Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Hélia Maria Ferreira Afonso Gonçalves Pereira

Estratégias de Comunicação de Más Notícias à Pessoa em Situação Crítica e Conviventes em Contextos de Prestação de Cuidados

abril 2026

Estratégias de Comunicação de Más Notícias à Pessoa em Situação Crítica e Conviventes em Contextos de Prestação de Cuidados

Hélia Maria Ferreira Afonso Gonçalves Pereira

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Hélia Maria Ferreira Afonso Gonçalves Pereira

Estratégia de Comunicação de Más Notícias à Pessoa em Situação Crítica e Conviventes em Contextos de Prestação de Cuidados

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sobre a orientação do
Professora Doutora Ana Paula Macedo

abril 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 RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

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

Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus pais, por serem o meu porto seguro em todos os momentos. Pelo amor incondicional, pelo apoio constante e por nunca me deixarem duvidar de que isto seria possível — esta conquista é, também, vossa.

À Rosa, por continuares a ser a flor mais bonita do meu jardim, trazendo leveza e cor aos dias mais difíceis.

Ao Nuno, pelo amor que nunca falhou, pela paciência inesgotável e pelo apoio silencioso em cada momento — por estares sempre, mesmo quando tudo parecia mais pesado.

Ao Carlos, pela amizade, pela ajuda incansável e pela resiliência ao longo de todo este percurso. Por me lembrares que o que a praxe junta, ninguém separa.

À Joana Maria, por seres casa em forma de pessoa. Por todos os desabafos, todas as horas partilhadas e por me mostrares o verdadeiro pão de queijo — e tudo o que veio com ele. À família Oliveira Martins por ser a segunda casa/biblioteca nas horas livres

À Joana e à Sofia, por caminharem ao meu lado nesta aventura, por todas as partilhas, risos, gritos de ajuda e entreajuda — por terem sido muito mais do que colegas de turma, verdadeiras companheiras.

Ao maravilhoso Piquete de Quinta, por serem refúgio, alegria e constância no meio do caos das semanas, mesmo estando ausente. Um agradecimento especial à Flávia, por manter esta "casa" e à Carolina, por ser sempre o meu "speed dial" de todos os momentos.

Ao Lei das Ruas, por todos os momentos de pura alegria e leveza que tanto aqueceram o coração — agora ainda mais especiais com a chegada de dois novos membros.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio, pela compreensão e por todas as trocas que tornaram este caminho mais humano e possível.

Aos meus enfermeiros orientadores – Frederico, Rita e Fernando, por me guiarem com dedicação, exigência e confiança, e por contribuírem de forma tão marcante para o meu crescimento, não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

E por fim, à Professora Ana Paula, minha orientadora, pela orientação científica, pela disponibilidade e

pelo rigor exigente que contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira e investigadora.

Um obrigada nunca será suficiente.

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 que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Estratégias de Comunicação de Más Notícias à Pessoa em Situação Crítica e Conviventes em Contextos de Prestação Cuidados

Resumo

Introdução: A comunicação de más notícias constitui uma dimensão central do cuidar em enfermagem, particularmente relevante no contexto da pessoa em situação crítica, caracterizado por elevada complexidade clínica e vulnerabilidade emocional. **Objetivos:** Analisar criticamente o percurso de estágio desenvolvido em diferentes contextos clínicos, refletir sobre o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e explorar a evidência científica relativa às estratégias de comunicação de más notícias. **Métodos:** O relatório organiza-se em duas partes complementares. A primeira corresponde à componente clínica, integrando a descrição dos contextos de estágio e uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências. A segunda parte consiste numa *scoping review*, desenvolvida de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute* e orientada pela mnemónica PCC. **Resultados:** O percurso de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências técnico-científicas, ético-legais e relacionais, promovendo cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa. A *scoping review* evidenciou que a comunicação de más notícias assenta na clareza, honestidade e gradualidade da informação, na escuta ativa, empatia e presença terapêutica, bem como na adaptação às necessidades da pessoa e conviventes. Foram identificados fatores condicionantes, nomeadamente a sobrecarga assistencial, a limitação temporal, a ausência de formação específica e o impacto emocional nos profissionais. **Conclusão:** A comunicação de más notícias assume-se como uma competência central do enfermeiro especialista, com impacto direto na experiência da pessoa em situação crítica e dos conviventes, sendo essencial investir em formação e estratégias estruturadas.

Palavras-chave: Comunicação; Enfermeiros de Cuidados Críticos; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Revelação da Verdade; *Scoping Review*

Communication Strategies for Delivering Bad News to Critically Ill Patients and Their Relatives in Care Settings

Abstract

Introduction: Communicating bad news is a central dimension of nursing care, particularly relevant in the context of critically ill patients, characterized by high clinical complexity and emotional vulnerability. **Objectives:** To critically analyse the clinical internship undertaken in different healthcare settings, to reflect on the development of specialist competencies in Medical-Surgical Nursing within the area of critically ill patients, and to explore the scientific evidence regarding strategies for communicating bad news. **Methods:** The report is structured into two complementary parts. The first corresponds to the clinical component, including the description of internship settings and a critical-reflective analysis of competency development. The second part consists of a *scoping review*, conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute recommendations and guided by the PCC mnemonic. **Results:** The clinical internship contributed to the development of technical-scientific, ethical-legal, and relational competencies, promoting safe, humanized, and patient-centred care. The *scoping review* showed that communicating bad news is based on clarity, honesty, and gradual delivery of information, as well as active listening, empathy, and therapeutic presence, and adaptation to the needs of patients and their relatives. Constraining factors were identified, namely workload, time constraints, lack of specific training, and the emotional impact on professionals. **Conclusion:** Communicating bad news is a core competency of specialist nurses, with a direct impact on the experience of critically ill patients and their relatives, highlighting the importance of investing in training and structured strategies.

Keywords: Communication; Critical care nurses; Medical-surgical nursing; Scoping review; Truth disclosure

Índice Geral

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS i
Agradecimentos ii
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE iv
Resumo v
Índice Geral vii
Lista de Abreviaturas e Siglas ix
Índice de Figuras xii
Índice de Tabelas xii
Introdução 1
Parte I – Componente Clínica 4
1.Prática Clínica 4
2. O Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica 13
2.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 13
2.1.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal 14
2.1.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade 17
2.1.3. Competências do Domínio da Gestão de Cuidados 19
2.1.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais 23
2.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica 27
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 29
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 33
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica 38
Parte II – Componente de Investigação 42

1. Enquadramento 42
2. Tipo de Estudo 45
2.1. Objetivo e finalidade do estudo 45
2.2. Questão de Revisão 46
2.3. Seleção de termos de pesquisa 46
2.4. Seleção de estudos 47
2.5. Extração de Dados 49
2.6. Apresentação dos resultados 51
2.7. Discussão dos resultados 56
2.8. Considerações Éticas 69
3. Considerações finais 70
4. Referências bibliográficas 73
Anexos 88
Anexo I 89
Anexo II 91
Apêndices 94
Apêndice I 95
Apêndice II 105
Apêndice III 126

Lista de Abreviaturas e Siglas

ATLS – Advanced Trauma Life Support

AVC – Acidente Cerebral Vascular

BO – BlocoOoperatório

CMN – Comunicação Más Notícias

CVC – Cateter Venoso Central

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DeCS– Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

FAV - Fístula Arteriovenosa

GNR – Guarda Nacional Republicana

HD – Hemodiálise

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MeSH - *Medical Search Headings*

NAS – *Nursing Activity Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OVA – Obstrução Via Aérea

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RT – Responsável de Turno

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Craneoencefálico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UDC – Unidade de Decisão Clínica

UDITD – Unidade de Diagnóstico, Intervenção e Terapêutica de Diálise

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

Índice de Figuras

FIGURA 1 - Prisma *Flowchart*

Índice de Tabelas

Tabela I - Quadro Resumo Artigos

Tabela II - Formulário Extração de Dados

Introdução

A Unidade Curricular (UC) Estágio Final, integrado no 3º semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), constitui um momento central de consolidação e integração das competências desenvolvidas ao longo do percurso académico. O presente relatório surge no âmbito desta UC, lecionada na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, no ano letivo 2025/2026, e reflete de forma critica o percurso formativo realizado nos diversos contextos clínicos.

A experiência de estágio decorreu em três distintas aéreas de prestação de cuidados: unidade de diagnóstico, intervenção e terapêutica de diálise (UDITD), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Serviço de Urgência (SU). Estes contextos, embora distintos na sua organização e missão, partilham elevados níveis de complexidade clínica e exigem dos profissionais de enfermagem uma atuação tecnicamente diferenciada, sustentada no raciocínio clínico, na vigilância contínua e na capacidade de resposta a situações de instabilidade aguda. A diversidade de experiências permitiu uma compreensão abrangente co cuidado à PSC marcada por trajetórias clínicas imprevisíveis heterogéneas, o que reforça a necessidade de abordagens flexíveis, centradas na pessoa e capazes de se adaptar continuamente às mudanças no estado clínico e nas necessidades da PSC (Dresser et al., 2025; Kilpatrick et al., 2024).

O contexto da hemodiálise revelou-se um contributo importantíssimo para o desenvolvimento de competências especializadas, uma vez que a pessoa com doença renal crónica (DRC) apresentam múltiplas comorbilidades, elevado risco de infeção, alterações metabólicas significativas que, de forma frequente, resultam em episódios de descompensação clínica. Neste cenário, o enfermeiro especialista (EE) um papel central na monitorização, na deteção precoce, na prevenção de complicações e na realização de intervenções através de capacidade de tomada de decisão rápida e fundamentada exigindo a mobilização de conhecimento técnicos aprofundados (Gabbard et al., 2021).

Esta UC Estágio Final tem como propósito fundamental promover a articulação entre o conhecimento teórico, a prática clínica e a reflexão crítica, favorecendo o desenvolvimento progressivo da autonomia do estudante enquanto futuro enfermeiro especialista. Através da supervisão tutorial e da participação ativa nos contextos de prática, foi possível aprofundar competências relacionadas com o planeamento dos cuidados, a gestão da complexidade clínica e a mobilização da evidência científica na tomada de decisão.

Entre os resultados de aprendizagem associados a esta unidade curricular destacam-se o

desenvolvimento de competências nos cuidados à PSC e à família em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, a capacidade de reconhecer precocemente as alterações do estado clínico, a implantação de intervenções especializadas e a atuação no domínio da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (Fukuda et al., 2020). A elaboração do presente relatório constitui, assim, um exercício integrador, permitindo analisar de forma reflexiva a percurso formativo e evidenciar a evolução das competências adquiridas.

A Parte I do presente trabalho representa a componente clínica e encontra-se organizada em duas parcelas complementares. A primeira parcela centra-se na caracterização dos contextos de estágio, abordando aspetos relacionados com a organização dos serviços, os recursos disponíveis e a articulação das equipas multiprofissionais. A segunda parcela incide sobre a análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas desenvolvidas no contexto do exercício profissional do Enfermeiro Especialista e Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC à luz do enquadramento regulamentar da Ordem dos Enfermeiros.

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, serão analisados os quatro domínios previstos no Regulamento Nº140/2019 (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019) responsabilidade profissional, ética e legal de melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios constituem pilares transversais da prática especializada, orientado uma prestação de cuidados de forma segura, ética sustentada na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Relativamente às competências específicas, definidas no Regulamento Nº429/2018 (OE, 2018), a reflexão incide sobretudo nas áreas relacionas com o cuidado à PSC e família que apresentam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como na prevenção de infeção e resistências aos antimicrobianos.

A Parte II deste trabalho decorre como forma de complementar a aquisição de competências, assim surge também a apresentação de uma *Scoping Review*. Com isto, foi selecionada a temática: as estratégias de comunicação de más notícias (CMN) à PSC e conviventes na prática de enfermagem. A CMN é realizada transversalmente em todos os contextos e representa um momento de stress emocional para os profissionais especialmente quando falamos de um evento crítico e súbito. Trata-se assim de um mecanismo para facilitar o processo de transição na realidade da PSC e os conviventes que vai impactar a forma como é processada a informação transmitida naquele momento. A é uma das tarefas mais complexas e exigentes para os profissionais, em que os enfermeiros assumem um papel de extrema

importância uma vez que é esta classe profissional que providencia suporte emocional, esclarece dúvidas entre a PSC e os seus conviventes (Rayan et al., 2022).

A forma como se comunica uma má notícia pelo profissional de saúde pode causar reações à PSC que recebem esta informação de tal forma que poderão não esquecer como foi realizada, por quem foi realizada e a experiência desse processo. Assim a comunicação, verbal e não verbal, têm grande influência na emissão da mensagem. Isto reforça que as competências usadas na transmissão da mesma são fundamentais serem desenvolvidas pelos enfermeiros (Fontes et al., 2017).

Para a realização desta revisão foi adotada uma abordagem adequada para conseguir mapear de forma completa a literatura existente, clarificar conceitos e reconhecer lacunas no domínio da temática escolhida. A revisão teve como base as orientações metodológicas propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), garantindo o rigor e consistência durante todo o processo (Pham et al., 2014).

Ao longo de todo o relatório é adotada uma perspetiva centrada na PSC e conviventes enquanto pontos essenciais sendo estes pontos articulados com os conceitos de ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, que constituem os metaparadigmas da enfermagem e sustentam a reflexão científica e tomada de decisão clínica subjacente ao percurso formativo desenvolvido (Deliktas et al., 2019).

Este documento encontra-se redigido de acordo com as normas académicas da Universidade do Minho e segue o estilo de citação e referências bibliográficas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, respeitando os princípios científicos, éticos e deontológicos inerentes à prática profissional e à investigação em enfermagem.

Parte I – Componente Clínica

A componente clínica em EMC, na área da PSC, constitui um contexto privilegiado para a consolidação de competências especializadas, através da articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica. A complexidade inerente ao cuidado à PSC exige uma intervenção de enfermagem diferenciada, sustentada em pensamento crítico, tomada de decisão clínica e evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática segura, reflexiva e centrada na pessoa.

1.Prática Clínica

O conceito de PSC é compreendido como a pessoa cuja vida se encontra ameaçada por uma doença crítica e /ou falência orgânica, em que a sua sobrevivência está dependente de cuidados diferenciados através de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018). Este enquadramento evidencia a elevada complexidade clínica e a exigência de capacidades técnicas e não técnicas para conseguir dar respostas às necessidades encontras nestes contextos (Vincent & Creteur, 2015). Assim, a prática clínica desenvolvida nos mesmos evidencia o papel estruturante na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à PSC.

A natureza dos cuidados à PSC exige ao Enfermeiro Especialista (EE) um conjunto integrado de competências, que articule conhecimento teórico aprofundado, capacidades técnicas avançadas e uma prática sustentada em princípios éticos, reflexivos e humanistas. Neste sentido, o estágio clínico constitui um momento privilegiado para a consolidação dessas competências, permitindo a aplicação da evidência científica à prática, adaptação a diversos contextos e o desenvolvimento de estratégias de tomada de decisão em ambientes caracterizados por elevada imprevisibilidade (Jessee, 2021).

A experiência clínica adquirida ao longo do estágio favorece o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE, fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade. A liderança, a comunicação e a tomada de decisão eficaz através da interação com equipas multidisciplinares e do contacto direto com a PSC e os seus conviventes. Este percurso contribui para a transição do conhecimento teórico para uma prática contextualizada e segura, conforme descrito nos modelos de desenvolvimento profissional em enfermagem (Benner, 1982; Kilpatrick et al., 2015).

Paralelamente, a prática clínica permite o aprofundamento de competências especializadas associadas à vigilância avançada à PSC, incluindo a interpretação de parâmetros e valores tanto fisiológicos como laboratoriais, a monitorização contínua, a gestão de dispositivos invasivos e a implementação de medidas

de suporte avançado (Peters & Marnie, 2022). Estas intervenções requerem raciocínio clínico diferenciado e atuação baseada em recomendações internacionais e na melhor evidência científica disponível, com o objetivo de garantir a segurança e estabilidade clínica da PSC (Urden et al., 2016).

A gestão de situações urgentes e emergentes, a organização dos cuidados prestados nestes contextos e resposta a eventos críticos exigem uma abordagem estruturada, proativa e orientada para a segurança da pessoa, reforçando a importância do EE como elemento-chave na equipa multidisciplinar (Boamah & Laschinger, 2016; Reader & Cuthertson, 2011).

Para a além da componente técnico-científica, os contextos de estágio favorecem também o desenvolvimento do cuidar humano, centrado na pessoa e na família, reconhecendo o impacto emocional da doença crítica, a promoção da dignidade, a comunicação com familiares e o apoio dos processos de adaptação à doença e à hospitalização como dimensões fulcrais para a prestação de cuidados holística e alinhada com os princípios do cuidar de enfermagem (Ågård & Maindal, 2009; Watson, 2017). A exposição a diferentes realidades permite ao EMC, na área de Enfermagem à PSC adquira uma visão ampla dos cuidados de enfermagem em contexto de PSC, favorecendo a capacidade de avaliação de riscos, a antecipação de complicações e a resposta eficaz a situações adversas e imprevisíveis (Kukkonen et al., 2023). Esta vivência prática contribui para o reforço da confiança profissional, o fortalecimento do pensamento crítico, a implantação de estratégias e a busca constante da melhoria contínua constituem elementos centrais para a evolução da profissão e para a excelência da prática especializada (Bulman & Schutz, 2013).

Com isto, os estágios compõem um processo de construção de conhecimentos, consolidação de práticas, integração de saberes que se traduziram num desenvolvimento profissional e pessoal.

1.1.-Estágio em Contexto de Unidade Diagnóstico, Intervenção e Terapêutica de Diálise

O estágio de opção foi realizado numa UDITD na região norte do país que integra uma rede internacional dedicada à prestação de cuidados especializados na pessoa com DRC. A sua história encontra-se ligada à trajetória de uma empresa que iniciou a sua atividade em Portugal em 1980, tendo-se distinguindo pela introdução de técnicas inovadoras, metodologias avançadas e tecnologias que contribuíram significativamente para a melhoria da qualidade dos tratamentos dialíticos e da qualidade vida das pessoas com DRC.

No final da década de 1990, foi adquirida a 1ª clínica de hemodiálise em Portugal, dando início a um processo de reorganização estratégica que culminou na criação da divisão de parte da empresa, responsável pela gestão das clínicas de hemodiálise em Portugal, autonomizando-as no negócio de equipamentos e produtos. Em 2007, esta divisão foi adquirida por outro grupo empresarial, passando a designar-se a dominação que apresenta atualmente. Nesse mesmo ano, esta clínica situada no distrito de Braga realizou o seu 1º tratamento de hemodiálise e desde então, afirmando-se como uma unidade de referência para a prestação de cuidados renais na cidade e na região.

A filosofia da mesma assenta na prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e com elevada qualidade, centrados nas pessoas com DRC e na promoção do seu bem-estar. A clínica orienta a sua atuação pelo princípio da excelência, rigor técnico-científico e compromisso com melhoria contínua da qualidade, alinhando-se com as boas práticas clínicas e com abordagem humanizada do cuidar (Diário da República, 2023).

Relativamente à sua estrutura física, a UDITD dispõe de um conjunto alargado de espaços funcionais que permitem assegurar a adequada organização dos cuidados e o conforto dos doentes e profissionais. A unidade é constituída por uma aérea de entrada e receção/secretariado, com 2 postos de atendimento e sala de arquivo, sala de espera, uma sala de diálise equipa com 19 postos de tratamento (cadeirões com balança integrada), instalações sanitárias de apoio com antecâmara para acompanhantes, corredores de acesso às aéreas de tratamento e zonas técnicas, vestiários e sanitários e, por última uma unidade de tratamento de águas. Integram ainda na sua estrutura diversos gabinetes funcionais nomeadamente gabinete médico, gabinete do enfermeiro gestor, gabinete do diretor clínico, gabinete da assistente social, gabinete multidisciplinar e sala de reuniões. Apresenta também uma copa, vestiários e instalações sanitárias dedicados aos profissionais, farmácia, armazéns avançados, compartimentos destinados à gestão de resíduos hospitalares e domésticos, grupo de gerador, área técnica de apoio oficinal, sala de convívio profissional e lavandaria.

Atualmente, esta unidade presta cuidados a cerca de 100 doentes, funcionando de segunda-feira a sábado, com 3 turnos diários de tratamento. Os doentes são organizados por 2 grandes grupos, designados por S (segundas, quartas e sextas-feiras) e T (terças, quintas-feiras e sábados), realizando sessões de hemodiálise com a duração de quatro horas. Os turnos são distribuídos pelos períodos: manhã (07h15-11h15), intermédio (12h15-17h15) e tarde (17h15-21h15), acolhendo cada turno, em média - 17 doentes, podendo atingir o máximo de 19.

No que toca à organização interna e aos recursos humanos, a UDITD apresenta uma estrutura hierarquizada e funcional, composta por uma Diretora Clínica e um Enfermeiro Gestor, que assumem um papel central na gestão clínica e organizacional da unidade. A equipa clínica é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativas, farmacêutica e nutricionista. Integra ainda a equipa, embora fora do âmbito clínico direto, uma assistente social, cuja intervenção é fundamental no apoio social dos doentes.

Em cada um dos três turnos, a sala de diálise conta com a presença de 2 assistentes operacionais, 3 enfermeiros e 1 médico, assegurando um rácio em média de 5 doentes por 1 enfermeiro, que permite uma vigilância contínua, a segurança dos procedimentos e a prestação de cuidados especializados adequados às necessidades da população assistida.

1.2. Estágio em Contexto de Serviço de Medicina Intensiva

O estágio decorreu num hospital público que está inserido numa Unidade Local de Saúde (ULS), cuja missão é a promoção de saúde da população, através da utilização de boas práticas, atuando nos diferentes níveis de prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças. Este hospital passou a integrar formalmente uma ULS em janeiro de 2024, na sequência do enquadramento legal definidos pelo Diário da República (2022), assumindo um modelo de gestão integrada dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

A criação das ULS teve como objetivo reforçar a articulação entre os diversos níveis de cuidados, promover a continuidade de prestação de cuidados e otimizar a utilização dos recursos disponíveis, constituindo-se como entidade públicas empresariais orientadas para uma governação clínica centrada, mas necessidades reais da população e na eficiência organizacional (Diário da República, 2023b).

