos complexos e dinâmicos. Os estágios efetuados foram estruturantes para a solidificação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências possibilitando a consolidação de uma prática orientada para a prestação de cuidados especializados, individualizados e centrados nas necessidades da pessoa crítica e da sua família.

Durante este processo, foi mantida uma postura ativa, crítica e reflexiva, orientada para a aquisição e desenvolvimento das competências, sustentando a prática na melhor evidência científica disponível e integrando diferentes fontes de conhecimento em enfermagem. O pensamento crítico foi continuamente utilizado na análise da atuação profissional e os cuidados prestados, com enfoque na construção de relações terapêuticas significativas com a PSC e a sua família.

Foram igualmente valorizados os momentos de aprendizagem em contextos de emergência, exceção e catástrofe, bem como a adoção de uma abordagem proativa na prevenção e controlo de infeções e da

resistência antimicrobiana. A participação ativa em formações e eventos científicos contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos e atualização de práticas baseadas na evidência. Simultaneamente, foi reconhecida a importância do trabalho em equipa, da comunicação eficaz e da cooperação interdisciplinar como pilares essenciais para a prestação de cuidados de excelência.

A par da aquisição e desenvolvimento de competências na prática clínica, a investigação desempenha um papel crucial no desenvolvimento e aprimoramento das competências do enfermeiro especialista, especialmente no cuidado à pessoa em situação crítica. A investigação científica permite a implementação de práticas baseadas em evidência, garantindo que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e atualizados. Para os enfermeiros, a capacidade de integrar os resultados da investigação no seu quotidiano profissional é essencial para promover um cuidado de excelência e para a gestão de situações clínicas complexas. A pesquisa contínua é indispensável para a adaptação e inovação do cuidado, possibilitando aos enfermeiros uma abordagem cada vez mais personalizada, humana e alinhada com as necessidades da pessoa. Esta, contribui não só para a melhoria da prática de cuidados, mas também para o crescimento e evolução da profissão e da ciência em enfermagem, promovendo uma prática mais informada, reflexiva e com impacto positivo na saúde global das pessoas. Assim, a elaboração da *scoping review* constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento de competências em investigação, permitindo uma compreensão mais aprofundada do papel da comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica. A evidência analisada reforça a importância das estratégias de comunicação como ferramentas fundamentais para melhorar a interação entre profissionais de saúde e utentes, promovendo cuidados mais humanizados e eficazes.

A comunicação é um elemento central no cuidado da pessoa em situação crítica, sendo fundamental para a promoção de um cuidado holístico e centrado na pessoa. A comunicação não se limita apenas à troca de informações, sendo um fator crucial para a compreensão das necessidades físicas, emocionais e psicológicas da pessoa, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e do seu bem-estar no contexto crítico. Com base nestes resultados os enfermeiros na sua prática clínica devem abordar a comunicação de forma coesa, englobando tanto estratégias verbais como não verbais, como o uso de uma linguagem simples e clara, o toque, o olhar e gestos, os quais são essenciais para estabelecer uma relação terapêutica eficaz e empática. Além disso, a utilização de tecnologias, como quadros de comunicação com imagens e símbolos, surge como uma estratégia valiosa para superar as barreiras comunicacionais, tornando o cuidado mais eficaz e personalizado.

Torna-se essencial investigar a eficácia das estratégias de comunicação, uma vez que estas são fundamentais para compreender o impacto das estratégias aplicadas. A análise da eficácia irá permitir

identificar os pontes fortes e áreas de investigação, contribuindo para a melhoria contínua da comunicação. Avaliar o sucesso das estratégias, torna possível ajustar e otimizar as intervenções futuras, garantindo uma comunicação eficaz e alinhada com os objetivos desejados.

No contexto académico, é fundamental compreender como as diferentes estratégias podem influenciar a receção e a interpretação da informação, podendo estas ter implicações diretas na qualidade da comunicação com o doente. Investigar a eficácia destas estratégias, permite aos investigadores dar contributos validos para abordagens humanizadas e direcionadas a contexto específicos.

Considera-se que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, tendo este percurso contribuído de forma significativa para o desenvolvimento pessoal e profissional consolidando as bases para o exercício da prática como Enfermeira Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação critica.

Este percurso formativo foi marcado por diversos desafios, nomeadamente a conciliação entre a atividade profissional, a vida pessoal e as exigências do estágio, realizado em horário pós-laboral, bem como, o desenvolvimento do trabalho de investigação, exigindo elevados níveis de motivação, empenho, resiliência e dedicação.