A ULS onde este hospital está inserido presta cuidados a uma população estimada de aproximadamente 1.550.000 habitantes, distribuídos por 6 municípios e 14 concelhos da região norte do país. Esta área geográfica caracteriza-se por coexistência de contextos urbanos densamente povoados e zonas rurais mais despovoadas, o que se traduz numa alta taxa de população envelhecida e um aumento da procura crescente de cuidados de saúde diferenciados. Reconhecida como uma das maiores ULS a nível nacional, esta instituição integra múltiplas unidades, sendo o hospital onde decorreu o estágio a principal estrutura hospitalar da região. Este assume uma aposta diferenciada em diversas especialidades médicas e cirúrgicas, aliando a prestação de cuidados a uma forte componente formativa e investigativa.

A estratégia organizacional da ULS assenta numa visão orientada para os cuidados centrados na pessoa, na equidade no acesso aos serviços de saúde, na promoção da qualidade e da humanização dos cuidados e na eficiência da resposta clínica. Paralelamente, evidência um compromisso com a investigação e com a formação em saúde, mantendo parcerias com instituições de ensino superior.

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (Watson, 2017) constitui o referencial teórico dos cuidados enfermagem nesta ULS, à luz de valores como o humanismo, empatia e presença intencional como elementos fulcrais na prestação dos cuidados.

O SMI desta ULS insere-se num contexto clínico com elevada diferenciação referente à componente técnica e tecnológica, estando direcionado para a prestação de cuidados à PSC, com doença crítica e/ou falência orgânica. Trata-se de uma unidade funcional autónoma, integrada na rede nacional de cuidados intensivos, cuja organização e funcionamento obedecem aos critérios definidos pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (2018), Direção-Geral da Saúde (DGS, 2003), que determina os requisitos relativos à admissão, estrutura e dotação de recursos das unidades de cuidados intensivos.

O SMI encontra-se no 4º piso do polo tecnológico do hospital e está dividido em 2 unidades que funcionam de forma distinta. O SMI 1 dispõe de 14 camas nível III, destinadas à PSC que requer suporte intensivo e vigilância contínua sendo a UCI. O SMI 2 integra 18 camas de nível II, direcionadas para doentes com instabilidade clínica que necessitam também de monitorização avançada, mas com suporte menos invasivo considerando-se uma unidade de cuidados intermédios. De acordo com a Administração Central (2018) as unidades de nível II caracterizam-se pela capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais, articulando com as unidades de nível III, que exigem cobertura médica permanente, recursos técnicos avançados e equipas de enfermagem com formação diferenciada. Esta organização permite uma atribuição de meios adequada dos recursos existentes às necessidades clínicas dos doentes, garantindo uma resposta proporcional à complexidade dos cuidados necessários, promovendo a segurança, a vigilância contínua e eficácia terapêutica.

Durante o estágio, os turnos foram realizados exclusivamente no SMI 1, o que foi facilitador para a integração, atendendo à experiência profissional prévia em contexto de nível II, numa unidade de cuidados intermédios. O espaço físico do SMI 1 caracteriza-se por um modelo *open-space* que favorece a vigilância contínua, a comunicação entre profissionais e a deteção precoce de alterações clínicas uma vez que possibilita a visualização constante dos doentes (Verderber et al., 2021). Das 14 camas existentes, 10 estão separadas através das cortinas, enquanto 4 constituem unidades de isolamento,

dotadas de sistema de pressão negativa.

No centro do serviço inclui 2 bancadas técnicas que estão destinadas à preparação de terapêuticas e stocks de materiais essenciais para as unidades de cada doente. Neste local, encontra-se a *Pyxis®* que no fundo permite um sistema de automatização da gestão de medicação (Batson et al., 2021) e tem também equipamentos informáticos para realização dos registos clínicos. Existe ainda um monitor central que agrega os sinais vitais e parâmetros hemodinâmicos de todos os doentes ali internados, permitindo uma monitorização remota (Tronstad et al., 2023).

Todas as unidades são compostas por: uma cama articulada elétrica, ventiladores para suporte por ventilação invasiva e não invasiva, monitores múltiplos parâmetros e avaliações hemodinâmicas, bombas e seringas perfusoras, aspirador de secreções e dispositivos para monitorização neurológica, hemodinâmica e metabólica, e outros tipos de matérias que são ajustados conforme as necessidades da pessoa ali internada. Encontra-se ainda equipada com consumíveis e carros de apoio permanentes e carros de apoio para procedimentos de gestão de resíduos.

O serviço integra diversas áreas de suporte, como sala de limpos e sujos, farmácia, sala de consumíveis, sala de equipamentos, rouparia, copa, vestiários, receção, sala de espera, gabinetes médicos, gabinete do enfermeiro gestor e sala de reuniões, assegurando uma organização funcional e adequada à prestação de cuidados intensivos promovendo uma cultura organizacional alinhada com cuidados seguros e humanos (Diário da República, 2024).

Relativamente aos recursos humanos, o serviço dispões de uma equipa multiprofissional composta por médicos especialistas em medicina intensiva, enfermeiros e assistentes operacionais. A gestão de horários assenta em turnos rotativos de 12 horas em que 30 minutos são sobrepostos para a realização da passagem de turno, e assim, garantindo a prestação de cuidados contínua. Em cada turno está assegurada a presença de enfermeiros especialistas, nomeadamente em EMC e Enfermagem de Reabilitação.

A escala de trabalho é planeada mensalmente e é da responsabilidade do Enfermeiro Gestor do serviço. Em cada turno, um EE em EMC desempenha a função de Responsável de Turno (RT), que acarreta realização de tarefas relacionadas com supervisão, articulação e gestão operacional. Compete-lhe igualmente a atribuição de um enfermeiro de referência a cada doente, garantindo um acompanhamento ao doente e à sua família fomentando uma relação terapêutica (Duffield et al., 2011).

Ao longo dos turnos, é ainda aplicada uma escala com a designação de *Nursing Activities Score* (NAS) que permite avaliar a carga de trabalho de enfermagem através da avaliação de determinados parâmetros, que traduzem tempo despendido com cada doente de acordo a complexidade clínica de cada um (Macedo, et al., 2016; Macedo, et al, 2025).

Durante o estágio do SMI foram acompanhadas situações clínicas com elevado grau de complexidade, exigindo a mobilização constante de conhecimentos técnico-científicos que simultaneamente contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas na área PSC. Em síntese, o SMI onde decorreu o estágio constitui um contexto clínico altamente diferenciado, sustentando por uma organização funcional e tecnologia avançada, por uma equipa multiprofissional qualificada e por um modelo a de prestação de cuidados centrados na PSC.

1.3. Estágio em Contexto de Serviço de Urgência

A componente prática da unidade curricular Estágio Final decorreu no SU, integrado na ULS da região. A caracterização da ULS encontra-se previamente descrita neste relatório, pelo que, nesta parte, se procede ao enquadramento específico do contexto do SU onde foi desenvolvida a prática clínica.

De acordo com o Manual do Serviço que foi disponibilizado para consulta ao longo do estágio, a missão deste SU centra-se em assegurar o atendimento de todos os doentes em função da sua necessidade de cuidados de saúde, numa prática orientada pela qualidade, competência, rigor técnico e humanização de cuidados, funcionando ininterruptamente 24h por dia (Parenti et al., 2014). O SU assume com objetivo primordial a observação, tratamento e encaminhamento dos doentes admitidos de forma não programada, com alteração súbita ou agravamento do estado clínico, utilizando o Sistema de Triagem de Manchester como ferramenta estruturante para estabelecer critérios de prioridades clínicas (Cecconi et al., 2014;. Zachariasse et al., 2017).

O presente hospital constitui uma referência regional, prestando cuidados a doentes de diferentes zonas frequentemente transferidos de outras unidades hospitalares por apresentarem quadros clínicos de elevada gravidade, instabilidade hemodinâmica e o risco iminente de deterioração clínica. As pessoas admitidas neste serviço, uma vez que são provenientes de múltiplos contextos, domicílio, local de trabalho, instituições hospitalares ou de outros serviços de saúde, como emergência médica pré-hospitalar, confere-lhe elevada heterogeneidade clínica e complexa (Hwang et al., 2011; Morley et al., 2018).

O SU encontra-se organizado por princípios funcionais claramente definidos, nomeadamente a separação física entre a urgência de adultos, urgência de pediatria e urgência de obstetrícia/ginecologia bem como a existência de circuitos internos diferenciados para acessos às diferentes áreas e especialidades clínicas. O acesso direto à sala de emergência permite uma resposta célere e eficaz à PSC, garantindo as condições adequadas para uma abordagem à vítima como reanimação e estabilização, quer de adultos quer de pediátricos, com recurso a equipas multidisciplinares.

Em termos de organização funcional, o SU integra diversas aéreas de atendimento, incluindo a área de triagem, sala de emergência (SE), a área médica e cirúrgica, a área de trauma, área pediátrica e obstétrica, unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência (UCISU) e Unidades de Decisão Clínica - 1, 2 e 3; na UDC 2 priorizam-se os doentes para os quais foi ativado o protocolo de via verde-coronária (VVC) e acidente vascular cerebral (VVAVC). A estrutura organizacional permite o encaminhamento dos doentes de acordo com a prioridade clínica atribuída, a especialidade médica envolvida e o grau de dependência, promovendo uma gestão eficiente dos recursos disponíveis e a segurança dos cuidados prestados.

A equipa do SU é multiprofissional, integrando médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos. A organização do trabalho de enfermagem encontra-se estruturada por postos de trabalho, em que são alocados a diferentes valências no SU de acordo com as necessidades e planeamento definido para cada turno. O RT é o enfermeiro designado como chefe de equipa que normalmente é um EE, que detém responsabilidades ao nível de gestão cuidados, coordenação de recursos humanos, materiais e supervisão da prática clínica, com vista a otimização das condições de trabalho (Duffield et al., 2011). Importa salientar ainda que os enfermeiros que integram a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) pertencem à equipa de enfermagem do SU, acumulando funções pré-hospitalares, o que exige uma grande diferenciação técnica, capacidade de adaptação e tomada de decisão em contextos críticos e imprevisíveis (Christ et al., 2010).

O modelo de organização dos cuidados no SU favorece uma abordagem individualizada à pessoa, permitindo vigilância clínica contínua, maior responsabilização profissional e continuidade dos cuidados.

A prática de enfermagem desenvolvida neste contexto é enquadrada pelo referencial teórico adotado pela instituição. Esta abordagem valoriza o enfermeiro como elemento integrativo do cuidado transpessoal que se traduz numa abordagem holística à PSC, comtemplando não apenas as necessidades biológicas,

mas também as dimensões emocionais, relacionais e espirituais, promovendo o respeito pela dignidade humanada e a forte elação terapêutica.

A especificidade do contexto do SU acarreta ainda uma carga emocional significativa para os profissionais de saúde, resultante do contacto frequente com situações de sofrimento intenso, risco iminente de morte e interação com familiares com vulnerabilidade emocional, tornando essencial a integração de estratégias de humanização dos cuidados e de suporte emocional (Adriaenssens et al., 2012; Papastavrou et al., 2012).

Os registos de enfermagem integralmente em formato digital pelo Sistema SClínico®, que garantindo a rastreabilidade, segurança e a continuidade da informação clínica. Permite o registo sistematizado das intervenções de enfermagem, monitorização da evolução clínica da PSC e partilha de informação entre os diferentes profissionais de saúde. As passagens de turno são realizadas de forma estruturada, apoiadas nos registos eletrónicos garantindo uma comunicação eficaz entre profissionais e a continuidade de cuidados. Apesar da norma nacional preconizada para a transmissão de informação entre profissionais de saúde ser a técnica ISBAR, contatou-se nem sempre a mesma era adotada de forma integrada (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Para além da prestação de cuidados, o SU assume uma forte componente formativa desde vários enfermeiros que fazem parte do departamento de formação e que realizam várias sessões de formação quer em serviço quer para os restantes colaboradores do hospital. Estas iniciativas contribuíram significativamente para a consolidação e ganho de conhecimentos, interiorização e compreensão de dinâmicas organizacionais do SU e o reforço de uma prática baseada na evidência (Carolino et al., 2025).

Em síntese, o SU configura-se como um contexto de prestação de cuidados altamente exigente, tecnicamente diferenciado e organizacionalmente estruturado. A diversidade de situações clínicas, a organização por postos de trabalho, atuação protocolada, sob orientação teórica centrada no cuidado humano, aliado à vertente formativa, constituiu um ambiente privilegiado para o desenvolvimento e consolidação das competências do EE na aérea PSC, reforçando o compromisso com a qualidade, segurança e a humanização dos cuidados.

2. O Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica

Este capítulo apresenta uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC na área da PSC, com base no percurso formativo realizado em diferentes contextos de estágio. Ao longo deste processo, foi possível consolidar conhecimentos e competências na prestação de cuidados à PSC, valorizando simultaneamente a importância da dimensão relacional e do envolvimento da família.

2.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do EE constituem a base estruturante de uma prática profissional diferenciada, caracterizada pela articulação entre o conhecimento científico, capacidade técnica, responsabilidade ética e maturidade relacional. Estas competências manifestam-se de uma forma integrada na prática quotidiana, sustentando uma atuação autónoma, reflexiva e orientada para a segurança, qualidade e dignidade da pessoa cuidada.

No contexto da EMC, na área da PSC, a mobilização destas competências assume particular relevância, uma vez que os cuidados são desenvolvidos marcados por elevada complexidade de patologias e diagnósticos, imprevisibilidade e exigência emocional, nos quais a tomada de decisão deve ser célere, fundamentada e eticamente sustentada. Ao longo do percurso de estágios, foi desenvolvido em diferentes contextos, UDITD, SU e SMI, tendo sido possível aprofundar progressivamente estas competências, reconhecendo o seu contributo para uma prática segura, consciente e baseada na evidência científica.

O Regulamento nº140/2019 da OE (2019) define as competências comuns como um conjunto de capacidades partilhadas por todos os EE, independentemente da área de especialidade, traduzidas numa elevada aptidão para conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como para apoiar o exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e assessoria. Este referencial organiza as competências comuns em quatro domínios: responsabilidade, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais, constituindo uma base comum à prática especializada.

Para além do conhecimento normativo, a literatura científica reforça que a competência clínica em enfermagem especializada resulta da conjugação entre o conhecimento teórico, experiência da prática e julgamento clínico contextualizado. Benner (1982) descreve o desenvolvimento profissional como um processo progressivo, na qual a experiência permite ao enfermeiro interpretar situações clínicas

complexas de forma mais intuitiva e eficaz. Complementarmente, o modelo de julgamento de Tanner (2006) evidencia que a tomada de decisão em enfermagem envolve processos cognitivos dinâmicos, influenciados pela experiência prévia, pelo contexto clínico e pelos valores profissionais.

A aprendizagem em contexto clínico assume, neste percurso, um papel determinante. A exposição contínua a situações reais de cuidados permite transformar experiências concretas em conhecimento tático e saber clínico, favorecendo o desenvolvimento de competências avançadas. Eraut e colaboradores (2004) sublinham a importância da aprendizagem informal no local de trabalho, destacando que grande parte do desenvolvimento profissional ocorre através da reflexão sobre a prática e a da interação com pares experientes.

Neste enquadramento, a reflexão crítica sobre a ação constitui um elemento central da prática especializada. A reflexão sobre as ações desenvolvidas permite ao enfermeiro ajustar intervenções em tempo real e possibilita a análise aprofundada das decisões tomadas e dos seus resultados, promovendo a melhora contínua da prática. Estes processos são particularmente relevantes em contextos de elevada exigência clínica, como o SU e medicina intensiva, onde a complexidade e a instabilidade clínica e de imprevisibilidade são permanentes (Tanner, 2006).

A liderança clínica emerge igualmente como uma competência transversal ao exercício do EE. Mais do que uma função hierárquica, a liderança manifesta-se na capacidade de influenciar positivamente uma equipa, promover ambientes de cuidados seguros e fomentar uma cultura de responsabilidade partilhada. Estudos como o de Cummings e colaboradores (2010).demonstram que estilos de liderança clínica eficazes estão associados a melhores resultados em saúde, maior satisfação profissional e ambientes de trabalhos seguros

A integração destas dimensões encontra-se em consonância com as orientações estratégicas nacionais para a segurança e qualidade em saúde. O Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes 2021-2026 (2021) destaca a importância da liderança, da capacitação dos profissionais e da promoção de cuidados centrados na pessoa como pilares essenciais para uma prática segura e de excelência.

2.1.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um pilar estruturante da prática do EE em EMC na área da PSC, orientado a tomada de decisão clínica, a relação terapêutica e intervenção profissional em diferentes contextos de cuidados. Este domínio assenta em princípios bioéticos

fundamentais – respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – que constituem referências internacionais (Beauchamp & Childress, 2001) na prática de enfermagem e que ecoam nos referenciais que regulam a prática nacional.

A prática de enfermagem em Portugal está regulada pela OE, organismo que nos termos do estatuto da profissão, zela pela dignidade, pelos direitos das pessoas cuidadas e pelo cumprimento das normas deontológicas e legais que regem a profissão, incluindo a emissão de títulos profissionais e competências especializadas (OE, 2025). Neste enquadramento, o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, constitui um marco legal estruturante da profissão, estabelecendo os princípios orientadores da prática de enfermagem, nomeadamente a responsabilidade profissional, a defesa dos direitos das pessoas cuidadas, a promoção da qualidade dos cuidados e o cumprimento das normas éticas e deontológicas inerentes ao exercício profissional (Diário da República, 1998). O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) estabelece que o enfermeiro deve atuar com uma conduta responsável, ética e deontológica, promovendo concomitantemente a dignidade e autonomia técnico-científica na prática dos cuidados prestados (REPE, 1996).

Nos contextos onde a prática foi desenvolvida – UDITD, SMI e SU – a ética profissional e a responsabilidade legal materializam-se na salvaguarda permanente da dignidade, privacidade e confidencialidade da pessoa cuidada e conviventes, em consonância com a evidência científica que sublinha a vulnerabilidade ética destes contextos e a necessidade de proteção da intimidade e informação clínica (Ozdinc et al., 2023). A adoção de medidas como utilizar biombos ou cortinas para preservar a intimidade, adotar intencionalmente a linguagem clínica e limitar a comunicação de dados clínicos apenas aos interlocutores autorizados refletem este compromisso ético.

A segurança da pessoa cuidada é outra dimensão ético-legal fulcral, operacionalizada nos contextos com intervenções realizadas nomeadamente através da identificação inequívoca a vigilância contínua, participação em formações, comunicação efetiva, respeito pelas crenças e valores de cada indivíduo, correta preparação e administração de terapêutica medicamentosa, adoção e implementação de estratégias para a prevenção de eventos adversos. Estas práticas alinham-se com as orientações da DGS (2021) para a qualidade e segurança dos cuidados que enfatizam a proteção da pessoa cuidada. A literatura científica evidencia que elevados índices de segurança do doente estão associados à qualificação profissional, vigilância de enfermagem e responsabilidade ética na administração de cuidados (Aiken et al., 2014).

A tomada de decisão em situações clínicas complexas implica a integração imediata dos princípios éticos com os referenciais legais. Por exemplo, na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) e no SU, particularmente em processos de fim de vida, a ponderação da proporcionalidade terapêutica e a promoção de conforto são práticas que devem ser qualificadas como a base de uma abordagem ética e humanizada.

No decorrer do estágio em contexto de SU foi possível vivenciar uma situação clínica particularmente desafiante do ponto de vista ético, envolvendo uma pessoa de idade muito avançada, portadora de múltiplas comorbilidades e com estado clínico altamente fragilizado, que sofreu uma paragem cardiorrespiratória (PCR). Após o início das manobras de reanimação e avaliação clínica global da situação, considerando o prognóstico extremamente reservado e a ausência de perspetiva de recuperação com qualidade de vida, foi tomada a decisão, em articulação com a equipa, de suspender as manobras de reanimação. Esta decisão foi sustentada nos princípios da beneficência e da não maleficência, evitando a manutenção de intervenções potencialmente fúteis e desproporcionais face à condição clínica da pessoa. A situação constituiu um momento de reflexão ética relevante, reforçando a importância da tomada de decisão partilhada em equipa e da preservação da dignidade da pessoa em fim de vida.

O respeito pelas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e pelo Testamento Vital constitui uma expressão concreta da autonomia da pessoa em cuidados em saúde, facultando-lhe a possibilidade de manifestar antecipadamente as preferências sobre os cuidados que pretende ou não receber no caso de incapacidade de decisão futura, respeitando os valores e crenças da pessoa e, simultaneamente, orienta a prática de tomada de decisão partilha com equipa e família (Lei nº 25/2012, 2012).

No que diz respeito à UDITD, a continuidade dos cuidados, uma vez que os doentes realizam tratamento de forma prolongada, em certa parte favorece um nível de literacia relativo ao programa de diálise instituído a cada um deles, que detêm conhecimento sobre o seu regime terapêutico exigindo do EE uma postura de respeito efetivo pela autonomia, pelas preferências e pela capacidade de decisão informada. A intervenção profissional engloba neste contexto, a validação sistemática da informação partilhada pela pessoa, envolvimento ativo nas decisões relativas aos cuidados e na adequação da comunicação clínica, reconhecendo a pessoa como parceira no processo terapêutico.

Ao longo dos estágios, a participação em reuniões clínicas, a discussão de casos e reflexão de ética entre equipas permitiu consolidar uma prática baseada na integração de juízo clínico informado, experiência

clínica e observância rigorosa da deontologia e dos referenciais legais, contribuindo para uma cultura profissional de responsabilidade de melhoria contínua.