Concluída esta etapa, mantém-se o compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo, sustentado nos princípios fundamentais da enfermagem, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados baseada na mais recente evidência científica e ao contributo para o avanço da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEA. (2018). *Código europeu de conduta para a integridade da investigação:* Edição revista. ALLEA. https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf

American Speech-Language-Hearing Association. (2024). Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación. *American Speech-Language-Hearing Association*. https://www.asha.org/public/speech/spanish/los-sistemas-aumentativos-y-alternativos-de-comunicacion/

Amorim, D. S. C. de Abdon, K. M. de M., & da Silva, F. A. S. (2024). Práticas de enfermagem no cuidado a pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva: uma revisão integrativa de literatura. *Ciências da Saúde*, 29(141), Artigo e10202412202201. https://doi.org/10.69849/revistaft/ra10202412202201

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dxelmhjdjcvhfwdpavdd

Bastos, J.R.O. (2018). Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem: projeto de empoderamento comunitário num ACES. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30684

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – A família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81–95. https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213

Baptista, G., Magalhães, B., Rodrigues, V., & Galvão, A. (2021). Estratégias de comunicação do enfermeiro com o doente crítico em unidades de cuidados intensivos: Scoping review. *Millenium - Journal of Life and Health Sciences, 2(15). https://doi.org/10.29352/mill0215e.35355*

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito.* Quarteto Editora.

Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência

Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3),13. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf

Brambilla, S., Ausili, D., Locatelli, G., Di Mauro, S., Bellani, G., & Luciani, M. (2025). Dificuldades de comunicação em pacientes surdos e em ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. *Nursing in Critical Care*, 30(3), e70037. https://doi.org/10.1111/nicc.70037

Campos, C. M. (2020). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem*. Psilogos*, 20(2), 1–10. https://doi.org/10.25752/psi.9725

Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88–96. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.003

Coimbra, P. (2021). *Morte cerebral e doação de órgãos.* In N. Coimbra, Enfermagem de Urgência e Emergência (pp. 227-243). Lidel – Edições Técnicas, lda.

Conselho de Enfermagem & Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2020). Parecer n.º 02/2020 – Rácio de enfermeiros em serviços de medicina intensiva – COVID. *Ordem dos enfermeiros* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf

Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, VI (1), e21028. https://www.redalyc.org/journal/3882/388271597022/388271597022.pdf

Cunha, S. (2024). Comunicação não verbal: Significado, tipologias e como melhorar. Susanacunhamentoria. https://susanacunhamentoria.pt/comunicacao-nao-verbal-significado-tipologias-e-como-melhorar/

Decreto Lei n.º 35/2023 da Assembleia da República. (2012). Diário da República: I série, n.º 136. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308

Decreto Lei n. º34/2012, de 14 de fevereiro. Diário da República n.º 32/2012, Série I de 2012-02-14. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/34-2012-543036

Decreto-Lei n.º 75/2019, de 30 de maio. (2019). Diário da República n.º 104/2019, Série I, 2747–2750. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/75-2019-122446605

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. (2022). Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-

08-04. Ministério da Saúde. Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-197351430

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278

Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5561-2014-25696609

Despacho n.º 5613/2015. Diário da República: II série, n.º 102, 13550–13553. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029

Despacho n.º 9390/2021- Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021-2026. Diário da República. II Série, nº187 (2021-09-24-09), 96-103. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Utentes-2021-2026.pdf.

Direcção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Ministério da Saúde - Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2007a). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.* https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infecao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2007b). *Comissões de controlo de infeção:* Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC.https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/comissoes_de_controlo_de_infecao.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação n.º 007/2010: *Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde.* https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.* https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma n.º 029/2012 - *Precauções básicas do controlo da infeção.* https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-

antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*.https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevenc-a-o-e-controlo-de-infec-o-es-e-de-resiste-ncias-2017-dgs.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos – Relatório anual do programa prioritário*. https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf

Freeman-Sanderson, A., Clayton, N., Fry, M., Sullivan, R., & Hemsley, B. (2025). RESCUE - Rapid, effective, safe communication in emergency departments: A cross-sectional e-survey. *Australasian Emergency Care*, 28(1), 123–128. https://doi.org/10.1016/j.auec.2024.12.002

Freitas, C. M. S. (2017). *A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem* [Relatório de Estágio]. Universidade Católica Portuguesa.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar!* https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf

Grant, J. B., Jones, J., Candrian, C., Oman, K. S., & Reed, S. M. (2025). The role of nursing communication: A critical interpretive synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances,* 9, 100373. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100373

Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 179–186. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007

Handberg, C., & Voss, A. K. (2017). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing,* 26(1-2), 123-133. https://doi.org/10.1111/jocn.13851

Harley, J. (2024*). Developing self-awareness for effective nurse leadership.* Nursing Management. https://doi.org/10.7748/nm.2024.e2124

Henriques, A. C., Eiras, M., & Bugalho de Almeida, A. (2014). Gestão da qualidade na saúde: Revisão da literatura. *Revista de Investigação em Qualidade,* 1(14), 1–14. https://publicacoes.riqual.org/wp-content/uploads/2023/01/edesp1_14_13_37.pdf

Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses's communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing,* 76(11), 2909–2920. https://doi.org/10.1111/jan.14524

Istanboulian, L., Freeman-Sanderson, A., Gilding, A., Rampogu, P., Smith, K. M., & Soldatić, K. (2026). Reported contributors to communication vulnerability for adult patients in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing, 92*, 104231. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104231

Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST). (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplante* (5ª ed.). http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf

JBI. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan, Eds.). https://www.fenf.unicamp.br/sites/default/files/2025-03/JBI_Manual_for_Evidence_Synthesis_Nov_2024.pdf

Kuruppu, N. R., Tobiano, G., Ranse, K., Abayadeera, A., & Chaboyer, W. (2024). Facilitators, barriers and acceptability of implementing a communication board in Sri Lankan intensive care units: A qualitative descriptive study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 83, 103708. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103708

Kuruppu, N. R., Ranse, K., Tobiano, G., Abayadeera, A., & Chaboyer, W. (2025b). Acceptability of implementing a communication board for mechanically ventilated patients in intensive care units: A cross-sectional substudy of the intervention arm of a pilot randomised controlled trial. *Australian Critical Care*, 38(1), 101153.https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.101153

Kuruppu, N. R., Chaboyer, W., Tobiano, G., Abayadeera, A., & Ranse, K. (2025a). Feasibility of implementing a communication board to improve communication interactions of mechanically ventilated patients in intensive care units at one Sri Lankan hospital – A pilot randomised controlled trial. *Intensive & Critical Care Nursing,* 87, 103891. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103891

Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I série, n.º 126. https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_ine

sctecabril2018.pdf

Lopes, T., & Gama, F. (2024). Comunicar com o doente crítico: Contributos da enfermagem. *Servir,* 2(09), e37978. https://doi.org/10.48492/servir0209.37978

Maclean, S., Kelly, M., Geddes, F., & Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Education Today*, 48, 90–98. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.018

Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G.-A. (2023). evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(11), 1231–1260. https://doi.org/10.1177/10499091221146296

Malta, A., Braga, C., Oliveira, R., Namora Santos, J., Fernandes, F., Pereira, A., & Sequeira, C. (2025). Enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica: Uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 8*(1), 1–11. https://doi.org/10.37914/riis.v8i1.335

Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*, 14(2), 153–166. https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/3810/3274

Martins, M. M., Trindade, L. de L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). Conflict management strategies used by portuguese nurse managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, 1–8. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336

Matos, A. D., Mendes, M. N., Bispo, S. M., & Amendoeira, J. (2020). A influência da comunicação terapêutica em enfermagem na transição para o estatuto familiar-cuidador: Uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém,* 8(1), 31–41. https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19876

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Parecer no 15/2018 - *Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ministério da Saúde. (2002). Despacho normativo no 11/2002. Diário da República: I Série B, n.º 55/2002, 1865–1866. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf

Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 15423/2013. Diário da República: II série, n.º 229.

https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf

Ministério da Saúde. (2014). Despacho no 10319/2014. Diário da República: II série, n.º 153, 20673–20678. https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021. Diário da República: ii série, n.º 187, 96–103. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar: Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 30(3), 323–355. https://doi.org/10.1590/1982

Mota, E. M., Cunha, M., & Santos, E. (2021). Cuidados de enfermagem forense: Uma análise dos conhecimentos e práticas de enfermeiros portugueses. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2021(9), 149–160 https://doi.org/10.29352/mill029e.25287

Nunes, L. (2020). *Para uma epistemiologia de enfermagem* (2.ª ed.). LUSODIDACTA; SABOOKS.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)* – Versão 2. Ordem dos Enfermeiros. 45 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).* Ordem dos Enfermeiros. 4 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.* 1–112. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento no 226/2018. Em Diário da República: II Série, no 74, 10758–10764. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/04/074000000/1075810764.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 392/2018. Diário da República: II série, n.º 123, 17993–17999. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2018-115603190

Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Regulamento nº 429/2018. Diário da República: II Série, n. º135,

19359–19370. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018d). Regulamento no 76/2018. Diário da República: II Série, n.º 21, 3478–3487. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento no 140/2019. Diário da República: II série, n.º 26, 4744–4750. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes ao título profissional de Enfermeiro Especialista.* 1–5. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma Abordagem Prática para Formular Políticas e Estratégias Destinadas a Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde. World Health Organization.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Júlio, J., Vaz, N. J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva.* Serviço Nacional de Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf

Pedroto, I., Nunes, S., Matos, L., Maçoas, F., Macedo, G., Cotter, J., ... Tato Marinho, R. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Gastroenterologia e Hepatologia. República portuguesa.* 7-37 https://www.nghd.pt/uploads/73732942-rede-de-referenciacao-hospitalar-sw-gastrenterologia.pdf

Pina, S., Canelas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients. A Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5),1–6. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562

Pinno, C., Taschetto, C. da F., Freitas, E. de O., Nunes, L. M., de Menezes, J. A. L., Petry, K. E., & Camponogara, S. (2020). Workload in a hospital inpatient unit using the Nursing Activities Score. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4),1–8. https://doi.org/10.12707/RV20047

Porto Editora. (2026). *Humanização.* Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa. https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/humanização

Regulamento n.º 76/2018 - *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão.* Diário da República, II Série, n.º 21 (2018-01-30), 3478–3487. https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf

Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 123. Recuperado de https://files.dre.pt/2s/2015/06/12300000/1724017243.pdf

Regulamento no 429/2018. Diário da República: II Série, n.º 135, 19359–19370. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf

Regulamento n.º 656/2021. Diário da República: II série, n.º 137, 173–191. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874

Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanização dos cuidados de enfermagem: uma revisão sistemática. *Frontiers in medicine*, 11, 1446701. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Benito-Aracil, L., Gallart Vivé, E., Tabernero-Gallego, R., Munoz-Rey, M. P., Martinez Rodríguez, L., & Alcalá-Jiménez, I. (2025). Improving satisfaction with intensive care nursing: Perspectives of nurses and patients. *Australian Critical Care*, 38(1), 101295.https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101295

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.).

Salvador, P., Alves, K., Costa, T., Lopes, R., Oliveira, L., & Rodrigues, C. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: Reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6,1–8. https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058

Sandnes, L., & Uhrenfeldt, L. (2024). Caring touch as communication in intensive care nursing: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being,* 19(1), 2348891. https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2348891

Silva, B. A. O., & Souza, D. A. (2022). A comunicação entre a enfermagem e os pacientes em uma unidade de terapia intensiva: Dilemas e conflitos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento,* 11(2), 138-148. https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n2.p138a148

Souza, D. d. O., & Maurício, J. C. (2018). A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 495–505. https://doi.org/10.1590/s0104-12902018164811

Teixeira, J. M. F., & Silva, M. A. C. P. (2023). *Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação*

crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056-1072. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/56300/41364

Tengblad, J., Airosa, F., Karlsson, L., Rosenqvist, J., Elmqvist, C., Karlsson, A.-C., & Henricson, M. (2024). "I am here"—The importance of caring touch in intensive care: A qualitative observation and interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. https://doi.org/10.1177/08980101231198723

United Nations Office for Disaster Risk Reduction & Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2020). *2020 The Non-COVID year in Disasters*. https://www.undrr.org/publication/2020-non-covid-year-disasters

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 22(2), 398–405. https://doi.org/10.1111/nhs.12671

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Participação no *Webinar* – Capacitar para o (im)provável: gestão de recursos em emergência médica e catástrofe



Certifica-se que **Rita Cerqueira Pinto**, nascido(a) em 28/01/1997, com o número de identificação civil ****4034, participou no webinar

// CAPACITAR PARA O (IM)PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

que decorreu em 20/12/2024, com a duração de 8 horas .

Porto Salvo, 20 de dezembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

Certificado nº 242611778

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

Anexo II – Certificado de participação no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano



need2 preserve

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

Rita Cerqueira Pinto

Esteve presente no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano, organizado pela NEED2PRESERVE e que decorreu nos dias 12 e 13 de março de 2025, no Teatro Municipal de Vila do Conde, com a duração de 9 horas.