A aquisição e consolidação desta competência revelou-se determinante para construção da identidade profissional em quando EE, traduzindo um ganho na capacidade de reconhecer dilemas morais, agir com responsabilidade e refletir criticamente sobre os impactos das decisões no bem-estar da pessoa cuidada e da sua família.

2.1.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade faz parte da base estruturante da prática do EE em EMC, exigindo não apenas adesão a normas instituídas, mas a capacidade crítica para analisar os contextos, identificar fragilidades e mobilizar estratégias de melhoria sustentadas na evidência. A qualidade em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de resultados desejados, sendo consistentes com o conhecimento científico atual (OMS, 2020). Esta definição integra dimensões como segurança, eficácia, eficiência e centralidade na pessoa, princípios igualmente reforçados pela Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2021-2026 (DGS, 2021). No decorrer dos estágios na UDITD, no SMI e no SU, a consolidação desta competência traduziu-se numa postura ativa perante a prestação de cuidados, procurando transformar a observação clínica em oportunidade também de melhoria.

Na UDITD, a natureza iterativa do tratamento dialítico tornou particularmente evidente que a qualidade se constrói na consistência da prática quotidiana. A observação de variações subtis na avaliação pré-punção das fístulas arteriovenosas (FAVs) levou a refletir sobre a importância na uniformização de critérios observacionais. A sistematização de parâmetros comuns para avaliação de frémito, sopro e integridade cutânea, bem como o reforço do registo estruturado, permitiu reduzir a variabilidade e reforçar a segurança. Esta experiência consolidou a compreensão de que a padronização consciente das práticas constitui uma estratégia efetiva de prevenção de complicações.

Ainda neste contexto, a ocorrência múltipla de episódios de hipotensão intradialítica em determinados doentes motivou uma análise mais aprofundada dos padrões observados. A articulação com a equipa médica para a reavaliar taxas de ultrafiltração e estratégias preventivas revelou-se determinante para a redução da incidência destes episódios. Este processo permitiu reconhecer que a melhoria contínua

exige capacidade de análise de resultados, diálogo interdisciplinar e adaptação dinâmica das intervenções.

No SMI, a complexidade clínica exigiu utilização rigorosa de instrumentos de avaliação e adesão estrita a *bundles* que se encontram enraizados no serviço, intimamente relacionados com a prevenção e o controlo de infeção. Os feixes de intervenção traduzem-se num conjunto de intervenções que quando realizadas concomitantemente potenciam o resultado favorável aquando execução das mesmas.

A participação em reuniões relacionadas com esta temática, monitorização de indicadores e gestão do risco permitiu compreender os mecanismos institucionais de definição de metas e avaliação de resultados. Esta experiência favoreceu o desenvolvimento de literacia organizacional e a perceção do EE como elemento essencial na articulação entre a evidência científica e diretivas institucionais. De igual modo, a utilização consistente da Escala de agitação-sedação de Richmond evidenciou situações de sedação excessiva, promovendo discussão interdisciplinar e adequação terapêutica. A literatura reconhece que a monitorização estruturada e a vigilância de enfermagem influenciam diretamente os resultados clínicos e a mortalidade hospitalar (Aiken et al., 2014; Vincent & Creteur, 2015).

A análise crítica da comunicação estruturada nas passagens de turno constitui outro momento relevante. A identificação de discrepâncias entre a informação verbal e os registos clínicos levou à elaboração de um suporte orientador para a uniformização da transmissão de informação. Esta intervenção, ainda que simples, reforçou a importância da comunicação eficaz como barreira à ocorrência de eventos adversos, alinhando-se com as prioridades estabelecidas no PNSD (PNSD 2021-2026, 2021).

No SU, a elevada rotatividade e imprevisibilidade de fluxo de doentes exigiu atenção constante à gestão do risco. Foram múltiplos os períodos de sobrelotação nas diferentes áreas do serviço, e isto exige uma reorganização do local onde nos encontramos alocados bem como uma redefinição constante das prioridades dos cuidados a prestar para que se consiga garantir uma vigilância adequada aos doentes mais instáveis. A identificação de uma prescrição medicamentosa potencialmente incorreta, validada atempadamente junto da equipa médica e do doente, reforçou a importância da dupla verificação como estratégia de segurança. Estes episódios evidenciaram como a qualidade e a segurança fazem parte de um exercício contínuo de atenção, responsabilidade e compromisso ético.

Por fim, a segurança da informação revelou-se uma dimensão indissociável da qualidade. A sensibilização para comportamentos de risco na utilização dos sistemas informáticos e o reforço da confidencialidade

dados clínicos como alocar os registos clínicos em formato de papel num contentor próprio para serem acondicionados de forma a não ser comprometida a cadeia de segurança dos dados, constituindo assim igualmente uma componente da segurança do doente (Gagnon et al., 2016).

Em síntese, o desenvolvimento da competência no domínio da melhoria contínua da qualidade ultrapassou a mera execução técnica de procedimentos, traduzindo-se numa evolução progressiva da capacidade de refletir criticamente sobre a prática, identificar oportunidades de melhoria, incorporar evidência científica e adotar intervenções orientadas para a segurança e qualidade dos cuidados. Neste percurso, assumiu particular relevância a valorização de práticas seguras, nomeadamente a identificação inequívoca do doente através da pulseira identificativa e da confirmação sistemática da identidade antes da realização de procedimentos, administração terapêutica, colheitas ou encaminhamentos, prevenindo potenciais erros associados à prestação de cuidados. Paralelamente, foi também reconhecida a importância da segurança dos profissionais, através da utilização adequada de equipamentos de proteção individual, da adoção de medidas de prevenção de acidentes e da manutenção de um ambiente clínico organizado e funcional.

2.1.3. Competências do Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão dos cuidados constitui numa dimensão fundamental da prática do EE uma vez que integra a coordenação de recursos humanos, materiais, tecnológicos e informativos de forma a garantir uma tomada de decisão clínica segura, eficiente e sustentada na evidência. Mais do que a simples organização de tarefas, este domínio envolve liderança clínica, supervisão de intervenções delegadas, articulação interprofissional e capacidade de adaptação às exigências organizacionais e clínicas dos diferentes contextos de cuidados (OE, 2019; Urden et al., 2016). Durante os estágios realizados, foi possível desenvolver progressivamente esta competência através da observação e participação ativa nos processos de organização dos cuidados, bem como na articulação entre profissionais e na tomada de decisão clínica em contextos de elevada complexidade.

Na UDITD, a gestão dos cuidados revelou-se especialmente evidente na organização global do processo terapêutico associado às sessões de hemodiálise. Para além da preparação técnica inicial do ambiente, tornou-se essencial compreender a gestão dos horários das sessões, a distribuição dos doentes pelos diferentes postos de tratamento e adequação do número de profissionais face às necessidades de cuidados. A organização destas sessões exigia articulação constante entre enfermeiros, assistentes

operacionais e equipa médica, garantido que cada pessoa iniciava o tratamento nas condições adequadas e que eventuais intercorrências eram prontamente identificadas e geridas.

Ao longo estágio foi possível observar e participar em momentos de reorganização das sessões de hemodiálise perante situações imprevistas, como atrasos na chegada à clínica, necessidade de avaliação médica adicional ou intercorrências clínicas que exigiam maior vigilância. Nestes momentos, a gestão do tempo e dos recursos humanos revelou-se determinante para evitar atrasos na sequência das sessões e garantir a continuidade dos cuidados. A articulação com outros serviços hospitalares, quando necessária a referenciação da pessoa para avaliação especializada, evidenciou também a importância da comunicação interprofissional na tomada de decisão clínica.

No SU, a gestão de cuidados assumiu um carácter dinâmico, marcada pela elevada afluência de doentes e pela imprevisibilidade das situações clínicas. A observação e acompanhamento do enfermeiro RT permitiram compreender a complexidade da liderança operacional neste contexto, nomeadamente na gestão de recursos humanos e na reorganização das equipas perante situações de absentismo laboral imprevisto, como ausências de última hora ou períodos de incapacidade por doença por parte de enfermeiros escalados para os turnos. Nestas circunstâncias, tornou-se necessário redistribuir profissionais entre diferentes áreas do serviço, ajustar rácios de vigilância e redefinir prioridades na prestação de cuidados, assegurando que as áreas com maior gravidade clínica mantinham cobertura adequada.

Ainda no SU, a triagem de Manchester assume um papel central na organização inicial do percurso da pessoa no SU, permitindo estabelecer prioridades clínicas de forma sistematizada e segura. A aplicação deste sistema de triagem constitui uma ferramenta fundamental para a gestão e fluxo de doentes e para a tomada de decisão relativamente à necessidade de observação imediata ou posterior. Durante o estágio foi possível observar a importância da correta aplicação deste sistema na gestão do serviço, em específico em momentos de elevada afluência, em que a priorização adequada dos doentes se revelou determinante para garantir que as situações mais graves recebiam resposta atempada. Sistemas estruturados de triagem, como o *Manchester Triage System*, têm demonstrado contribuir significativamente para a segurança do doente e para otimização da organização dos SU (Parenti et al., 2014).

Outro aspeto relevante da gestão dos cuidados neste serviço relacionou-se com a supervisão de intervenções realizadas por profissionais menos experientes. A orientação na execução de determinados procedimentos, através de demonstração prática e esclarecimento de dúvidas, bem como a avaliação

posterior da execução das tarefas, permitiram garantir a segurança dos cuidados e promover simultaneamente o desenvolvimento profissional da equipa, evidenciando a importância da supervisão clínica enquanto estratégia de apoio, reflexão e qualificação da prática profissional (Cruz et al., 2012).

No SMI, a gestão dos cuidados mostrou-se com um carácter muito exigente devido à complexidade e instabilidade clínica dos doentes que se encontram internados. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é com base na avaliação sistemática da carga de trabalho associada a cada doente, sendo utilizado o *NAS* como instrumento de apoio à distribuição equitativa dos cuidados. Este instrumento permite quantificar o tempo despendido em intervenções de enfermagem e constitui um suporte relevante para a gestão de recursos humanos em UCI (Macedo et al., 2016;. Macedo, et al, 2025). A utilização de instrumentos de avaliação da carga de trabalho, como o *NAS*, articula-se com os princípios preconizados pela OE relativamente às dotações seguras de enfermagem, as quais defendem a adequação do número mínimo de profissionais às necessidades de cuidados das pessoas, garantindo simultaneamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados. As dotações seguras constituem um elemento essencial na gestão dos cuidados, uma vez que permitem assegurar rácios adequados, contribuindo para a redução de eventos adversos e para a melhoria dos resultados em saúde (OE, 2014).

No decurso do estágio houve a oportunidade de acompanhar de forma direta a aplicação deste instrumento na prática clínica, nomeadamente na elaboração do plano de trabalho da equipa de enfermagem e na distribuição de funções pelos diferentes profissionais. A observação deste processo permitiu compreender como a avaliação sistematizada da carga de trabalho contribui para uma distribuição mais equitativa dos cuidados e para a adequação da alocação de recursos humanos às necessidades reais dos doentes internados.

Durante o estágio foi possível, também, compreender como a distribuição dos doentes pelos enfermeiros depende não apenas do número de pessoas internadas, mas sobretudo da complexidade dos cuidados necessários, da presença de dispositivos invasivos e pela instabilidade clínica. Situações como a preparação de transportes quer intra-hospitalares, quer inter-hospitalares de PSC exigiram reorganização do plano de cuidados e coordenação eficaz entre os profissionais envolvidos. A preparação destes transportes implicava a verificação de equipamentos de monitorização, ventilação e medicação de emergência, bem como a definição clara das responsabilidades de cada elemento, garantindo a prestação de cuidados de forma contínua e segura.

Outro momento ocorreu durante a realização de mobilizações terapêuticas complexas, particularmente em decúbito ventral, procedimento frequentemente utilizado em doentes com insuficiência respiratória grave, uma vez que melhora significativamente o rácio de oxigenação sanguínea (Chen et al., 2023). A execução segura desta intervenção exigia coordenação rigorosa entre os elementos da equipa, com distribuição clara e tarefas, controlo dos dispositivos invasivos e monitorização contínua da estabilidade clínica do doente. A participação nestes procedimentos permitiu compreender a importância da liderança clínica na organização do trabalho em equipa, bem como da comunicação estruturada para garantir a segurança da intervenção.

Acompanhar o enfermeiro RT permitiu também compreender a importância da liderança clínica na articulação entre diferentes serviços hospitalares, particularmente na gestão de transferências de doentes ou na admissão de outros provenientes do SU entre outros serviços. Estas situações exigiam avaliação contínua da capacidade do serviço, gestão de recursos e comunicação eficaz com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Para além da gestão de recursos humanos, foi igualmente possível participar em atividades relacionadas com a gestão de recursos materiais, nomeadamente na reposição e verificação de stocks de material clínico e dispositivos necessários à prestação de cuidados. A participação nestas atividades permitiu compreender a importância da gestão eficiente dos recursos materiais para garantir a continuidade e segurança dos cuidados, assegurando que os equipamentos e consumíveis essenciais se encontram disponíveis no momento oportuno para responder às necessidades das pessoas internadas.

Para além da dimensão organizacional, foi igualmente possível observar como a liderança em enfermagem contribui para a criação de ambientes de trabalho positivos e colaborativos (Sihvola et al., 2022). A partilha de decisões clínicas, o apoio entre colegas e a valorização co contributo de cada elemento da equipa e melhorar a resposta aos cuidados prestados. A evidência científica demonstra que estilos de liderança positivos e adaptativos contribuem para aumentar a resiliência das equipas e melhorar os resultados clínicos em contextos de levada complexidade (Delgado et al., 2017). Os estilos de liderança positivos correspondem a formas de liderança centradas no apoio, na participação, na motivação e no desenvolvimento dos profissionais, contribuindo para melhores relações interpessoais, maior satisfação no trabalho e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste percurso formativo tornou-se evidente que gerir cuidados implica muito mais do que organizar tarefas ou distribuir recursos. Significa compreender a complexidade dos contextos clínicos, antecipar

necessidades, apoiar a equipa na tomada de decisão e promover condições que permitam prestar cuidados seguros e de qualidade. A reflexão sobre as experiências vivenciadas permitiu reconhecer que o EE assume um papel determinante na articulação entre as necessidades da PSC, a dinâmica das equipas e a organização dos serviços, contribuindo para a construção de contextos de prática que favoreçam a segurança, a qualidade e a humanização de cuidados.

2.1.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais representa uma dimensão essencial da prática do EE, refletindo a capacidade de evoluir continuamente através da reflexão crítica sobre a experiências vivenciadas, da integração do conhecimento científico e da partilha de saberes em contexto de trabalho. Este domínio traduz-se assim, na construção progressiva de uma identidade profissional mais consciente e reflexiva, na qual o enfermeiro reconhece a influência das suas atitudes e experiências na prestação de cuidados e na relação estabelecida com a pessoa, conviventes e equipa multidisciplinar. A OE reconhece que o desenvolvimento profissional contínuo constitui um elemento basilar da prática especializada, exigindo ao EE capacidade de autorreflexão, adaptação a contextos complexos e participação ativa na construção do conhecimento em enfermagem (OE, 2019).

Neste contexto, o processo de aprendizagem em enfermagem não se limita à aquisição de novos conhecimentos teóricos e técnicos, mas envolve igualmente a capacidade de questionar práticas estabelecidas, integrar evidência científica e transformar experiências clínicas em oportunidades de desenvolvimento profissional. A prática baseada na evidência (PBE) assume, assim, um papel estruturante na tomada de decisão clínica, permitindo alinhar as intervenções de enfermagem com o conhecimento científico disponível, com a experiência clínica dos profissionais e com os valores e preferências da PSC (Melnyk & Fineout-Overholt, 2004).

A operacionalização da PBE pode ser sustentada por modelos concetuais que facilitam a integração do conhecimento científico na prática clínica. Os enfermeiros são chamados a desempenhar múltiplos papéis e a responder a diversas exigências. É essencial que revelem competência técnica, capacidade de análise crítica e empatia. A capacidade de reconhecer problemas de saúde existentes ou potenciais, planear intervenções para os prevenir ou minimizar e, posteriormente, avaliar os resultados obtidos. Este processo desenvolve-se num contexto dinâmico e exigente, onde o tempo para refletir é frequentemente limitado. Neste cenário complexo, surge o desafio de garantir que os cuidados prestados se baseiam em

evidência científica sólida e fiável, promovendo assim a prática de enfermagem com uma PBE (Melnyk & Fineout-Overholt, 2004).

Entre estes, destaca-se o Modelo de *Healthcare* Baseado na Evidência do *Joanna Briggs Institute* (JBI), que estrutura o processo de tomada de decisão clínica em diversas fases interligadas, incluindo a agregação de evidência existente, a síntese do conhecimento disponível, a transferência desse conhecimento para os contextos clínicos e a avaliação do impacto das intervenções implementadas nos resultados em saúde (Jordan et al., 2019). Este modelo constitui um referencial importante para orientar processos de melhoria da prática clínica e apoiar a implementação de intervenções baseadas na evidência.

Nos diferentes contextos de estágio, emergiam diversas oportunidades de partilha de conhecimento com colegas, estudantes e profissionais de outras áreas, através de momentos formais e informais de discussão clínica, participação em atividades formativas e envolvimento em iniciativas científicas e pedagógicas. Estas experiências contribuíram para consolidar a identidade profissional enquanto EE, capaz de articular conhecimento científico com a competência clínica, promovendo a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

Paralelamente, a abertura à aprendizagem intercultural, a participação em eventos científicos e o envolvimento em atividades de natureza formativa evidenciaram uma postura proativa perante o desenvolvimento profissional. Neste âmbito, destaca-se a participação como moderadora de uma mesa-redonda e como membro integrante da comissão organizadora das Jornadas de Cardiologia da ULS do Alto Ave – Anexo I, experiência que permitiu compreender a relevância dos eventos científicos enquanto espaços privilegiados para a disseminação do conhecimento, partilha de experiências clínicas e discussão de boas práticas entre profissionais de saúde. Também durante este período, foi possível participar no I Encontro da Comissão Regional de Peritos em Técnicas de Diálise com um poster científico - Gestão de Complicações Agudas Durante Sessões de Hemodiálise: Intervenções de Enfermagem - elaborado no decorrer no estágio da UDITD – Anexo II. A colaboração na organização e participação nesta tipologia eventos implicou articulação com diferentes profissionais e instituições, contribuindo para o desenvolvimento de competências relacionadas com a promoção da aprendizagem profissional e com a valorização da investigação e da atualização científica em enfermagem.

O desenvolvimento desta competência revelou-se particularmente evidente nos diferentes contextos clínicos de estágio, onde a complexidade das situações vivenciadas exigiu uma postura de aprendizagem contínua, reflexão crítica e adaptação às exigências dos ambientes de cuidados.

No SU, a dinâmica na prestação de cuidados pela elevada impressibilidade e diversidade de situações clínicas constituiu um contexto que demonstrou ser bastante exigente no ponto de vista do desenvolvimento profissional. A necessidade de atuar em cenários com muita pressão, exigindo a capacidade de mobilizar rapidamente conhecimentos, gerir emoções e manter uma comunicação eficaz com os diferentes elementos da equipa. Em diversas situações foi possível reconhecer a importância do autocontrolo emocional e da reflexão sobre a própria atuação, particularmente após eventos clinicamente exigentes ou momentos de maior tensão no ambiente de trabalho. Estes momentos permitiram desenvolver maior consciência sobre a influência das atitudes individuais na dinâmica da equipa e na qualidade da resposta.

No decorrer no estágio do SU, surgiu igualmente a oportunidade de desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE) relacionado com a sistematização da abordagem inicial à PSC. Partindo da observação da prática clínica evidenciou que, apesar de os profissionais possuírem elevada experiência na gestão de situações emergentes, nem sempre uma avaliação sistematizada bem como a distribuição de tarefas inerentes às suas funções na sala de emergência (SE). Assim, foi desenvolvido um projeto centrado num *Team Hundle*. com base no *Advanced Trauma Life Support* (ATLS®) – Apêndice I. O *Team Hundle* consiste numa metodologia de uma reunião estruturada entre os profissionais envolvidos nos cuidados, permitindo partilhar informação relevante, alinhar estratégias de intervenção e antecipar necessidades clínica, contribuindo assim para melhor coordenação das equipas e a segurança do doente e dos profissionais (ATLS®, 2025). A elaboração deste trabalho implicou pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a aplicabilidade deste modelo na prática clínica quotidiana, tendo posteriormente sido partilhados alguns dos seus princípios com elementos da equipa, contribuindo para reforçar a importância da utilização de abordagens estruturadas na avaliação inicial da PSC.

Paralelamente, tornou-se evidente a importância dos registos clínicos enquanto instrumento fundamental para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados. O registo rigoroso e sistematizado das intervenções de enfermagem permite documentar o raciocínio clínico, monitorizar a evolução da PSC e garantir a transmissão eficaz de informação entre os diferentes profissionais envolvidos nos cuidados.

Neste contexto, a utilização de *checklists* e instrumentos estruturados de registo assume particular relevância, sobretudo em ambientes de elevada complexidade como o SU e as UCI. Estes instrumentos permitem uniformizar práticas, reduzir a omissão de informações relevantes e apoiar a tomada de decisão clínica, contribuindo para a prevenção de erros e para a melhoria da segurança do doente. A evidência científica demonstra que a utilização de *checklists* clínicas em contextos críticos melhora a comunicação entre equipas e aumenta a adesão a boas práticas assistenciais (Haynes et al., 2009).

No SMI, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais esteve particularmente associado à análise crítica de práticas clínicas complexas e à integração de conhecimento científico atualizado na prestação de cuidados. A elevada complexidade clínica das pessoas internadas exigiu preparação contínua através da consulta de literatura científica e da discussão de intervenções com os enfermeiros orientadores. A participação em dois momentos distintos de discussão clínica com a equipa, o primeiro passagem de turno de enfermagem e um segundo entre outras equipas multidisciplinares (médicos, nutricionista, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação) permitiu compreender melhor o raciocínio clínico subjacente a determinadas decisões terapêuticas, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico e para a consolidação de competências especializadas.

Neste contexto foi igualmente identificado uma oportunidade de melhoria relacionado com o processo de preparação da terapêutica. A evidência científica demonstra que a padronização dos processos de preparação e administração de medicamentos constitui uma estratégia importante para a redução de erros associados à terapêutica, particularmente em ambientes de elevada complexidade a como as UCI (Keers et al., 2013). A observação da prática clínica evidenciou alguma variabilidade na organização e rotulagem da medicação preparada, o que motivou o desenvolvimento de um PMCQCE orientado para a uniformização deste processo -Apêndice II. A elaboração deste trabalho implicou a consulta de literatura científica e recomendações internacionais relacionadas com segurança do circuito do medicamento, bem como a reflexão conjunta com elementos da equipa sobre boas práticas neste domínio. Este processo foi orientado pelos princípios do modelo de prática baseada na evidência do *JBI*, reforçando a importância da integração do conhecimento científico na melhoria.

Por sua vez na UDITD, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais esteve intimamente relacionado com dimensão relacional do cuidar e à aprendizagem decorrente da interação contínua com os doentes em programa regular de hemodiálise. O contacto prolongado com os doentes permitiu reconhecer que muitos destes possuem um conhecimento significativo sobre a sua condição clínica e

sobre o próprio tratamento, fruto da experiência acumulada ao longo de anos de terapêutica substitutiva da função renal. Esta realidade exigiu uma postura profissional baseada na escuta ativa e no reconhecimento do conhecimento experiencial da pessoa, integrando as suas perceções no processo de cuidados.

Importa ainda salientar que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais implicou um processo contínuo de reflexão pessoal sobre atitudes, comportamentos e decisões clínicas. A análise crítica das experiências vivenciadas nos diferentes contextos permitiu reconhecer áreas de melhoria e identificar oportunidades de desenvolvimento profissional, contribuindo para a construção de uma identidade profissional mais consciente, reflexiva e orientada para a melhoria contínua da prática.

Em suma, as experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos de estágio permitiram consolidar competências relacionadas com o autoconhecimento, a reflexão crítica sobre a prática e a integração da evidência científica na tomada de decisão clínica. Este percurso reforçou a compreensão de que o desenvolvimento profissional em enfermagem constitui um processo contínuo, sustentado pela experiência clínica, pela atualização científica e pela partilha de conhecimento entre profissionais, refletindo o compromisso do enfermeiro especialista com a excelência dos cuidados e com o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica.

2.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A complexidade crescente das necessidades em saúde, associada ao desenvolvimento tecnológico e à exigência de cuidados diferenciados, conduziu à evolução da prática de enfermagem e à premência de aprimorar as áreas de especialização. Com isto, a OE definiu a especialidade de EMC, diferenciando-a em áreas específicas de intervenção, entre as quais se destaca a PSC, orientada para aprestação de cuidados especializados a pessoas que vivenciam processos de doença aguda, potencialmente reversíveis, caracterizados pro instabilidade clínica e o risco iminente de falência orgânica (OE, 2018). Nesse Regulamento nº429/2018 (OE, 2018) considera-se PSC aquela cuja vida se encontra ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência está dependente de utilização de meios diferenciados a avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Devido à natureza destas condições clínicas, os contextos onde estas pessoas se encontram inseridas são

caracterizados por um alto grau de complexidade clínica, exigindo desta forma profissionais de saúde uma intervenção rápida, tecnicamente diferenciada e sustentada por um raciocínio clínico fundamentado.

O EE em EMCPSC torna-se uma referência determinante na vigilância contínua do estado clínico da pessoa, na deteção precoce de alterações fisiológicas e na implementação de intervenções especificas direcionadas à estabilização clínica bem como na prevenção de complicações e promoção de recuperação funcional. A implementação destas intervenções requer a mobilização de conhecimentos científicos avançados, competências técnicas e não-técnicas diferenciadas e capacidade e tomar decisões em ambientes com pressão e cheios de incertezas.

O cuidado à PSC funda-se uma abordagem técnico-científica centrada na pessoa e nos seus conviventes, reconhecendo a vulnerabilidade da pessoa humana. A intervenção do EE assegura a monitorização e vigilância clínica, e, além disso, garante o suporte emocional, a comunicação eficaz, o envolvimento da família no processo de cuidados, promovendo uma prática humanizada e eticamente fundamentada.

Os diversos domínios inerentes a estas competências específicas não devem ser interpretados de forma isolada, mas sim como partes de uma prática especializada que junta orienta para a segurança, qualidade e humanização dos cuidados. A atuação do EE implica a capacidade de integrar conhecimento científico , julgamento clínico sólido e tomada de decisão eficaz, sempre com foco na promoção do bem-estar e na proteção da dignidade da PSC e os seus conviventes.

No âmbito do presente relatório, a análise do desenvolvimento destas competências específicas tem por base as experiências clínicas vivenciadas durante os estágios realizados em UDITD, SMI e SU. Apesar das particularidades inerentes a cada local de estágio, todas partilham a necessidade de respostas clínicas diferenciadas, vigilância contínua e intervenção rápida perante as situações de instabilidade clínica e o risco de deterioração.

A diversidade de contextos de estágio proporcionou uma visão abrangente das diferentes vertentes do cuidado à PSC, permitindo consolidar conhecimento, aptidões técnicas e relacionais que são fundamentais para o exercício da prática de enfermagem especializada e diferenciada. Simultaneamente, a mentoria realizada por parte dos enfermeiros orientadores constituíram elementos essenciais para o desenvolvimento de uma prática reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim, nos subcapítulos seguintes serão analisadas de forma crítica as evidências do desenvolvimento das competências específicas do EE em EMC na área da PSC, tendo como referência as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC e Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

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

Cuidar da pessoa, família e /ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica representa o âmago da intervenção do EE em EMC na área da PSC. De acordo com o Regulamento nº429/2018 da OE, esta área encontra-se direcionada à pessoa, cuja vida se contra ameaçada por falência, ou iminência de falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados e diferenciados de vigilância, monitorização e terapêutica. Deste modo, a prática do EE exige elevada capacidade de identificar precocemente focos de instabilidade, antecipar complicações, executar cuidados técnicos altamente diferenciados e gerir a relação terapêutica com a PSC e os seus conviventes significativos perante situações de alta complexidade quer clínica, quer emocional.

Ao longo dos estágios realizados UDITD, SMI e SU, esta competência foi progressivamente desenvolvida através da prestação direta de cuidados a pessoas em situação de instabilidade hemodinâmica, risco de falência orgânica e sofrimento associado à doença crítica. A heterogeneidade presente nestes contextos de estágio permitiu consolidar competências relacionadas com a vigilância clínica, antecipação da deterioração, a gestão de terapêuticas complexas e o desenvolvimento de relações terapêuticas ajustadas à vulnerabilidade da PSC e conviventes.

No SU, o contacto com situações emergentes evidenciou de forma particularmente clara a importância da avaliação rápida e sistematizada da PSC. A abordagem estruturada ao doente emergente permite identificar precocemente alterações potencialmente fatais e orientar a priorização das intervenções clínicas, constituindo um elemento fundamental na prevenção de falência orgânica instalada (ATLS®, 2025).

Neste contexto, destaca-se a importância da abordagem sistematizada como a mnemónica ABCDE *(Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), amplamente utilizada na avaliação inicial da PSC. Este método permite uma avaliação sequencial e estruturada das funções vitais, priorizando a

identificação e correção imediata de situações potencialmente fatais, como obstrução da via aérea, insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica. A utilização desta abordagem promove um raciocínio clínico organizado, facilitando a tomada de decisão em contextos de elevada pressão e contribuindo para a segurança da pessoa em situação crítica. Para além disso, a aplicação sistemática do ABCDE favorece a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, uma vez que estabelece uma linguagem comum na avaliação clínica e na priorização das intervenções (Thim et al., 2012).

Neste estágio, realizei vários turnos na SE e observei diferentes casos de PCR, destacando a complexidade da resposta multidisciplinar nesses cenários. Entre estas situações, duas marcaram particularmente o processo de aprendizagem. A primeira ocorreu num doente que sofreu uma queda aproximada quatro metros, tendo desenvolvido de choque neurogénico grave associado à cinética do traumatismo sendo que após múltiplas tentativas de reanimação realizada pela equipa, não foi possível reverter a situação clínica culminando na morte do doente. A observação deste episódio permitiu compreender de forma mais concreta a gravidade das alterações fisiopatológicas ao trauma grave e a importância da atuação coordenada da equipa em contexto de suporte avançado de vida (SAV). Esta experiência reforçou a necessidade de manter raciocínio clínico estruturado e capacidade de atuação organizada mesmo perante cenários de elevada pressão emocional.

Uma segunda situação especificamente significativa ocorreu perante admissão de um jovem na SE com traumatismo craneoencefálico (TCE) grave, cuja evolução clínica exigiu monitorização neurológica invasiva através da colocação de um sensor de monitorização da pressão intracraniana (PIC) ainda na SE devido à rápida deterioração clínica e falta de vagas naquele momento SMI. A observação deste procedimento permitiu compreender a relevância da monitorização precoce da PIC em doentes com lesão cerebral grave, possibilitando a deteção precoce de hipertensão intracraniana e a implementação de estratégias dirigidas à prevenção de lesão cerebral secundárias. Estas experiências contribuíram para desenvolver maior sensibilidade clínica para a identificação precoce de sinais de agravamento do estado clínico e reforçam a consideração da vigilância contínua e a importância antecipação da instabilidade fisiológica na PSC.

No SMI, a diversidade e complexidade dos doentes ali internadas exigiu um aprofundamento das competências relacionadas com monitorização avançada e gestão de protocolos terapêuticos complexos. A prestação de cuidados a doentes sob ventilação mecânica invasiva (VMI), terapêutica

hipnótica/sedativa e vasoativa, monitorização invasiva, entre outros implicou a interpretação contínua dos parâmetros fisiológicos e avaliação sistemática da resposta às intervenções terapêuticas instituídas.

Uma das experiências mais marcantes ocorreu na admissão de um jovem adulto em falência cardiorrespiratória grave, secundária a infeção respiratória, com acidose metabólica refratária às medidas instituídas, tendo sido necessário recorrer a suporte oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial. A logística do implante deste dispositivo em questão envolveu a deslocação de uma equipa de outra unidade hospitalar para a presente unidade uma vez que o ECMO apenas está associado aos centros de referência, que ofereçam serviços de cirurgia cardiotorácica. A observação deste processo permitiu reconhecer a elevada complexidade inerente à técnica, evidenciando não só a exigência técnica do procedimento, mas também a necessidade de uma articulação eficaz entre equipa (1 médico e 2 enfermeiros), recursos e contexto. Desde a mobilização da equipa especializada e dos meios necessários, à preparação e comunicação com o doente e a família, até à execução do procedimento e à subsequente vigilância clínica, todo o processo exigiu elevada capacidade de organização, tomada de decisão e trabalho em equipa. Acresce ainda a necessidade de assegurar a estabilização e preparação do doente para transporte, reforçando a importância de uma atuação coordenada e segura em contextos de elevada exigência. A gestão deste tipo de doente exige a mobilização de várias competências para dar respostas à avaliação contínua da resposta às intervenções terapêuticas e elevada articulação entre os demais profissionais da equipa.

Situações de lesões neurológicas catastróficas, decorrentes de TCE ou ruturas de aneurismas cerebrais, cuja evolução clínica culminou em morte cerebral foram também uma realidade em contexto de estágio. Este diagnóstico clínico traduz-se num quadro delicado e vulnerável para a PSC e os seus conviventes, uma vez que se trata de um prognóstico reservado. A estabilidade hemodinâmica de um potencial dador de órgãos trata-se de um processo exigente pois requer uma monitorização e vigilância contínua bem com uma gestão rigorosa do equilíbrio fisiológico, cujo objetivo de preservar a viabilidade dos órgãos para eventual doação. A literatura demonstra que a forma como estes processos são conduzidos, nomeadamente ao nível da comunicação e do apoio prestado à família, influencia significativamente a experiências vivenciada pelos familiares (Kentish-Barnes et al., 2019).

Estas experiências vivenciadas ao longo destes estágios permitiu refletir ainda mais sobre a importância de CMN à PSC e os seus conviventes. Embora a elevada competência técnica das equipas durante a CMN, constatou-se a ausência de estratégias estruturadas que orientem a comunicação com a PSC e os

seus familiares perante situações de grande gravidade clínica, ocorrências súbitas que se traduzem numa doença crítica e/ou mesmo em morte. A evidência científica tem vindo a destacar a importância da utilização de modelos estruturados de comunicação, como o protocolo SPIKES (Baile et al., 2000)., que permitem apoiar os profissionais na transmissão de informação difícil e na gestão das respostas emocionais da família.

Relativamente à gestão diferenciada da dor e sedação, a prática clínica no SMI evidenciou a importância da avaliação sistemática da dor, sedação e *delirium* como referências da promoção do bem-estar da PSC suportada na utilização de instrumentos estruturados contribui para uma gestão mais adequada da sedoanalegesia e para a melhoria dos resultados clínicos das PSC (Devlin et al., 2018). Para além da gestão farmacológica da dor, intervenções não farmacológicas como o reposicionamento, redução de estímulos ambientais e a comunicação terapêutica relevaram-se igualmente importantes na promoção do conforto físico e emocional da pessoa.

Na UDITD, o cuidado à pessoa sob técnica dialítica, especificamente hemodiálise e hemodioflitração, avançada implicou vigilância contínua durante a realização das sessões de hemodiálise, tratamento que envolve alterações hemodinâmicas significativas e risco de descompensações clínicas. A monitorização da tolerância à terapêutica, a avaliação do acesso vascular e observação da resposta hemodinâmica permitiram identificar precocemente situações de instabilidade como hipotensão intradialítica, náuseas, cãibras ou mal-estar (Hamrahian et al., 2023).

Uma situação específica marcante ocorreu quando um doente em sessão de hemodiálise apresentou obstrução da via aérea (OVA) secundária a uma hipotensão intradialítica que ocorreu durante o momento da refeição. Perante a situação foi necessária intervenção imediata da equipa que realizou manobras adequadas de desobstrução da via aérea e monitorização subsequente da estabilidade clínica do doente. Este episódio demonstrou que, em contextos marcados pela cronicidade e vigilância contínua, podem emergir intercorrências agudas com risco de deterioração clínica súbita, exigindo da equipa de enfermagem competência técnica, capacidade de priorização e atuação imediata de acordo com uma PSC.

A relação terapêutica prolongada estabelecida com muitos doentes neste contexto permitiu reconhecer a importância da escuta ativa e da valorização do conhecimento das experiências vividas pela pessoa sobre a sua própria condição de saúde. A continuidade da relação terapêutica facilita a identificação

precoce de alterações clínicas e contribui para uma abordagem mais centrada na pessoa (Uijen et al., 2012).

De forma transversal aos diferentes contextos de estágio tornou-se evidente que os conviventes significativos constituem parte integrante do processo de cuidar da PSC. A comunicação clara, escuta ativa e o apoio emocional revelaram-se fundamentais para reduzir a ansiedade, o medo, e a incerteza associados à situação clínica. Em cenários de prognóstico reservado ou de morte iminente, torna-se relevante assegurar uma abordagem humanizada que respeite a dignidade da pessoa e que suporte a família e/ou conviventes no processo de compreensão da situação clínica e na vivência da perda e luto.

Em suma, o desenvolvimento desta competência resultou da integração entre vigilância rigorosa, capacidade de antecipação da instabilidade, execução de cuidados técnicos altamente diferenciados e gestão da relação terapêutica com a PSC e conviventes. As experiências vivenciadas ao longo deste percurso permitiram consolidar a compreensão de que cuidar da PSC exige não apenas conhecimento científico e competência técnica, mas também sensibilidade relacional e capacidade de apoiar e os seus conviventes em momentos de vulnerabilidade.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A dinamização da resposta em emergências, exceção e catástrofe constitui uma competência fundamental do EE em EMC na área da PSC. Este domínio engloba a mobilização de conhecimentos técnicos avançados, capacidade de organização, liderança clínica assim como articulação eficaz entre profissionais e instituições. De acordo com o Regulamento nº 429/2018, o EE deve ser capaz de prestar cuidados à pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe, assegurando simultaneamente a segurança dos intervenientes, a coordenação da equipa e continuidade cuidados (OE, 2018). Para além da prestação direta de cuidados, o enfermeiro especialista assume também um papel relevante na liderança estratégica das equipas, na preparação dos profissionais e na dinamização de planos institucionais de emergência, contribuindo para uma resposta organizada e eficaz perante eventos críticos.

Os contextos de emergência caracterizam-se por elevada imprevisibilidade e complexidade clínica que precisam de respostas rápidas e organizadas. A literatura evidencia que a gestão eficaz destas situações é dependente da comunicação estruturada entre profissionais, na utilização de abordagens

sistematizadas de avaliação clínica e da coordenação eficaz das equipas (Thim et al., 2012). Neste sentido, o EE detém um papel fulcral na identificação precoce de instabilidade clínica, na implementação de intervenções baseadas na evidência científica e na organização das respostas das necessidades da PSC e das equipas.

Durante os estágios realizados no UDITD, no SMI e no SU foi possível desenvolver competências relacionadas com a prestação de cuidados em situações emergentes, a gestão e recursos em cenários críticos e a articulação interinstitucional perante eventos de elevada complexidade.

No SU, a prestação de cuidados da SE estabeleceu como um dos contextos mais importante para o desenvolvimento desta competência. A ativação da SE e da equipa de emergência interna era realizada maioritariamente através de contacto telefónico prévio, permitindo preparar antecipadamente a equipa, o espaço da prestação de cuidados bem como os recursos necessários para a PSC. Este processo implicava organização do ambiente, a preparação do material necessário e a definição prévia de funções entre membros de equipa. No entanto, a evidência científica atual demonstra que os resultados clínicos não dependem necessariamente da profissão do líder, mas sim das competências de liderança e da organização da equipa.(Wilson et al., 2020). Os restantes papéis eram distribuídos antes da chegada da vítima. Quando tal não era possível, a definição das tarefas era verbalizada durante a intervenção, garantindo a coordenação entre os profissionais envolvidos. A clarificação de papéis e a liderança estruturada em equipas de emergência são reconhecidas como fatores determinantes para melhorar o desempenho clínico e reduzir erros (Fernandez et al., 2008). Apesar da liderança clínica ser frequentemente assumida pelo médico responsável, o EE desempenha um papel determinante na organização do ambiente assistencial, na antecipação de necessidades materiais, de recursos humanos e na gestão da dinâmica da equipa durante a intervenção, contribuindo para uma resposta mais eficiente e segura.

A abordagem à PSC vítima de trauma constitui um dos maiores desafios uma vez que revelou a importância de atuação sistematizada e baseada em orientações científicas e atualizadas. A avaliação rápida e uma abordagem sistematizada, aliada à identificação de focos de instabilidade bem como de lesões potencialmente fatais exigiriam uma atuação coordenada entre os profissionais, uma vez que são as equipas de emergência que passam informação de como terá sido a cinética no trauma sendo essencial para definir prioridades e passos a seguir. Numa das situações acompanhadas, envolveu um acidente de viação com multivítimas em estado crítico em que das duas macas da SE foram ocupadas

simultaneamente, o que exigiu a reorganização rápida da equipa e preparação dos espaços para a prestação de cuidados diferenciados. Situações desta natureza evidenciaram a premência, a capacidade de adaptação e priorização clínica dos profissionais num ambiente sujeito a extrema pressão.

A articulação com as equipas de emergência pré-hospitalar demonstrou igualmente determinante para a segurar a continuidade cuidados. Em diversas situações foi possível acompanhar múltiplas receções de pessoas transportadas por equipas que integram o Instituto Nacional de Emergência Médica sendo a comunicação entre estes profissionais essenciais para compreender as ocorrências e as intervenções já realizadas no terreno. Frequentemente, a identificação da gravidade da situação ocorre ainda no contexto pré-hospitalar, sendo os dados clínicos transmitidos ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes, que procede à ativação de circuitos diferenciados, como VVAVC e VVC. Sendo que a brevidade da resposta em situações de emergência é vital para o sucesso dos cuidados. Estes mecanismos encaminham a pessoa para as unidades hospitalares com a capacidade de resposta adequada, reduzindo o tempo até à intervenção terapêutica e melhorando o prognóstico clínico (DGS, 2017).

Em determinadas ocorrências, nomeadamente em situações de agressão ou trauma, foi também necessária a articulação com autoridades policiais para garantir condições de segurança no local da ocorrência e durante o transporte da vítima. A articulação interinstitucional, iniciada no contexto pré-hospitalar e mantida na admissão hospitalar, contribui para uma resposta mais segura e organizada perante as situações de emergência.

A preparação e organização do transporte do doente crítico fundou igualmente uma experiência valiosa no desenvolvimento desta competência. Tanto no SU como no SMI foi possível acompanhar a preparação de PSC para transferência intra-hospitalar e inter-hospitalar, garantindo a estabilização clínica, monitorização e vigilância adequada e continuidade terapêutica durante o transporte. O transporte doente crítico é reconhecido como um momento de elevado risco, requerendo um planeamento rigoroso e coordenação entre profissionais (Fanara et al., 2010). Durante os estágios, quer da UCIP quer SU, foi utilizada a escala desenvolvida por Etxebarria e colaboradores (1998) para avaliação o risco no transporte da PSC, permitindo uma estratificação objetiva do risco e apoio à tomada de decisão. Esta prática encontra-se alinhada com o descrito por Fanara et al. (2010) que destacam a importância de uma avaliação sistematizada e padronizada do doente, bem como da preparação adequado do transporte, com estratégias fundamentais para a redução de eventos adversos.