Vila do Conde, 13 de março de 2025

António Pereira

Presidente

Anexo III – Certificado de Participação nas jornadas de Urgência e Emergência da ULSAAVE



JORNADAS
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
ULS ALTO AVE

CERTIFICADO
DE PARTICIPAÇÃO

Certificamos que

Rita Cerqueira Pinto

participou nas **Jornadas de Urgência e Emergência**, realizadas no dia **14 de Novembro de 2025**, com a duração total de **8 horas**, organizadas pelo Serviço de Urgência da ULS Alto Ave.

A presente atividade formativa foi acreditada pela **Ordem dos Enfermeiros**, nos termos do Regulamento n.º 428/2019 (Regulamento da Formação Pós-Graduada), com a atribuição de **0,40 créditos** de desenvolvimento profissional contínuo.

GUIMARÃES, 14 de novembro de 2025

Diretora do Serviço de Urgência

Presidente da Comissão Organizadora

Anexo IV – Certificado de formação em reprocessamento de endoscopia

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BRAGA

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Rita Cerqueira Pinto**, participou durante o ano **2025** enquanto **formanda** nas seguintes ações de formação:

Data Início	Data Fim	Formação	Nº Horas
15/05/2025	15/05/2025	Reprocessamento em Endoscopia	1,00

Braga, 22 de setembro de 2025

Serviço de Desenvolvimento Profissional

Dra. Paula [illegible]

(Técnica Superior)

ULS
BRAGA

Anexo V – Certificado de participação "IV Convenção Internacional dos Enfermeiros e II Encontro de Enfermeiros Gestores"

Ordem dos Enfermeiros

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

RITA CERQUEIRA PINTO

membro nº **95406** desta Ordem, participou no(a) "**IV Convenção Internacional dos Enfermeiros e II Encontro de Enfermeiros Gestores**", realizado **de 4 de Dezembro de 2025 a 6 de Dezembro de 2025**, com duração total de **18 Horas**, no(a) **Centro Pastoral Paulo VI, em Fátima.**

Fátima, 6 de Dezembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,85** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Anexo VI – Certificado de formação em choque sético refratário

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

CENTRO ACADÉMICO E DE FORMAÇÃO

Declaração de Formando

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Declara-se, para os devidos efeitos, que Rita Cerqueira Pinto, participou como formanda na formação em Serviço "*Choque sético refratário*" que decorreu no dia 09 de Dezembro de 2025 com a duração de uma hora.

Pel'O Centro Académico e de Formação

Julieta Capeda

Julieta Capeda

Anexo VII – Certificado de formação em desmame ventilatório

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE | CENTRO ACADÉMICO E DE FORMAÇÃO

Declaração de Formando

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Rita Cerqueira Pinto,** participou como formanda na formação em Serviço ***"Protocolo de Desmame Ventilatório no SMI"*** que decorreu no dia 10 de Dezembro de 2025 com a duração de duas horas.

Pel'O Centro Académico e de Formação

Julieta Capeda

Julieta Capeda

Anexo VIII - Certificado de Participação congresso HOB – Regresso a futuro da emergência pré-hospitalar



Anexo IX – Certificado Católica *Nursing Talks* – Intelegencia Artificial em saúde: aspetos éticos emergentes



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

Declara-se que

Rita Pinto

participou no ***Católica Nursing Talks - Inteligência artificial em saúde: aspetos éticos emergentes,*** que decorreu no dia *22 de janeiro 2026*, na Universidade Católica Portuguesa, no Porto, com duração total de 1h.

Porto, 22 de janeiro 2026

Universidade Católica Portuguesa
Escola de Enfermagem (Porto)
Portugal

Prof. Doutor Paulo Alves
(Diretor da Escola Enfermagem – Porto)

Anexo X – Certificado de participação (Re)agir quando o impossível acontece: Gestão de recursos em emergência e catástrofe



Certifica-se que **Rita Cerqueira Pinto**, nascido(a) em 28/01/1997, com o número de identificação civil ****4034, participou no seminário

// (RE)AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE
GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

que decorreu em 23/01/2026, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira

Certificado nº 260701772
Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

Anexo XI – Certificado de participação "*Webinar* – Desafios da Gestão em Enfermagem"

Ordem dos Enfermeiros

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

RITA CERQUEIRA PINTO

membro nº **95406** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem**", realizado no(s) dia(s) **no dia 27 de Janeiro de 2026**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

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