A salvaguarda das condições de segurança é um primordial em situações de abordagem à PSC em situações de instabilidade. Em determinados momentos durante o estágio no SU, houve a necessidade de pedir colaboração da equipa de segurança do hospital uma vez que se trata de situações em que as pessoas apresentavam agressivas, com agitação psicomotora e com linguagem ofensiva. Assim, com a presença da equipa de segurança é uma das formas de garantir a proteção dos profissionais e a manutenção de um ambiente seguro de prestação de cuidados.

Durante o estágio no SU foi possível presenciar situações com implicações médico legais como casos de agressão e internamentos compulsivos. Nestes cenários tornou-se notório a importância do registo detalhado das lesões observadas e da articulação com as autoridades policiais competentes. A documentação clínica rigorosa detém uma ferramenta poderosa em panoramas com potencial de enquadramento legal, pois contribui para preservar a integridade da informação e dar suporte a eventuais processos de investigação (Lynch, 2010).

A resposta a situações excecionais ganhou relevância durante um período de pico de afluência no SU associado à gripe sazonal. O aumento significativo da procura dos cuidados de saúde levou à ativação de medidas de contingência institucionais, implicando a reorganização dos espaços, redistribuição de recursos humanos e redefinição de prioridades na prestação de cuidados (DGS, 2021), garantindo a continuidade de cuidados e segurança das pessoas.

Durante os estágios no SU e no SMI foi igualmente possível observar que os planos de emergência institucionais se encontravam afixados nos serviços e disponíveis no sistema de gestão documental institucional, permitindo acesso rápido às orientações de atuação em caso de ativação. Estes planos definem a organização das equipas, os circuitos de evacuação e os procedimentos a adotar perante diferentes cenários críticos.

Durante o período de estágio foi também possível participar num simulacro institucional de incêndio ocorrido num quarto de internamento, integrado no plano interno de emergência da instituição. Este exercício implicou a mobilização e evacuação de pessoas internadas, a articulação entre diferentes equipas assistenciais e a ativação de circuitos de comunicação internos e externos, incluindo o contacto com autoridades competentes e a mobilização de meios de emergência clínica e não clínica. A participação neste simulacro permitiu compreender de forma mais concreta a organização da resposta institucional perante situações de risco coletivo, evidenciando a importância da definição prévia de

funções, da comunicação eficaz entre profissionais e do conhecimento dos circuitos de evacuação e segurança.

Na UDITD, a gestão de situações de exceção relevou-se extremamente valiosa durante um episódio de interrupção do fornecimento de energia elétrica. Este evento evidenciou a dependência dos tratamentos dialíticos de equipamentos tecnológicos e reforçou a importância dos planos institucionais de contingência, permitindo reorganizar rapidamente a prestação de cuidados e garantir a segurança das pessoas em tratamento.

A organização da resposta a incidentes críticos em contexto de emergência baseia-se frequentemente em modelos estruturados de gestão de emergências que definem cadeias de comando, responsabilidades e fluxos de comunicação entre equipas. Neste âmbito, e de acordo com a orientação do enfermeiro orientador, considerou-se pertinente refletir sobre o modelo utilizado pelo *Virginia State Emergency Response Team*, baseado nos princípios do *Incident Command System*, que propõe uma estrutura hierarquizada e coordenada para a gestão de eventos críticos. Este tipo de modelo permite otimizar a mobilização de recursos, clarificar funções entre os diferentes intervenientes e melhorar a comunicação entre equipas e instituições. A utilização de estruturas organizacionais desta natureza contribui para uma resposta mais estruturada e eficiente perante situações de exceção ou catástrofe, facilitando a coordenação interinstitucional e a tomada de decisão em contextos de elevada pressão assistencial (FEMA, 2017).

De forma transversal aos diferentes contextos de estágio, tornou-se evidente que a resposta eficaz a situações de emergência depende da coordenação entre profissionais, da comunicação estruturada e do conhecimento dos mecanismos institucionais para solucionar eventos críticos. A realização de briefings antes da intervenção revelou-se particularmente importante para clarificar funções, alinhar estratégias de atuação e antecipar necessidades assistenciais. De igual forma, os momentos de *debriefing* após situações complexas assumem um papel fundamental na análise crítica da intervenção realizada, permitindo identificar aspetos positivos, reconhecer áreas de melhoria e promover aprendizagem coletiva entre os profissionais envolvidos, pois estes momentos de reflexão estruturada contribuem para reforçar a segurança dos cuidados, melhorar o desempenho das equipas e consolidar práticas baseadas na evidência científica (Kolbe et al., 2015). Além disso, o *debriefing* permite promover uma cultura de segurança e de aprendizagem contínua nas equipas de saúde, favorecendo a partilha de experiências e o desenvolvimento de competências na gestão de situações críticas.

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e da resistência aos antimicrobianos assumem particular relevância na abordagem à PSC, devido à complexidade clínica e à necessidade de intervenções rápidas e adequadas, sendo reconhecidos como áreas prioritárias nos sistemas de saúde (DGS, 2017). Estes doentes apresentam frequentemente múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de infeção, incluindo a gravidade da doença, a necessidade de intervenções invasivas e a utilização prolongada de dispositivos médicos. O *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2022), refere que aproximadamente 9,8% dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos por mais de dois dias desenvolvem pelo menos uma infeção associada aos cuidados, sendo as mais frequentes a pneumonia, a infeção da corrente sanguínea e a infeção urinária, frequentemente relacionadas com dispositivos invasivos. Estes dados reforçam a magnitude do problema e evidenciam a necessidade de estratégias estruturadas de prevenção da infeção nos contextos de maior complexidade clínica. Neste enquadramento, a implementação de intervenções baseadas na evidência científica assume um papel determinante na redução da incidência de infeções associadas aos cuidados. A literatura demonstra que uma proporção significativa destas infeções é potencialmente evitável através da aplicação consistente de boas práticas clínicas, da monitorização sistemática dos processos assistenciais e da promoção de uma cultura institucional orientada para a segurança do doente (Blot et al., 2022). Neste processo, o EE em EMC na área PSC assume um papel central, não apenas na execução técnica das intervenções, mas também na liderança de estratégias de prevenção, na supervisão das práticas clínicas e na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ao longo da experiência clínica desenvolvida durante os diferentes contextos de estágio, foi possível observar de forma concreta como os fatores de risco para infeção se manifestam na prática assistencial e reconhecer a importância da aplicação rigorosa das medidas de prevenção e controlo de infeção. A complexidade clínica da PSC, frequentemente dependente de múltiplos dispositivos invasivos e intervenções terapêuticas complexas, exige dos profissionais de saúde uma vigilância permanente e uma atuação sustentada em conhecimento científico atualizado.

Entre os dispositivos invasivos mais frequentemente associados ao desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados encontram-se os cateteres venosos centrais. Estudos multicêntricos como o de Pronovost e colaboradores (2006) demonstraram que a implementação de *bundles* de prevenção permite

reduzir significativamente a incidência de infeções da corrente sanguínea associadas a estes dispositivos em unidades de cuidados intensivos. Em consonância com esta evidência, programas nacionais de melhoria da qualidade e segurança, como o *STOP!* Infeção Hospitalar, têm desempenhado um papel relevante na prevenção destas infeções, ao promoverem a implementação de práticas padronizadas, auditoria clínica, monitorização de indicadores e capacitação das equipas de saúde. Esta iniciativa tem contribuído para reforçar uma cultura de segurança, aumentar a adesão às recomendações internacionais e melhorar os resultados em saúde, constituindo-se como uma estratégia essencial no controlo das infeções associadas aos dispositivos invasivos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

Durante a prática clínica foi possível participar na inserção de cateteres venosos centrais em contexto de elevada complexidade clínica, o que permitiu compreender a importância da utilização de barreira estéril máxima, da correta preparação do campo estéril e da preparação adequada da pele antes da inserção do dispositivo. A observação deste procedimento contribuiu para reforçar a perceção de que cada etapa do processo representa um momento crítico para a prevenção da infeção e que a atenção aos detalhes técnicos constitui um elemento essencial na segurança do doente.

De igual forma, a colocação de cateteres vesicais, reconhecendo que a utilização de técnica assética durante a inserção, constitui um fator determinante na prevenção da infeção urinária associada ao cateter. A evidência demonstra que a presença de cateter vesical constitui um importante fator de risco para infeção urinária, sendo que cada dia adicional de cateterização aumenta significativamente a probabilidade de infeção (National Health Care Safety Network, 2026). Neste contexto, a avaliação contínua da necessidade de manutenção do cateter vesical e a remoção precoce sempre que clinicamente possível constituem intervenções essenciais na prevenção desta complicação.

As recomendações para prevenção das infeções associadas a dispositivos invasivos encontram-se sistematizadas nas normas da DGS, nomeadamente através dos feixes de intervenções definidos para prevenção da infeção associada a cateter venoso central, que incluem a higiene das mãos, a utilização de técnica assética no manuseio do cateter, a aplicação de barreiras estéreis máximas e a antissepsia cutânea adequada antes da inserção do dispositivo (DGS, 2022). A aplicação destas recomendações na prática clínica permitiu reconhecer a importância da padronização dos procedimentos e da monitorização da adesão às boas práticas pelas equipas de saúde.

Durante o período de estágio, um dos enfermeiros orientadores desempenhava funções como elo de ligação ao Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos

Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), o que possibilitou um contacto mais próximo com as estratégias institucionais de vigilância, prevenção e controlo de infeção. Acompanhando este profissional, foi possível observar processos de certificação às práticas de higiene das mãos e à manipulação de dispositivos médicos. Esta experiência revelou-se particularmente relevante para compreender o papel das auditorias clínicas na monitorização da qualidade dos cuidados e na identificação de oportunidades de melhoria. Para além disso, permitiu reconhecer que a prevenção da infeção não depende apenas da execução correta das técnicas, mas também da existência de mecanismos institucionais de monitorização, *feedback* e melhoria contínua.

Outro aspeto particularmente marcante da experiência clínica relacionou-se com o cuidado a doentes portadores de cateteres venosos para HD. Em muitos casos, estes dispositivos constituíam o acesso vascular disponível para a realização do tratamento dialítico, uma vez que os doentes já não apresentavam património vascular adequado à construção de uma FAV. Esta realidade reforçou a importância de uma manipulação cuidadosa destes dispositivos, uma vez que qualquer episódio de infeção poderia comprometer a continuidade do tratamento e colocar em risco a vida do doente. Estudos demonstram que cerca de dois terços das infeções da corrente sanguínea em doentes submetidos a HD ocorrem em portadores de cateter venoso central (Patel et al., 2016). Assim, a preparação rigorosa do material, a utilização de técnica assética e a desinfeção adequada das conexões antes de cada manipulação constituíram intervenções prioritárias na prestação de cuidados.

Durante a prestação de cuidados foi igualmente possível acompanhar a preparação de doentes para cirurgia, o que permitiu compreender a importância das medidas de prevenção da infeção do local cirúrgico. A preparação adequada da pele, a verificação das condições do local cirúrgico e a articulação com a equipa multidisciplinar constituem etapas fundamentais para reduzir o risco de infeção no período pós-operatório. As recomendações internacionais destacam a importância de estratégias multimodais que incluem a preparação adequada da pele no período pré-operatório, a administração correta de profilaxia antibiótica (OMS, 2018). Em Portugal, estas medidas encontram-se igualmente sistematizadas nas normas da DGS para prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2015). As infeções do local cirúrgico constituem uma das IACS mais frequentes, estando associadas a maior duração do internamento, aumento da morbilidade e mortalidade e custos em saúde.

Durante os cuidados prestados a doentes colonizados por microrganismos multirresistentes, como *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina ou Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemes,

tornou-se igualmente evidente a importância da implementação de medidas de isolamento, precauções básicas no controlo de infeção e da sensibilização dos doentes e familiares para a adesão a estas políticas, incentivando-os a participar ativamente na prevenção da transmissão de microrganismos. Assim, a experiência clínica permitiu consolidar a compreensão de que a prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica exige uma abordagem sistemática, sustentada em evidência científica e integrada nas práticas quotidianas das equipas de saúde. A observação de procedimentos invasivos, o acompanhamento de auditorias no âmbito do PPCIRA e a participação na preparação de doentes para cirurgia constituíram oportunidades privilegiadas de aprendizagem, permitindo reconhecer a importância da aplicação rigorosa dos protocolos institucionais e da vigilância contínua das práticas clínicas. Estas experiências reforçaram a perceção de que o EE desempenha um papel central na cadeia epidemiológica da infeção, promovendo práticas seguras, monitorizando a adesão às medidas de controlo de infeção e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste sentido, a articulação entre conhecimento científico, experiência clínica e participação em estratégias institucionais de vigilância e auditoria, permitiu desenvolver competências na conceção e implementação de estratégias de prevenção e controlo da infeção, bem como na liderança e monitorização de práticas seguras no contexto da prestação de cuidados à PSC.

Parte II – Componente de Investigação

A metodologia *Scoping Review* consiste numa forma de síntese da evidência usada com diferentes propósitos, sendo os mais comuns a exploração da amplitude e profundidade da literatura existente, o mapeamento dos conceitos chave e a identificação de lacunas no conhecimento atual. Esta abordagem metodológica é de máxima importância uma vez que contribui para clarificar definições, delimitar conceitos e compreender o alcance de uma investigação de uma determinada área de interesse (Aromatis et al., 2024). Para além disso, é extremamente útil nas aéreas onde a base científica se encontra fragmentada ou ainda não foi revista de forma abrangente, permitindo assim a identificação de temas que justificam um estudo mais aprofundado (Peters et al., 2020).

1. Enquadramento

A comunicação constitui uma dimensão essencial da interação humana e um elemento central na prestação de cuidados de enfermagem. Comunicar não se limita à transmissão de informação, implica também a partilha de significados, emoções e intenções, através de componentes verbais e não verbais. Neste sentido, comunicar em enfermagem exige escuta ativa, empatia, clareza, adaptação ao interlocutor e capacidade de estabelecer uma relação terapêutica significativa com a pessoa e conviventes (Brambilla et al., 2025; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024).

No entanto, a comunicação pode ser comprometida por diversos fatores, como a sobrecarga assistencial, a falta de tempo, a ausência de privacidade, a utilização de linguagem técnica, as barreiras culturais e linguísticas, bem como a falta de formação específica dos profissionais. Estes fatores tornam-se particularmente relevantes em contextos de maior complexidade clínica e emocional como é o caso das UCI. Por seu turno, uma comunicação inadequada é um fator promotor de sofrimento na PSC e conviventes. Em contexto de PSC, comunicar assume contornos ainda mais exigentes, dada a vulnerabilidade da pessoa, a instabilidade clínica, a dependência tecnológica e, por vezes, a incapacidade de expressão verbal. Nestas circunstâncias, a comunicação exige dos enfermeiros uma intervenção altamente adaptada, sensível e humanizada, centrada não apenas na pessoa, mas também nos seus conviventes, enquanto elementos fundamentais no processo de cuidado (Kuyler et al., 2024; Taylor et al., 2020; Naef et al., 2020; Nygaard et al., 2022) e na relação terapêutica.

A comunicação é a base da relação dos enfermeiros com a PSC e conviventes, uma vez que constitui uma ferramenta primordial indispensável para a troca de informações (Oliveira et al., 2023). Em contextos como UCI, os enfermeiros têm de tomar decisões rapidamente, de acordo com aquilo que

constitui o seu conhecimento empírico, para identificar e avaliar as necessidades da PSC e conviventes. As principais dificuldades encontradas por estes profissionais na comunicação são aquelas que estão relacionadas com situações de carácter de urgência, que exigem uma resposta imediata, é exemplo o doente com instabilidade hemodinâmica ou PCR (Yoo et al., 2020).

Al-Abd e colaboradores (2024) referem que os enfermeiros que trabalham em UCI na sua maioria prefere dizer a verdade sobre o estado de saúde à própria PSC e conviventes, e, que procuram ser cuidadosos na transmissão dessas informações para que o impacto negativo no seu estado psicológico seja o menor possível. Em Portugal, a OE afirma que os enfermeiros devem comunicar informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde da PSC. Encontra-se, também, no Regulamento de Competências do EE em EMC à PSC:

> "...Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com "barreiras à comunicação"; Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.5).

A má noticia é designada pela forma como a informação de conteúdo desagradável relacionada com a PSC é transmitida ao próprio e aos seus conviventes que envolve uma mudança radical no futuro e/ou prognóstico de doença (Vandekieft, 2001). A condição emocional da PSC e dos seus conviventes e a complexidade da informação fornecida são fatores que dificultam a compreensão da mensagem transmitida que se pode traduzir na não aceitação da verdade ou assimilação da má notícia (Fontes et al., 2017). Do mesmo modo, Rayan e colaboradores (2022) argumentam que o momento em que se recebe uma má notícia é um momento de crise, e que o impacto negativo que pode destabilizar os mecanismos normais de controlo e diminui a capacidade do outro enfrentar e resolver problemas, o que poderá resultar em repercussões físicas, psicológicas, espirituais, sociais e familiares.

Assim, a CMN constitui uma das intervenções mais complexas, difíceis e exigentes realizadas pelos profissionais de saúde, uma vez que exige lidar com as reações negativas da PSC e dos conviventes após CMN (Oliveira et al., 2023). A natureza intrínseca da PSC acrescenta ainda o grau de dificuldade no desempenho do ato de comunicar pelos momentos de stress e pela alta carga emocional. As emoções

intensas que são desencadeadas por eventos traumáticos interferem diretamente na capacidade de memorização e processamento da informação (Rasmus et al., 2020). Seja no serviço de urgência, em contexto de emergência pré-hospitalar ou em UCI esta dificuldade não advém de apenas ambientes que apresentam características complexas, mas também da gravidade das doenças, questões éticas e das controvérsias geradas, isto é, o que dizer, como e quando o dizer.

A crescente necessidade de estratégias para a CMN, levou à elaboração de protocolos facilitadores deste processo, prezando a revelação da verdade das informações transmitidas de forma a minimizar os impactos por ela causada. Um deles é o protocolo SPIKES (S- *Setting,* P- *Perception*; I- *Invitation*; K- *Knowledge*; E- *Emotion*; S- *Summarize*), que se tem relevado extremamente útil na CMN pois orienta a conversa entre o profissional e à PSC e conviventes. Desta forma, é possível contribuir para o desenvolvimento de competências de comunicação e para que o momento seja menos angustiante para quem transmite, como para quem recebe a informação. Torna-se, por isso, evidente a sua importância na integração nos currículos académicos e programas de formação dos profissionais de saúde (Agnese et al., 2022).

Keefe-Cooperman e colaboradores (2018) salientam outro protocolo com a designação de PEWTER (P- *Prepare*; E – *Evaluate*; W- *Warning*; T- *Tell;* E- *Emotion response*) que se centra na empatia e na resposta emocional, promovendo uma comunicação clara e bem estruturada. É útil em situações de crise e emergência, possuindo ainda semelhanças com o processo de enfermagem em que há uma fase de preparação e outra de avaliação antes da intervenção ser realizada (neste caso CMN). Neste sentido, este protocolo permite que os enfermeiros forneçam informação de forma doseada, para que esta seja processada adequadamente e, assim, possa determinar a resposta emocional conveniente, fundamental para garantir que a informação seja assimilada (Bumb et al., 2017).

Outra estratégia presente na literatura para a CMN foi o protocolo ABDCE (A – *Advance preparation*; B – *Build therapeutic environment*; C – *Communicate well*; D – *Deal with reactions*; E – *Encourage emotions*), que se centra nas emoções da pessoa e dos seus conviventes, integrando a compreensão dos sentimentos individuais, pois abrange o cuidado holístico dos mesmos e oferece uma esperança realista sobre o estado clínico (Cust et al., 2022).

As estratégias de CMN exigem a mobilização de competências como a comunicação, empatia, clareza e profissionalismo, sendo estas cruciais para o relacionamento entre profissional de saúde e a PSC e conviventes, em que o treino e prática da mesma deveriam ser focadas ao longo do desenvolvimento

académico e profissional destes profissionais (Santos et al., 2025).

2. Tipo de Estudo

O estudo desenvolvido teve por base a realização de uma *scoping review*, uma metodologia de revisão da literatura que se caracteriza por ser sistemática, ampla e exploratória. Esta abordagem revela-se particularmente adequada quando o tema em estudo apresenta ainda produção científica dispersa, com diferentes abordagens metodológicas, ou quando se pretende obter uma visão global e organizada do conhecimento disponível sobre determinado fenómeno (Aromatis et al., 2024).

A escolha desta metodologia justifica-se pela necessidade de conhecer e sistematizar o conhecimento científico disponível sobre as estratégias de CMN à PSC e aos seus conviventes, uma área particularmente sensível, complexa e relevante na prática dos cuidados de saúde. Trata-se de uma temática com forte impacto na qualidade dos cuidados, na relação terapêutica, no suporte emocional e na humanização da prática clínica, assumindo especial importância no contexto da enfermagem à PSC.

Apesar de se observar atualmente um progresso na sensibilização da importância de CMN nos cuidados de saúde, esta continua a ser uma prática com uma disparidade de abordagens adotadas pelos profissionais de saúde uma vez que se observa a falta de protocolos institucionais e a ausência de formação específica para esta temática (Oliveira et al., 2023).

Num contexto em que a PSC e os conviventes vivem num clima de vulnerabilidade, instabilidade hemodinâmica e risco de morte, a CMN assume um papel fulcral na prestação de cuidados. Falhas que ocorrem no processo comunicacional podem gerar sofrimento e conflitos, desconfiança e até um distanciamento da equipa profissional. Por isso, torna-se imperativo mapear a estratégias existentes com o objetivo de sistematizar boas práticas e promover cuidados mais humanizados, eficazes, efetivos e baseados na evidência. Francis & Robertson (2023) reconhecem que a CMN é uma prática frequente e emocionalmente exigente e continuar a existir escassa evidência centrada na investigação das experiências nos profissionais de saúde particularmente no contexto de PSC, demonstrando que provoca aos profissionais de saúde sofrimento emocional, isolamento e a adoção de estratégias de *coping* negativas. Assim, é essencial a procura de promoção de cultura de segurança e satisfazer não só as necessidades da PSC, mas também o bem-estar e resiliência dos enfermeiros.

2.1. Objetivo e finalidade do estudo

O presente estudo tem como objetivo principal é explorar a evidência científica disponível acerca das estratégias de CMN utlizadas pelos enfermeiros à PSC e aos seus conviventes, em contextos de prestação de cuidados. Além do objetivo geral foram ainda definidos objetivos específicos seguintes: i) identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na CMN à PSC e conviventes; ii) analisar quais os fatores que dificultam a utilização de estratégias na CMN pelos enfermeiros; iii) identificar quais os fatores que promovem a utilização de estratégias na CMN pelos enfermeiros; iv) identificar as necessidades formativas e recomendações sobre as estratégias de CMN.

2.2. Questão de Revisão

Ora, tendo em conta a problemática em questão e os objetivos do estudo recomenda-se o uso da mnemónica PCC – População, Conceito e Contexto – como um guia para a elaboração de uma questão de revisão clara e objetiva do conteúdo de revisão (Aromatis et al., 2024).

Para o presente estudo, intitulado, "Estratégias de comunicação de más notícias à PSC e conviventes em situação crítica: uma *scoping review*". Foi formulada a seguinte questão de revisão: Quais são as estratégias utlizada pelos enfermeiros na CMN à PSC e conviventes, em contextos onde sejam prestados os seus cuidados? Seguindo a mnemónica anteriormente referida definiu-se:

P (Population/População) – Enfermeiros;

C (Concept/Conceito) – Estratégias de comunicação de más noticias;

C (Context/Contexto) – Contextos em que sejam prestados cuidados à PSC;

2.3. Seleção de termos de pesquisa

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Search Headings* (MeSH) e CINAHL *Headings*:

	DeCS	MeSH *Terms*	CINAHL *Headings*
P (POPULAÇÃO) - Enfermeiros	Enfermeiros; Enfermeiros Cuidados Críticos;	Nursing, Critical Care Intensive Care Nursing Nursing, Intensive Care Critical Care Nurs*;	Critical care nursing; Critical care nurses
C (CONCEITO) Estratégias de comunicação de más noticias	Revelação da verdade; Comunicação; Relação Profissional-Família;	Disclosures, Truth Truth Disclosures Disclosure, Truth; Communication;	Truth Disclosure; Communication Skills; Professional-Client Relations;

		Professional-Family Relations	Patient; Nurse-Patient Relations
C (CONTEXTO) Situação crítica	Cuidados críticos; Enfermagem em emergência	Critical Care Care, Intensive; Intensive Care; Intensive Care, Nursing; Nursing, Critical care; Nursing, Intensive Care; Emergency Nursing	Critical Care; Emergency Nursing

2.4. Seleção de estudos

De acordo com o PCC definido, foram selecionados os seguintes limitadores de pesquisa: estudos em português, espanhol e inglês; Publicações realizadas nos últimos 5 anos (2020-2025); publicados em revistas académicas e revistos por pares. Foram selecionados os critérios de inclusão, sendo eles: Enfermeiros que prestam cuidados em UCI, serviços de urgência, emergência pré-hospitalar; emergência intra-hospitalar; Serviços em que sejam prestados cuidadosos à PSC; Estratégias de CMN; Práticas dos enfermeiros associadas à CMN; Intervenções dos enfermeiros associadas à CMN; Fatores que promovem ou dificultem a utilização de estratégias de CMN; Estudos quantitativos, qualitativos e mistos; Estudos Primários; Revisões de literatura; Normas de orientação clinica, relatórios, diretrizes, protocolos relevantes. A relevância dos artigos selecionados foi avaliada por três revisores independentes, através dos títulos e resumos dos estudos resultantes da pesquisa.

Foram definidos como critérios de exclusão estudos em que: Enfermeiros que prestam cuidados em contexto pediátrico, neonatal, cuidados paliativos, serviços de psiquiatria e saúde mental, artigos sem acesso livre integralmente.

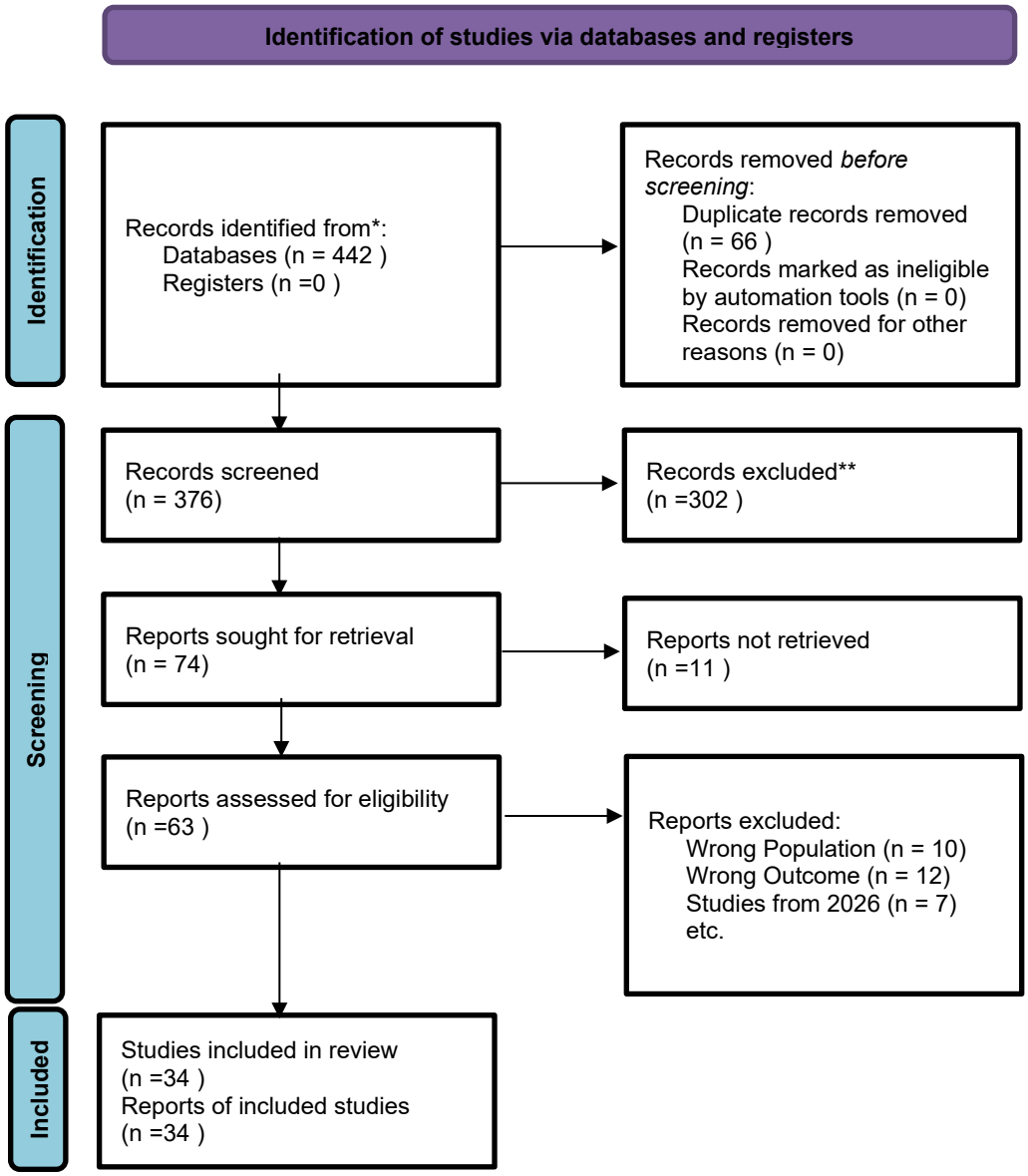
A estratégia de pesquisa desta *scoping review* foi elaborada de acordo com as diretrizes do JBI, e visando garantir uma abordagem ampla e rigorosa para a identificação de evidências relevantes e, realização do registo na plataforma *Open Science Framework*.

A estratégia de pesquisa foi conduzida desde a abril de 2025 a março de 2026 nas bases de dados MedLine *Complete*, CINAHL *Complete* e SCOPUS usando um conjunto de palavras que representam os conceitos relacionadas com a questão desenvolvido e tendo sido usadas, respetivamente, as seguintes frases booleanas: (''Nurs*''OR ''Critical Care Nurs*'') AND (''Truth Disclosure'' OR ''Communication'' OR ''Professional-Family Relations'' OR ''Breaking Bad News'') AND (''Critical Care'' OR ''Intensive Care Units''

OR "Emergency Nursing"), ("Critically Ill Patient*" OR "Critically Ill") AND ("Critical Care Nurs*" OR "Intensive Care Nurs*") AND ("Truth Disclosure") e ("Critical Care Nurs*") AND ("Communication" OR "Professional-Family Relations" OR "Breaking Bad News") AND ("Critical Care" OR "Intensive Care Units" OR "Emergency Nursing"). O processo contemplou também artigos que foram encontrados após uma pesquisa exploratória que também cumpre critérios de inclusão e exclusão

A metodologia seguida ao longo deste trabalho encontra-se descrita na Figura 1 - PRISMA *Flowchart* que se apresenta de seguida, garantindo um processo sistemático e transparente.

Figura 1 - PRISMA *Flowchart*



Adaptado de- Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

O processo de identificação, triagem, avaliação da elegibilidade e inclusão dos estudos, foi conduzido em conformidade com as orientações do PRISMA 2020, assegurando uma abordagem metodologicamente rigorosa, transparente e reprodutível ao longo de todas as etapas da revisão.

Numa primeira fase, a estratégia de pesquisa bibliográfica permitiu identificar 442 registos através das bases de dados consultadas, não tendo sido identificados estudos adicionais provenientes de registos complementares. Posteriormente, procedeu-se à remoção de 66 registos duplicados. Após esta etapa, permaneceram 376 registos, os quais foram submetidos à leitura e análise dos respetivos títulos e resumos.

Na fase de triagem, foram excluídos 302 registos, por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos para a presente revisão. Em consequência, 74 artigos foram considerados potencialmente relevantes e selecionados para leitura em texto integral. Contudo, 11 artigos não puderam ser recuperados na sua totalidade, tendo sido avaliados, no total, 63 estudos em texto completo quanto à sua elegibilidade.

Após a leitura integral e análise crítica dos estudos, foram excluídos 29 artigos, por não apresentarem conformidade com os critérios metodológicos e temáticos estabelecidos. Entre os principais motivos de exclusão destacaram-se a inclusão de uma população não correspondente à definida para o estudo (n = 10), as avaliações dos resultados esperados não se encontravam alinhados com os objetivos da revisão (n = 12) e a inclusão de estudos fora do período temporal previamente delimitado (n = 7).

2.5. Extração de Dados

A extração de dados foi realizada de forma independente por três revisores, recorrendo a um "Formulário de Extração de Dados" desenvolvido em Microsoft Excel®, com base no protocolo (Apêndice III). Este instrumento foi ajustado ao longo do processo para melhor refletir as evidências identificadas e facilitar a organização da informação.

Inicialmente, cada estudo foi analisado individualmente, sendo registados dados essenciais, como identificação, características metodológicas, tipo de intervenção e principais resultados relevantes para a questão de revisão.

Verificou-se, contudo, elevada repetição entre os dados extraídos, pelo que se optou por não incluir as tabelas completas no corpo do trabalho. Em alternativa, foram elaborados quadros de síntese que

agregam a informação por categorias, permitindo uma apresentação mais clara e analítica.

Concluído o processo de seleção, foram analisados 34 estudos elegíveis, o que permitiu a extração dos dados que respondem à questão de investigação e ao objetivo desta *scoping review*. A tabela II – Formulário de Extração de Dados, que se encontra no Apêndice III, fornece um resumo dos dados obtidos a partir da análise dos estudos, onde se incluem informações sobre os autores, ano e país de origem, objetivo, desenho de estudo, intervenções e resultados. A adoção desta abordagem permite consistência metodológica contribuindo, assim, para uma síntese clara e abrangente dos estados aqui incluídos.

2.6. Apresentação dos resultados

Tabela I – Quadro Resumo Artigos

Autor, ano e país	**Participantes / população**	**Objetivo(s)**	**Desenho do estudo**	**Intervenções / instrumentos**	**Resultados**
Burns et al., 2024, Canadá	5 familiares e 4 profissionais de equipas de transferência	Explorar o processo de comunicação mais aceitável durante transferências inter-hospitalares	Qualitativo descritivo	*Focus group*	A transferência foi vivida como "blackout comunicacional"; as famílias valorizaram atualização de informação, apoio e ligação contínua
Verkaik et al., 2025, Países Baixos	583 enfermeiros de UCI	Descrever atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família	Transversal	Questionário FINC-NA	Os enfermeiros valorizam a família, mas mostram menor abertura ao envolvimento ativo
Saffer et al., 2024, Austrália	11 enfermeiros e 2 líderes clínicos	Explorar como os objetivos de cuidados são comunicados e o papel do enfermeiro	Qualitativo descritivo	Entrevistas e validação com líderes clínicos	Houve falta de consenso sobre objetivos de cuidados e indefinição do papel do enfermeiro
O'Neill et al., 2025, Austrália	89 enfermeiros e entrevistas complementares	Avaliar conforto e capacidade dos enfermeiros em cuidados de fim de vida culturalmente sensíveis	Método misto	Inquérito e entrevistas	Formação em fim de vida aumentou conforto e capacidade; persistiram barreiras culturais e linguísticas
Afenigus e Sinshaw, 2025, Etiópia	12 enfermeiros de cuidados críticos	Explorar experiências de comunicação com doentes não verbais ou inconscientes	Fenomenológico descritivo	Entrevistas estruturadas	Usaram estratégias verbais, não verbais, toque, silêncio e apoio familiar; faltam recursos e formação

Hynes et al., 2022, Austrália	175 Enfermeiros de uma UCI terciária	Investigar barreiras aos cuidados de fim de vida	Quantitativo	Questionário nacional sobre cuidados de fim de vida	As principais barreiras relacionaram-se com comunicação e interação com a família
Shimran e Ali, 2025, Iraque	110 enfermeiros	Avaliar a eficácia de um programa de comunicação ética e terapêutica	Quase-experimental	Programa formativo, questionário e aplicação de *checklist*	O programa melhorou os conhecimentos e práticas comunicacionais
Utami et al., 2020, Indonésia	10 enfermeiros	Explorar experiências de cuidados de fim de vida	Qualitativo fenomenológico	Entrevistas em profundidade	Emergiram temas ligados à comunicação com a família, apoio, decisão e emoções dos enfermeiros
Mendoza-Gallardo et al., 2025, Chile	14 artigos	Analisar conceptualmente a entrega de más notícias em unidades críticas	Revisão narrativa / análise conceptual	Revisão bibliográfica	Propôs *checklist* baseada no modelo SPIKES
Sandnes e Uhrenfeldt, 2024, Noruega/Dinamarca	8 enfermeiros especialistas	Explorar o significado comunicacional do toque cuidador	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	O toque comunicou segurança, presença, confiança e cuidado
Antunes et al., 2021, Portugal	8 artigos	Identificar intervenções de enfermagem que capacitam a pessoa em situação crítica	Revisão integrativa	Revisão de literatura	Destacou comunicação eficaz com doente e família e a família como parceira nos cuidados
Maharmeh et al., 2023, Jordânia	18 enfermeiros	Explorar experiências de comunicação com familiares	Fenomenológico	Entrevistas qualitativas	Identificou relações precárias e padrões comunicacionais disruptivos
Perelló-Campaner et al., 2023, Espanha	11 enfermeiros	Explorar determinantes da comunicação com doentes intubados conscientes	Qualitativo fenomenológico	Entrevistas semiestruturadas	Os fatores influenciadores foram do doente, do contexto e dos profissionais

Taylor et al., 2020, Noruega	9 enfermeiros	Explorar experiências na retirada de suporte de vida	Qualitativo descritivo	Entrevistas	O processo gerou *stress* emocional; planeamento e boa comunicação foram essenciais
Naef et al., 2020, Suíça	19 familiares e 19 profissionais	Avaliar uma intervenção de apoio à família liderada por enfermeiros	Qualitativo de avaliação	Entrevistas *e focus groups*	A intervenção facilitou a comunicação e melhorou o apoio à família
Naef et al., 2021, internacional	Enfermeiros de vários países	Descrever práticas de envolvimento familiar na UCI	Qualitativo multicêntrico	Exploração qualitativa multicêntrica	Reforçou a importância de práticas estruturadas de envolvimento e comunicação com a família
Atalla et al., 2024, Egito	740 enfermeiros	Investigar relação entre inteligência organizacional, *soft skills* e *thriving*	Transversal descritivo	Questionários estruturados	A inteligência organizacional associou-se positivamente às *soft skills*
Testoni et al., 2021, Itália	23 médicos, 13 enfermeiros e 11 familiares	Compreender a notificação da morte em contexto crítico	Qualitativo	Entrevistas	A notificação da morte exige empatia, preparação e articulação entre profissionais
Fritz et al., 2025, EUA	208 profissionais e cerca de 1300 famílias	Avaliar a implementação da ferramenta *Best Case/Worst Case*-UCI	Estudo de melhoria da qualidade	Ferramenta gráfica e formação	A ferramenta apoiou comunicação prognóstica consistente e melhorou a relação clínico-família
Mahvar et al., 2020, Irão	18 entrevistas e 43 observações	Explorar a cultura da comunicação interpessoal entre enfermeiros	Etnografia focada	Observação participante e entrevistas	A comunicação foi influenciada pelo ambiente organizacional, experiência e profissionalismo
Henriksen et al., 2021, Noruega	19 estudos	Identificar qualidades e competências nucleares do enfermeiro intensivista	Meta-etnografia	Revisão sistemática e síntese	A comunicação com doente e família foi considerada competência central

Kydonaki et al., 2020, Reino Unido	19 sobreviventes, 21 familiares e 15 enfermeiros	Compreender fatores que influenciam o envolvimento familiar	Qualitativo exploratório	Entrevistas e *focus groups*	O envolvimento dependeu de confiança, negociação e parceria de cuidado
Price et al., 2022, internacional	61 enfermeiros de 10 países	Investigar fatores que facilitam ou dificultam o envolvimento familiar	*Survey* transversal	QFIFE e questões abertas	Fatores principais: acuidade do doente, atitudes dos enfermeiros, *workflow* e ambiente da UCI
Brambilla et al., 2025, Itália	43 participantes: doentes, familiares, enfermeiros e médicos	Explorar efeitos da incapacidade de comunicação verbal em doentes ventilados	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	As dificuldades comunicacionais causaram sofrimento emocional e afetaram a qualidade dos cuidados
León Oliva et al., 2025, Espanha	27 estudos	Identificar dificuldades de comunicação entre enfermeiros e familiares	Scoping review	Revisão segundo *Arksey* e *O'Malley* / JBI	As principais dificuldades foram sobrecarga, barreiras linguísticas, linguagem técnica e falta de formação
Reguera-Carrasco et al., 2025, Espanha	32 enfermeiros	Explorar a complexidade dos cuidados relacionada com o profissional	Qualitativo multicêntrico	*Focus groups*	A complexidade foi influenciada por experiência, carga de trabalho, comunicação e gestão emocional
Al-Shamaly, 2021, Austrália	35 enfermeiros de UCI	Explorar padrões de comunicação do cuidado	Etnografia focada	Observação, entrevistas e documentos	Identificou padrões, facilitadores e barreiras da comunicação em UCI
Momennasab et al., 2022, Irão	45 enfermeiros	Avaliar treino em comunicação aumentativa e alternativa com doentes intubados	Quase-experimental	Programa *blended learning*, teste e *checklist*	O treino melhorou conhecimento, uso de AAC e sucesso da comunicação
Nygaard et al., 2022, Noruega	Profissionais de 4 UCI	Explorar interações com famílias à luz da ética do cuidado	Qualitativo	Observação *e focus groups*	A qualidade dos cuidados à família dependeu de atenção, atitude ativa e tolerância

Yoo et al., 2020, Coreia do Sul	16 enfermeiros	Explorar experiências comunicacionais com doentes e famílias	Qualitativo	*Focus group* e entrevistas	Os enfermeiros relataram dificuldades, aprendizagem por tentativa e erro e valorização da comunicação
Rayan et al., 2022, Jordânia	210 enfermeiros	Examinar atitudes, papéis, experiência, formação e barreiras na comunicação de más notícias	Descritivo transversal	Questionário	A maioria participou na comunicação de más notícias, mas sem formação específica suficiente
Saifan et al., 2025, Jordânia	15 enfermeiros e 15 familiares	Explorar barreiras culturais e sistémicas à comunicação entre enfermeiros e familiares	Qualitativo exploratório	Entrevistas semiestruturadas	Identificou barreiras culturais e organizacionais; recomendou protocolos estruturados e formação
Aschale et al., 2025, Etiópia	12 enfermeiros	Explorar experiências de cuidados em fim de vida, incluindo comunicação	Estudo fenomenológico descritivo	Entrevistas semiestruturadas	Destaca-se a comunicação honesta acerca da situação clínica do doente e das opções de tratamento; Reforço de que a comunicação é vital e situação de fim de vida sendo que para esta comunicação competem as emoções e sentimentos. Importância da manutenção da esperança e coragem; Foco na empatia e honestidade; Continuum de informação entre turnos. Realça ainda as emoções dos conviventes e a literacia dos mesmos são fatores barreira à comunicação.
Kuyler, Heyns e Johnson, 2024, África do Sul	30 enfermeiros a exercer funções em UCI	Explorar impacto da vulnerabilidade comunicacional dos doentes na UCI	Qualitativo exploratório-descritivo	*Focus group*	As dificuldades comunicacionais geraram frustração, stress e fadiga por compaixão; recomendou treino específico

2.7. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados permite compreender de que forma a evidência disponível responde à questão de revisão formulada — quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e conviventes — e em que medida essa evidência contribui para clarificar obstáculos, facilitadores, necessidades formativas e recomendações para a prática.

A presente *scoping review* teve como objetivo principal explorar a evidência disponível acerca das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na CMN à PSC e conviventes, em contextos onde são prestados cuidados à PSC. Definiram-se ainda os objetivos secundários de identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, compreender os fatores que promovem e dificultam a sua utilização e recomendações para a prática.

A análise dos estudos permitiu verificar que, embora a evidência científica especificamente focada na CMN realizada por enfermeiros em contexto crítico ainda seja limitada, existe um conjunto de evidência consistente que permite compreender esta prática de forma alargada, integrada e clinicamente relevante. De um modo geral, os estudos demonstram que a comunicação em ambientes como UCI, fim de vida, agravamento clínico, limitação terapêutica e morte, não pode ser dissociada da experiência de receber ou acompanhar informação com forte impacto emocional e existencial, o que corresponde ao núcleo concetual daquilo que se entende por má notícia (Mendoza-Gallardo et al., 2025; Rayan et al., 2022).

Neste sentido, os resultados mostram que a CMN, no contexto da PSC, não deve ser entendida como um acontecimento pontual, isolado e exclusivamente centrado na transmissão de informação clínica. Emerge, por seu turno, como um processo relacional, progressivo, emocionalmente exigente e interdisciplinar, no qual os enfermeiros desempenham um papel particularmente relevante. Os estudos sugerem que estes profissionais atuam não apenas como transmissores ou clarificadores de informação, mas também como mediadores emocionais, clarificadores da linguagem clínica, utilizada muitas vezes promotores de compreensão, facilitadores da relação terapêutica e atuando como presenças contínuas junto da PSC e dos conviventes (Naef et al., 2020; Nygaard et al., 2022; Saffer et al., 2024).

Esta compreensão da comunicação como processo relacional e não meramente informativo é reforçada pelos contributos de Al-Shamaly (2022), que descreve, em contexto de cuidados intensivos, padrões de comunicação de cuidado e de cuidado que ultrapassam a simples transmissão de informação clínica e incluem presença, disponibilidade, coordenação, proximidade e expressão de cuidado na interação

quotidiana. Esta perspetiva converge com os achados da presente revisão, ao sustentar que a comunicação dos enfermeiros em contexto da PSC assume valor terapêutico em si mesma, funcionando não apenas como veículo de informação, mas também como meio de conforto, reconhecimento da vulnerabilidade e apoio relacional à PSC e conviventes. De forma complementar, Henriksen et al. (2021) reforçam que entre as qualidades do enfermeiro que presta cuidados à PSC se encontram competências como a sensibilidade relacional, o julgamento clínico, a presença e a capacidade de responder humana e tecnicamente à complexidade, o que sustenta a ideia de que a CMN exige competências avançadas, integradas e próprias da prática especializada.

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na CMN à PSC e conviventes

Com esta revisão percebeu-se que as estratégias identificadas na literatura serão predominantemente relacionais, adaptativas e centradas na PSC e na família, mais do que estritamente técnicas ou protocolares. Ainda que alguns estudos apresentem modelos ou ferramentas estruturadas, o conjunto da evidência aponta para uma prática comunicacional que depende fortemente da sensibilidade clínica e relacional do enfermeiro, da análise da situação e da capacidade de ajustar a comunicação à situação da PSC, às necessidades dos conviventes e ao contexto onde se prestam os cuidados.

Entre as estratégias mais evidentes destaca-se a utilização de uma comunicação clara, simples, honesta e gradual. Os estudos mostram que os enfermeiros valorizam a necessidade de transmitir informação de forma compreensível, evitando excesso de tecnicismo, ambiguidade ou mensagens contraditórias. A informação parece ser mais bem recebida quando é apresentada de forma progressiva, contextualizada e acompanhada de validação contínua da compreensão por parte da PSC e conviventes. Este aspeto assume especial relevância na CMN, dado que a forma como a informação é entregue influencia diretamente a sua interpretação, a confiança na equipa e a capacidade de integração emocional do acontecimento vivido (León Oliva et al., 2025; Saffer et al., 2024; Saifan et al., 2025).

A evidência sugere também que a CMN não se esgota no conteúdo verbal transmitido, sendo fortemente sustentada por empatia, escuta ativa e presença terapêutica. Em vários estudos como os de Utami et al. (2020) e Testoni et al. (2021), os enfermeiros descrevem a importância de estar disponível, escutar sem pressa, reconhecer e validar o sofrimento, acolher emoções e manter-se verdadeiramente presentes mesmo quando não existem respostas imediatas ou soluções possíveis. Esta presença terapêutica parece ser particularmente importante em situações de agravamento clínico, fim de vida, suspensão de medidas avançadas de suporte de vida ou morte iminente, contextos em que a comunicação é simultaneamente

informativa e profundamente emocional (Sandnes & Uhrenfeldt, 2024;Taylor et al., 2020; Yoo et al., 2020).

Também Utami et al. (2020) evidenciam, a partir da experiência dos enfermeiros de cuidados críticos em fim de vida, que o cuidado nestes contextos implica estar presente junto da pessoa e da família, lidar com emoções intensas e sustentar uma comunicação que não se reduz à informação verbal, mas que envolve apoio, disponibilidade e acompanhamento contínuo. De modo semelhante, Testoni et al. (2021), ao analisarem a notificação da morte em UCI e SU, mostram que os enfermeiros assumem frequentemente um papel central no acolhimento do impacto emocional subsequente à notícia, permanecendo junto dos familiares, escutando, esclarecendo e oferecendo suporte num momento de elevada vulnerabilidade. Estes estudos ilustram, assim, que a presença terapêutica, a escuta e a capacidade de contenção emocional constituem dimensões fundamentais da CMN em contexto crítico.

A literatura mostra ainda que, em ambiente crítico, os enfermeiros recorrem com frequência a estratégias não verbais, sobretudo quando a pessoa apresenta limitações importantes da comunicação verbal. Nestes contextos, o toque cuidador, o contacto visual, o silêncio intencional, a proximidade física e a observação da mímica facial ou sinais fisiológicos surgem como meios relevantes de comunicação. Tal evidência é particularmente significativa, porque amplia a compreensão da CMN no contexto da PSC: comunicar não significa apenas partilhar uma notícia, mas também sustentar relacionalmente com a presença, mesmo quando a linguagem verbal está comprometida (Afenigus & Sinshaw, 2025; Brambilla et al., 2025; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024).

Outro aspeto importante identificado foi a adaptação dos meios de comunicação ao estado clínico da PSC. Os estudos cuja população sejam doentes sob ventilação invasiva, sem voz ou em condição de comunicação vulnerável mostram que os enfermeiros procuram recorrer a alternativas como a escrita, recursos visuais, leitura de sinais comportamentais e colaboração com os conviventes como facilitadores da comunicação. Este achado demonstra que a CMN à PSC não deve ser automaticamente excluída quando existem limitações comunicacionais. Pelo contrário, a evidência aponta para a necessidade de adaptar estratégias e meios, de modo a preservar a dignidade, a participação e a compreensão da pessoa, tanto quanto possível (Afenigus & Sinshaw, 2025; Kuyler et al., 2024; Perelló-Campener et al., 2023).

A inclusão dos conviventes no processo comunicacional foi igualmente um resultado transversal. A maioria dos estudos reforça que os conviventes não devem ser encarados apenas como recetores

secundários de informação, mas como parceiros do cuidado e parte integrante da comunicação à PSC. As estratégias descritas incluem atualização regular da informação, disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e anseios, reuniões formais, acompanhamento emocional e construção de uma relação continuada de confiança com os conviventes. Estes dados sugerem que a CMN tende a ser mais eficaz quando inserida numa trajetória comunicacional contínua, e não apenas num episódio isolado (Kydonaki et al., 2020; Naef et al., 2020; Nygaard et al., 2022).

Esta necessidade de continuidade comunicacional torna-se particularmente visível em momentos de transição crítica, como a transferência inter-hospitalar. Burns et al. (2024) mostram que, para pessoas com menos literacia, confrontadas com eventos de doença crítica, a comunicação durante o processo de transferência funciona como suporte para a ligação, para a redução da incerteza e para a manutenção de um sentido de orientação perante a situação vivida. Contudo, o estudo evidencia igualmente que esse processo pode ser dificultado por hierarquias, ambiguidades de papéis, sobrecarga profissional e complexidade na circulação da informação. Este contributo amplia a compreensão da CMN ao sugerir que, em contexto crítico, a experiência da má notícia pode ocorrer ao longo de trajetórias de agravamento, transferência e instabilidade, exigindo dos enfermeiros capacidade de atualização contínua, coordenação e sustentação relacional dos conviventes.

A este respeito, Maharmeh et al. (2023) reforçam que a relação entre enfermeiros e familiares em cuidados intensivos assume elevada relevância clínica e emocional, embora seja frequentemente vivida em equilíbrio instável entre proximidade, tensão e fragilidade relacional. Também Price et al. (2023), numa perspetiva internacional, identificam que as práticas de comprometimento familiar dos enfermeiros em cuidados críticos são influenciadas por fatores profissionais, organizacionais e culturais, incluindo distribuição desigual de poder, normas institucionais e variabilidade entre equipas. Em sentido convergente, Verkaik et al. (2025) demonstram que os enfermeiros reconhecem globalmente a importância do envolvimento da família na UCI, ainda que as atitudes face à sua participação direta possam ser menos positivas em alguns contextos. Em conjunto, estes contributos reforçam que a inclusão dos conviventes no processo de CMN não depende apenas da intenção individual do enfermeiro, mas também da qualidade da relação previamente construída e das condições organizacionais que legitimam essa participação.

Apesar da predominância de estratégias relacionais, também foram identificadas ferramentas e modelos estruturados de apoio à comunicação. A literatura destaca, por exemplo, o modelo SPIKES como

referência para a CMN em contexto crítico, bem como a ferramenta *Best Case/Worst Case-ICU*, que favorece a comunicação prognóstica mais clara, consistente e visual. Foram também identificados programas estruturados para comunicação com doentes sem voz e intervenções lideradas por enfermeiros dirigidas ao suporte familiar. Estes resultados sugerem que a CMN pode beneficiar da combinação entre competência relacional e suporte estrutural, reduzindo a dependência exclusiva da experiência individual do profissional (Fritz et al., 2025; Mendoza-Gallardo et al., 2025; Momennasab et al., 2023; Naef et al., 2020).

Fatores que dificultam a utilização de estratégias de CMN pelos enfermeiros

Os estudos incluídos permitiram identificar um conjunto consistente de fatores que dificultam a utilização eficaz de estratégias de CMN em contextos de cuidados à PSC. Entre os obstáculos mais frequentemente referidos encontra-se a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo e os constrangimentos organizacionais próprios dos ambientes de elevada complexidade clínica. Os resultados mostram que a pressão laboral, a necessidade de priorização constante e o ritmo acelerado dos contextos onde se prestam cuidados à PSC reduzem a disponibilidade necessária para preparar, conduzir e acompanhar conversas difíceis com a pessoa e os conviventes. Este dado é particularmente relevante, uma vez que a CMN exige tempo, continuidade, escuta e acompanhamento emocional, condições muitas vezes difíceis de assegurar em contextos altamente exigentes (León Oliva et al., 2025; Reguera-Carrasco et al., 2025; Saifan et al., 2025).

Este achado encontra apoio adicional em Hynes et al. (2022), que identificam, no contexto dos cuidados intensivos e do fim de vida, barreiras importantes à prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente ao nível da comunicação com as famílias, da falta de tempo, da pressão assistencial e das dificuldades organizacionais. Os autores mostram ainda que estas barreiras não afetam apenas o cuidado prestado, mas têm também repercussões negativas na saúde psicológica e fisiológica dos enfermeiros quando a experiência clínica é vivida como particularmente difícil. Também Burns et al. (2024) reforçam que a sobrecarga, a fragmentação da informação e a indefinição de responsabilidades em momentos de transferência agravam a dificuldade em assegurar processos comunicacionais consistentes e humanizados.

Outro obstáculo particularmente relevante é a insuficiência de formação específica em CMN. O estudo de Rayan et al. (2022) evidencia de forma clara esta fragilidade ao demonstrar que, apesar de a maioria dos enfermeiros participar na CMN, uma elevada proporção não tem formação básica específica para

tal. Esta ausência de formação formal parece traduzir-se numa prática frequentemente baseada na experiência acumulada pela observação de colegas ou na aprendizagem por tentativa e erro. Os resultados sugerem, assim, que muitos enfermeiros comunicam em situações críticas sem um suporte formativo robusto, o que pode aumentar insegurança, inconsistência e sofrimento profissional. Este padrão foi também visível noutros estudos qualitativos centrados na experiência comunicacional dos enfermeiros (Kuyler et al., 2024; Yoo et al., 2020)

A carga emocional associada à CMN surge também como fator dificultador relevante. Os estudos mostram que os enfermeiros experienciam frequentemente medo de causar sofrimento, desconforto perante a dor dos conviventes, receio de serem mal interpretados, sofrimento moral, exaustão emocional e *burnout.* Em situações de fim de vida, suspensão de medidas de suporte de vida ou deterioração acentuada, a comunicação difícil parece expor os profissionais a intensa vulnerabilidade emocional, podendo contribuir para evitamento, linguagem vaga ou adiamento da conversa. Assim, os obstáculos à CMN não parecem decorrer apenas de fatores técnicos ou organizacionais, mas também do peso emocional e ético inerente a esta prática (Aschale et al., 2025; Kuyler et al., 2024; Taylor et al., 2020).

Utami et al. (2020) aprofundam esta dimensão ao mostrar que os enfermeiros de cuidados críticos vivenciam o cuidado em fim de vida como uma experiência emocionalmente exigente, marcada por tensão, tristeza, responsabilidade e necessidade de gerir simultaneamente o sofrimento da pessoa, da família e o seu próprio impacto emocional. De igual modo, Testoni et al. (2021) evidenciam a complexidade emocional associada aos momentos de notificação da morte, sublinhando que os enfermeiros ocupam frequentemente uma posição relacional singular entre quem comunica formalmente a notícia e quem a recebe, permanecendo no espaço subsequente de maior carga emocional. Estes achados reforçam que a vulnerabilidade emocional do enfermeiro constitui um fator central na compreensão das dificuldades da CMN em contexto crítico.

A ambiguidade do papel do enfermeiro constitui outra dificuldade importante. Apesar de a proximidade relacional dos enfermeiros à PSC e conviventes os colocar numa posição central na prática comunicacional, a literatura mostra que a CMN continua frequentemente a ser percecionada como responsabilidade predominantemente médica. Isto contribui para indefinição de papéis, limitação da autonomia do enfermeiro e menor reconhecimento da sua intervenção como parte formal do processo de comunicação difícil. Consequentemente, a participação do enfermeiro tende a centrar-se no

esclarecimento posterior e no suporte emocional, em vez de ser assumida como parte integrante do momento comunicacional em si (Rayan et al., 2022; Saffer et al., 2024).

Os resultados mostram igualmente que barreiras culturais, religiosas e linguísticas da PSC podem comprometer a CMN. Estas barreiras influenciam a forma como a gravidade clínica é compreendida, o significado atribuído ao prognóstico, as expectativas familiares e o papel que a família assume na gestão da verdade clínica e da decisão. Tal evidencia a necessidade de compreender a CMN não como uma competência neutra e universal, mas como uma prática situada, dependente do contexto cultural e relacional onde ocorre (O'Neill et al., 2025; Saifan et al., 2025).

Fatores que promovem a utilização de estratégias de CMN pelos enfermeiros

Em paralelo com os obstáculos identificados, os estudos permitiram reconhecer fatores que favorecem a utilização de estratégias comunicacionais mais eficazes, humanizadas e seguras. Entre estes, a formação e o treino estruturado destacam-se claramente. Os estudos que analisaram programas de capacitação demonstraram melhorias no conhecimento, na confiança, na utilização de recursos comunicacionais ajustados e no sucesso da interação com a PSC. Esta evidência reforça a ideia de que a CMN não deve ser vista como competência inata ou puramente experiencial, mas como capacidade passível de ensino, treino e desenvolvimento clínico (Momennasab et al., 2022; Shimran & Ali, 2025).

A experiência clínica surge também como fator facilitador, sobretudo no que respeita à capacidade de leitura situacional, adequação do momento comunicacional, ajuste da linguagem e regulação emocional. No entanto, os resultados sugerem que a experiência, por si só, não é suficiente. A sua tradução em competência efetiva parece depender da existência de reflexão crítica, suporte por parte dos outros elementos da equipa e oportunidades de aprendizagem contínua. Assim, a experiência clínica é promotora quando acompanhada por espaços de supervisão, partilha e desenvolvimento profissional (Reguera-Carrasco et al., 2025; Yoo et al., 2020).

Nesta linha, Henriksen et al. (2021) ajudam a compreender que a competência comunicacional do enfermeiro à PSC decorre da articulação entre experiência, presença, julgamento clínico, sensibilidade ética e capacidade relacional. Esta perspetiva reforça que a CMN se torna mais eficaz quando assenta num perfil profissional que integra maturidade clínica e humana, e não apenas domínio técnico. Também Al-Shamaly (2022) sugere que a qualidade da comunicação em cuidados intensivos depende de formas

de comunicar cuidado que se constroem na continuidade da relação e na capacidade do enfermeiro para estar presente de forma intencional e responsiva.

A cultura organizacional favorável e o suporte institucional foram igualmente identificados como promotores da CMN. Ambientes que valorizam a comunicação, a família, a interdisciplinaridade e o apoio aos profissionais parecem facilitar uma prática mais consistente e segura. Nestes contextos, os enfermeiros sentem-se mais legitimados para participar ativamente na comunicação difícil e mais apoiados na gestão da sua carga emocional. Este achado é particularmente importante porque desloca a responsabilidade exclusiva da competência comunicacional do plano individual para o plano organizacional, mostrando que a qualidade da comunicação também depende das condições institucionais em que ocorre (Atalla et al., 2024; Mahvar et al., 2020; Nygaard et al., 2022).

Os resultados de Price et al. (2023) e Verkaik et al. (2025) reforçam esta leitura ao demonstrar que o envolvimento familiar na UCI é fortemente influenciado pela cultura da unidade, pelas atitudes dos profissionais, pela organização dos cuidados e pelas normas implícitas de participação da família. Assim, contextos institucionais que legitimam a presença e o envolvimento dos conviventes tendem a favorecer práticas de comunicação mais abertas, consistentes e centradas na família.

Outro elemento facilitador identificado foi a continuidade da relação terapêutica entre o enfermeiro, a PSC e os conviventes. Os estudos sugerem que a existência de relação prévia, confiança acumulada e contacto frequente favorece a receção da informação difícil, reduz o impacto abrupto da notícia e melhora a adaptação emocional. Este dado reforça a ideia de que a CMN é mais eficaz quando sustentada numa relação terapêutica já construída e sólida, sendo o enfermeiro particularmente relevante pela sua presença contínua junto da pessoa e da família (Kydonaki et al., 2020; Naef et al., 2020).

Também Maharmeh et al. (2023) mostram que a relação entre enfermeiros e familiares constitui um elemento determinante da experiência comunicacional em cuidados intensivos, sugerindo que a construção de confiança, disponibilidade e reconhecimento mútuo facilita não apenas o apoio emocional, mas também a receção e compreensão de informação difícil.

Necessidades formativas e recomendações sobre estratégias de CMN

A revisão efetuada evidenciou que a CMN é uma área que exige investimento formativo, clínico e organizacional. As necessidades formativas identificadas abrangem não apenas treino específico em CMN, mas também desenvolvimento de competências em escuta ativa, empatia, regulação emocional,

comunicação com famílias em crise, comunicação com doentes sem voz ou com vulnerabilidade comunicacional, competência cultural e utilização de ferramentas estruturadas de apoio à comunicação (Fritz et al., 2025; Momennasab et al., 2023; Rayan et al., 2022).

Percebeu-se que a preparação dos enfermeiros para CMN deve ultrapassar a aquisição de técnicas comunicacionais básicas, integrando, por sua vez, dimensões éticas, relacionais e contextuais. A comunicação em contextos de cuidados à PSC exige capacidade de gerir sofrimento, incerteza, conflito, esperança e vulnerabilidade, o que implica modelos formativos mais abrangentes e ajustados à complexidade da prática real.

Os contributos de Hynes et al. (2022), Utami et al. (2020) e Verkaik et al. (2025) reforçam esta necessidade ao sugerirem que a formação dos enfermeiros deve contemplar não apenas comunicação em fim de vida e gestão emocional, mas também competências específicas para trabalhar com famílias em contexto crítico, promover o seu envolvimento e atuar em ambientes marcados por elevada pressão e complexidade. Neste sentido, a formação em CMN deverá integrar componentes relacionais, familiares, éticas e organizacionais, preparando os enfermeiros para responder à realidade concreta da prática intensiva.

A literatura analisada permite ainda formular recomendações para a prática. Entre estas destaca-se a integração de conteúdos sobre CMN na formação pré e pós-graduada em enfermagem, a implementação de treino simulado e modelos estruturados, a criação de espaços formais de comunicação com conviventes, o reforço do papel do enfermeiro como agente ativo no processo comunicacional, a promoção de coerência entre os vários atores nos cuidados na informação transmitida e a disponibilização de apoio emocional e supervisão clínica aos profissionais. Estes resultados apontam claramente para a necessidade de uma abordagem institucional e sistémica à melhoria da CMN à PSC e conviventes (Fritz et al., 2025; Mendoza-Gallardo et al., 2025; Saifan et al., 2025).

De forma complementar, os estudos de Burns et al. (2024), Price et al. (2023) e Verkaik et al. (2025) sugerem a importância de desenvolver processos organizados de comunicação com famílias, clarificação de responsabilidades entre profissionais, estratégias de atualização contínua em momentos de transição clínica e orientações institucionais que legitimem o envolvimento familiar de forma consistente. Tais recomendações reforçam que a melhoria da CMN não depende apenas da competência individual do enfermeiro, mas também da existência de estruturas institucionais que apoiem uma prática coordenada, coerente e centrada na PSC e conviventes.

Implicações para a prática de enfermagem

Os resultados desta revisão têm implicações importantes para a prática de enfermagem junto da PSC e conviventes. Em primeiro lugar, reforçam que a CMN deve ser reconhecida como uma competência clínica avançada da enfermagem, e não como um ato secundário ou periférico no exercício profissional. A proximidade dos enfermeiros à PSC e aos conviventes coloca-os numa posição privilegiada para detetar necessidades de informação, clarificar mensagens clínicas, apoiar emocionalmente, acompanhar decisões e reduzir sofrimento associado à CMN.

Em segundo lugar, os resultados sugerem que a qualidade da CMN influencia diretamente a experiência da PSC, a experiência dos conviventes, a confiança na equipa e a perceção de humanização dos cuidados. Deste modo, investir na qualificação da comunicação não corresponde apenas a melhorar a relação interpessoal, mas também a reforçar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Acresce que os contributos de Price et al. (2023) e Verkaik et al. (2025) sugerem que reconhecer teoricamente a família como unidade de cuidado não é, por si só, suficiente, sendo necessário traduzir esse princípio em estratégias concretas de envolvimento, comunicação consistente e clarificação de papéis na prática quotidiana. Do mesmo modo, Al-Shamaly (2022) e Maharmeh et al. (2023) reforçam que a qualidade do cuidado em contexto intensivo é inseparável da qualidade da relação comunicacional estabelecida pelos enfermeiros com a PSC e conviventes, o que sublinha a centralidade desta competência na humanização dos cuidados.

Por fim, a revisão mostra que os contextos de cuidados críticos assumem a CMN como uma dimensão estruturante da prática clínica, da humanização e da qualidade dos cuidados prestados.

Limitações da revisão

Apesar da relevância dos achados identificados, importa reconhecer algumas limitações da presente *scoping review*. A primeira prende-se com a heterogeneidade dos estudos incluídos, que abrangem metodologias qualitativas, quantitativas, revisões, ensaios e análises concetuais. Embora esta diversidade seja compatível com a natureza de uma *scoping review*, esta dificulta a comparação direta entre resultados e a uniformização da extração analítica.

Outra limitação resulta do facto de nem todos os estudos abordarem a comunicação de más notícias de forma direta e explícita. Em vários casos, os artigos centravam-se em comunicação com famílias,

comunicação em fim de vida, comunicação prognóstica, envolvimento familiar ou comunicação com doentes vulneráveis, exigindo um processo de interpretação temática para a sua integração na presente revisão.

Importa ainda referir a relativa escassez de estudos especificamente centrados na atuação autónoma dos enfermeiros na CMN à PSC, o que pode indicar que esta dimensão permanece pouco explorada na investigação em enfermagem. Por fim, a inclusão de estudos realizados em contextos culturais e organizacionais diversos limita a generalização direta dos resultados, ainda que aumente a riqueza interpretativa da evidência.

Importa ainda reconhecer que uma parte significativa da evidência mobilizada nesta área é de natureza qualitativa, o que, embora especialmente valiosa para compreender experiências, significados e dimensões relacionais da comunicação em saúde, exige prudência na generalização direta dos achados. Neste sentido, Antunes et al. (2021) sublinham a relevância da investigação qualitativa em saúde para aprofundar fenómenos complexos e sensíveis, como a comunicação em contextos de sofrimento, sem, contudo, dispensar a complementaridade com outros desenhos metodológicos.

Conclusão

A presente *scoping review*, intitulada "Estratégias de CMN à PSC e conviventes: uma *scoping review*", teve como propósito explorar a evidência científica disponível acerca das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na CMN à PSC e conviventes, em contextos onde são prestados cuidados à PSC. Paralelamente, procurou-se identificar os fatores promotores e os fatores dificultadores na CMN e, bem como reconhecer necessidades formativas e recomendações relevantes para a prática clínica.

A análise da evidência científica permitiu concluir que a CMN à PSC e conviventes constitui-se como um processo comunicacional particularmente complexo, multidimensional, relacional, emocionalmente exigente e eticamente sensível, no qual os enfermeiros assumem um papel de elevada relevância. Embora a literatura continue, em muitos contextos, a enquadrar a comunicação de informação difícil como uma responsabilidade predominantemente médica, os resultados desta revisão evidenciam que os enfermeiros se encontram profundamente implicados neste processo, quer através da comunicação direta, quer através da clarificação da informação, da mediação com os conviventes, do acompanhamento emocional e da presença terapêutica junto da PSC e da família.

No que respeita à questão de revisão formulada — "Quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e conviventes?" — a evidência analisada mostra que as estratégias mais frequentemente identificadas assentam numa comunicação clara, honesta, progressiva e adaptada ao nível de compreensão, às necessidades emocionais e à condição clínica da pessoa e dos conviventes. A literatura reforça igualmente a importância da empatia, da escuta ativa, da presença terapêutica, da comunicação não verbal, do toque cuidador, da adaptação dos recursos comunicacionais em situações de vulnerabilidade comunicacional e da inclusão dos conviventes como parte integrante do processo de comunicação. Em alguns estudos, foram também identificadas ferramentas e modelos estruturados de apoio à comunicação, o que sugere que a CMN pode beneficiar da articulação entre competência relacional, intencionalidade clínica e suporte instrumental.

Relativamente aos fatores que dificultam a utilização destas estratégias, os resultados da presente revisão evidenciaram a influência de múltiplos constrangimentos, nomeadamente a sobrecarga assistencial, a escassez de tempo, a elevada exigência e imprevisibilidade dos contextos críticos, a ausência de formação específica, o sofrimento emocional dos profissionais, a ambiguidade das funções do enfermeiro e a presença de barreiras culturais, linguísticas e organizacionais. Em conjunto, estes fatores parecem contribuir para que a prática comunicacional dos enfermeiros se encontre, em muitos casos, sustentada sobretudo pela experiência individual, pela adaptação situacional e pela aprendizagem informal, em detrimento de abordagens mais estruturadas, sistematizadas e consistentes.

Por sua vez, a evidência analisada demonstrou que a formação específica, a experiência clínica acompanhada de reflexão, a continuidade relacional com a pessoa e conviventes e a existência de contextos institucionais que valorizam a comunicação, a família e o trabalho interdisciplinar constituem fatores promotores de uma comunicação de más notícias mais eficaz, humanizada e segura. Neste sentido, os resultados sugerem que a CMN não deve ser entendida como uma competência acessória, espontânea ou meramente intuitiva, mas antes como uma competência clínica avançada, suscetível de ser ensinada, treinada, desenvolvida e aperfeiçoada.

Um dos contributos mais relevantes desta revisão prende-se com a evidência de que a CMN corresponde a um ato de comunicação frequente, transversal e intrínseco à prática dos enfermeiros em contextos de cuidados à PSC. Trata-se de uma realidade quotidiana, indissociável da instabilidade clínica, do agravamento, da limitação terapêutica, do fim de vida e da morte. Os enfermeiros sempre estiveram presentes neste processo, através da palavra, da escuta, do gesto, do silêncio, da explicação, da

proximidade ou do suporte emocional. Todavia, apesar da frequência, da relevância clínica e da exigência ética associadas a este ato comunicacional, a presente revisão sugere que persiste uma lacuna importante ao nível da sua estruturação e uniformização científica.

Com efeito, embora alguns estudos apontem para modelos e ferramentas potencialmente úteis, a evidência reunida não permitiu identificar a existência de um referencial estruturado, cientificamente validado e especificamente orientado para a enfermagem à pessoa em situação crítica, que sustente, de forma uniforme e consistente, a CMN à PSC e conviventes. Não parece existir, de forma consolidada e amplamente implementada, um protocolo, *checklist, bundle* ou normas de orientação clínica específicas que operacionalizem este processo comunicacional na prática dos enfermeiros em contexto crítico. Esta ausência assume particular relevância se se considerar que a CMN exige consistência, segurança, sensibilidade ética, adaptação relacional e competência emocional em contextos marcados por elevada vulnerabilidade, sofrimento e imprevisibilidade clínica.

Deste modo, a presente revisão permite inferir que a CMN realizada pelos enfermeiros continua, em larga medida, dependente da experiência individual, da sensibilidade pessoal, da cultura das equipas e das dinâmicas específicas de cada contexto assistencial, em vez de assentar numa base estruturada, padronizada e cientificamente sustentada. Esta realidade poderá contribuir para variabilidade nas práticas, insegurança profissional, desigualdade na experiência comunicacional vivida pela pessoa em situação crítica e conviventes e menor consistência na qualidade dos cuidados prestados.

Neste enquadramento, a presente *scoping review* reforça a necessidade de reconhecer a CMN como uma área prioritária de desenvolvimento na enfermagem à PSC, exigindo investimento ao nível da formação, da investigação, da supervisão clínica e da organização dos cuidados. Os resultados apontam, de forma clara, para a pertinência de desenvolver investigação futura centrada na construção, adaptação, validação e implementação de estratégias estruturadas, protocolos clínicos*, checklists, bundles* ou referenciais de boas práticas, especificamente ajustados ao papel do enfermeiro e ao contexto da pessoa em situação crítica e conviventes.

Importa, contudo, reconhecer algumas limitações da presente revisão. Entre estas destacam-se a heterogeneidade metodológica e concetual dos estudos incluídos, o facto de nem todos abordarem de forma direta e explícita a CMN, a escassez de estudos especificamente centrados na atuação autónoma dos enfermeiros, a não inclusão de artigos publicados em 2026, o tempo disponível para a realização da revisão e a exclusão de estudos em contexto pediátrico, que poderiam eventualmente aportar contributos

relevantes, sobretudo no que respeita à comunicação com famílias em contextos de elevada vulnerabilidade emocional.

Ainda assim, considera-se que a presente revisão cumpre o seu propósito de mapear a evidência existente, sistematizar os principais achados e identificar lacunas de conhecimento numa área de elevada relevância clínica, ética e humana para a enfermagem. O seu contributo reside não apenas na identificação das estratégias atualmente descritas na literatura, mas também na premência de maior investimento científico e formativo numa prática que, sendo profundamente humana, relacional e central no cuidado à pessoa em situação crítica, continua a carecer de maior estruturação, reconhecimento e sustentação empírica.

Em síntese, esta *scoping review* permite concluir que a CMN à PSC e conviventes constitui um ato de comunicação central na prática de enfermagem, exigindo competência clínica, sensibilidade relacional, maturidade emocional e suporte organizacional. Simultaneamente, evidencia que, apesar da sua frequência e relevância, esta área permanece marcada pela ausência de uniformização e por necessidade de desenvolvimento científico, o que reforça a pertinência da sua valorização enquanto objeto de formação, investigação e melhoria da prática clínica.

2.8. Considerações Éticas

Por se tratar de uma *scoping review*, este estudo não envolveu recolha de dados primários nem contacto direto com participantes, pelo que não foi necessária aprovação por comissão de ética. Ainda assim, foram respeitados os princípios de rigor científico, transparência metodológica e integridade académica, garantindo a correta citação e referenciação das fontes utilizadas.

3. Considerações finais

O percurso formativo desenvolvido ao longo do Mestrado EMC, na área da PSC, constituiu uma etapa de significativo crescimento profissional, científico e pessoal, permitindo consolidar conhecimentos, aprofundar competências especializadas e desenvolver uma prática clínica progressivamente mais autónoma, crítica e sustentada na evidência. A vivência em contextos reais de cuidados, marcados pela complexidade, instabilidade e imprevisibilidade inerentes à pessoa em situação crítica, possibilitou a integração do conhecimento teórico com a prática clínica, reforçando a importância de uma atuação rigorosa, fundamentada e simultaneamente centrada na dimensão humana do cuidar.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível mobilizar e consolidar competências comuns e específicas do EE em EMC na área da PSC, nomeadamente no que respeita à avaliação sistemática da pessoa, à monitorização contínua, à antecipação de situações de deterioração clínica, à tomada de decisão rápida e fundamentada e à gestão de cuidados em contextos de elevada exigência. Este percurso contribuiu igualmente para o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva, essencial à prática especializada, permitindo uma maior consciência do impacto das intervenções de enfermagem na qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados.

Neste enquadramento, tornou-se evidente que o cuidar da PSC transcende a dimensão técnica e instrumental, exigindo competências relacionais e comunicacionais altamente diferenciadas. A experiência clínica evidenciou que, em contextos de agravamento clínico, limitação terapêutica, fim de vida e morte, a comunicação assume um papel central enquanto elemento estruturante do cuidado, influenciando não apenas a compreensão da situação clínica, mas também a vivência emocional da pessoa e dos conviventes. Foi neste contexto que emergiu a pertinência do desenvolvimento da presente *scoping review*, enquanto instrumento de aprofundamento científico e de reflexão crítica sobre uma dimensão frequentemente implícita, mas determinante na prática de enfermagem.

A *scoping review* realizada permitiu mapear a evidência científica disponível sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na CMN à PSC e conviventes, evidenciando que se trata de um processo comunicacional complexo, multidimensional e profundamente relacional. Os resultados demonstraram que as estratégias mais utilizadas assentam numa comunicação clara, honesta e progressiva, na escuta ativa, na empatia, na presença terapêutica e na adaptação da comunicação às necessidades e à condição clínica da PSC e conviventes. Paralelamente, destacou-se a importância da utilização de estratégias não verbais, da adequação dos meios de comunicação em situações de vulnerabilidade e da inclusão dos

conviventes como elementos centrais do processo de cuidado.

Não obstante, a revisão evidenciou que a implementação destas estratégias continua a ser condicionada por diversos fatores, entre os quais se destacam a sobrecarga assistencial, a limitação temporal, a ausência de formação específica, o impacto emocional associado à comunicação de más notícias e a indefinição do papel do enfermeiro neste processo. Estes constrangimentos parecem contribuir para uma prática comunicacional frequentemente sustentada pela experiência individual e pela adaptação situacional, em detrimento de abordagens mais sistematizadas e estruturadas.

Neste sentido, um dos contributos mais relevantes desta dissertação prende-se com a evidência de que a CMN constitui um ato de comunicação frequente e intrínseco à prática dos enfermeiros em contexto de cuidados à PSC, sendo indissociável da natureza dos cuidados prestados em cenários de elevada vulnerabilidade. Apesar de esta realidade estar amplamente presente no quotidiano clínico, os resultados sugerem que persiste uma lacuna significativa ao nível da sua estruturação científica e operacionalização sistematizada.

Com efeito, a evidência analisada aponta para a ausência de um referencial estruturado, validado e especificamente orientado para a enfermagem à PSC que sustente, de forma consistente, a comunicação de más notícias. A inexistência de protocolos, *checklists, bundles* ou orientações clínicas amplamente implementadas e cientificamente sustentadas, limita a uniformização das práticas e contribui para variabilidade na forma como este processo comunicacional é conduzido. Esta lacuna assume particular relevância face à complexidade, sensibilidade e impacto desta dimensão do cuidar, reforçando a necessidade de investimento em investigação aplicada e no desenvolvimento de instrumentos que promovam maior consistência, segurança e qualidade na comunicação.

A articulação entre a experiência clínica e os resultados da *scoping review* revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas, permitindo aprofundar a compreensão do papel do enfermeiro enquanto agente ativo na comunicação em contextos de elevada complexidade. Este processo contribuiu para a consolidação de uma identidade profissional mais consciente, reflexiva e orientada para a excelência, evidenciando a importância da prática baseada na evidência e da investigação como pilares do desenvolvimento profissional.

Importa, contudo, reconhecer as limitações associadas ao presente trabalho, nomeadamente a heterogeneidade dos estudos incluídos, a escassez de investigação centrada especificamente na atuação

autónoma dos enfermeiros na CMN, a não inclusão de artigos publicados em 2026, o tempo disponível para a realização da revisão e a exclusão de estudos em contexto pediátrico. Ainda assim, considera-se que os objetivos delineados foram alcançados, tendo sido possível sistematizar o conhecimento existente e identificar lacunas relevantes que sustentam a necessidade de investigação futura nesta área.

Em termos prospetivos, os resultados deste estudo reforçam a importância de promover o desenvolvimento de competências comunicacionais avançadas, integrando a CMN como área prioritária na formação e na prática do enfermeiro especialista. Torna-se igualmente pertinente investir na construção e validação de estratégias estruturadas, adaptadas ao contexto da pessoa em situação crítica, que possam apoiar os profissionais na condução deste processo comunicacional, promovendo maior consistência, segurança e humanização dos cuidados.

Em síntese, o percurso desenvolvido ao longo deste mestrado permitiu consolidar uma prática clínica mais diferenciada, reflexiva e sustentada na evidência, bem como aprofundar a compreensão de dimensões essenciais do cuidar, nomeadamente a comunicação em situações de elevada vulnerabilidade. Mais do que o encerramento de um ciclo formativo, esta conclusão representa a consolidação de um processo de crescimento profissional e o início de uma nova etapa, marcada por maior autonomia, responsabilidade e compromisso com a excelência dos cuidados de enfermagem à PSC e conviventes.

4. Referências bibliográficas

Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2018). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*.

Adriaenssens, J., de Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(11), 1411–1422. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003

American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support* (*ATLS ®).* https://www.facs.org/quality-programs/trauma/education/advanced-trauma-life-support/

Afenigus, A. D., & Sinshaw, M. A. (2025). Lived experiences of critical care nurses in communicating with non-verbal or unconscious patients in Western Amhara, Northwest Ethiopia: A descriptive phenomenological study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *23*. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2025.100924

Ågård, A. S., & Maindal, H. T. (2009). Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *Nursing in Critical Care*, *14*(5), 264–272. https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00347.x

Agnese, B. L., Daniel, A. C. Q. G., & Pedrosa, R. B. D. S. (2022). Communicating bad news in the practice of nursing: an integrative review. *Journal Einstein*, *20*. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022RW6632

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, *383*(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Al-Shamaly, H. S. (2022). Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit. *Nursing Open*, *9*(1), 277–298. https://doi.org/10.1002/nop2.1061

Al-Abd, I. A., Mohammad, S. Y., & Ameen, D. A. (2024). Critical care nurses' perceptions toward

withdrawal of life-sustaining treatments: a phenomenology study. *Jurnal Ners*, *19*(3), 275–283. https://doi.org/10.20473/jn.v19i3.54320

Antunes, S., Mendes, A., & Silva, E. (2021). Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios. In Ludomedia (Ed.), *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios* (Vol. 8, pp. 374–382).

Aromatis, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual For Evidence Synthesis*. https://synthesismanual.jbi.global

Aschale, A., Gishu, T., Mengist, S., & Tsehay, M. (2025). Experiences of intensive care unit nurses in providing end-of-life care in public hospitals: a phenomenological study. *BMC Nursing*, *24*(1185).

Atalla, A. D. G., Elseesy, N. A. M., El-Ashry, A. M., Sharif, L. S., Mahsoon, A., Aljohani, W. F., & Mohamed, S. M. S. (2024). Unraveling the synergy: how organizational intelligence fuel soft skills and nurses' thriving: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, *23*(315).

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, *5*(4), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

Batson, S., Herranz, A., Rohrbach, N., Canobbio, M., Mitchell, S. A., & Bonnabry, P. (2021). Automation of in-hospital pharmacy dispensing: A systematic review. Em *European Journal of Hospital Pharmacy* (Vol. 28, Número 2, pp. 58–64). BMJ Publishing Group. https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2019-002081

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Principles of Biomedical Ethics Ethics and equity and the principles of justice do not change with the calendar. Em *Priciples of Biomedical Ethics* (2). Jones and Barlett.

Benner, P. (1982). *From Novice to Expert* (3.ª ed., Vol. 82). Lippincott Williams & Wilkins.

Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C. E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Povoa, P., Bouadma, L., Timsit, J. F., & Zahar, J. R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing*, *70*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227

Boamah, S. A., & Laschinger, H. (2016). The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, *24*(2), E164–E174. https://doi.org/10.1111/jonm.12318

Brambilla, S., Ausili, D., Locatelli, G., Di Mauro, S., Bellani, G., & Luciani, M. (2025). Communication difficulties in mechanically ventilated voiceless patients in intensive care units: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, *30*(3). https://doi.org/10.1111/nicc.70037

Bulman, C., & Schutz, S. (2013). *Reflective Practice in Nursing* (L. John Wiley & Sons, Ed.; 5.ª ed.). Wiley-Blsckwell.

Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2017). Breaking bad news: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *21*(5), 573–580. https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580

Burns, M., Montelpare, W., & Leÿenaar, M. (2024). Supporting rural families during interhospital patient transfers for critical illness events: An exploration of an acceptable communication process. *Intensive and Critical Care Nursing*, *83*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103689

Carolino, T., Alecrim, A., Barros De Quental, O., Soares De Albuquerque, E. D., De, M., Silva, L., & Daniel Lucena De Santana, J. (2025). Importance Of Continuing Education In Urgency And Emergency Practices In Emergency Care Units. *Health & Society*, *5*(1), 62–72. https://orcid.org/0000-0002-

Cecconi, M., De Backer, D., Antonelli, M., Beale, R., Bakker, J., Hofer, C., Jaeschke, R., Mebazaa, A., Pinsky, M. R., Teboul, J. L., Vincent, J. L., & Rhodes, A. (2014). Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Medicine*, *40*(12), 1795–1815. https://doi.org/10.1007/s00134-014-3525-z

Centers for Disease Control and Prevention. (2026). *Urinary Tract Infection*. National Health Care Safety Network https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf

Chen, X., Zhou, Y., Zhou, X., Su, P., & Yi, J. (2023). Knowledge, attitudes, and practice related to the prone positioning of patients among intensive care unit nurses working in COVID-19 units: A cross-sectional study in China. *Nursing in Critical Care*, *28*(6), 967–975. https://doi.org/10.1111/nicc.12908

Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Triage in der notaufnahme. Em *Deutsches Arzteblatt* (Vol. 107, Número 50, pp. 892–898). https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892

Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). Clinical Supervision in Nursing: the (un)Known Phenomenon. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *69*, 864–873. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.12.009

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

Cust, F., Rodgers, E., & Boden, R. (2022). Using simulation to help paediatric nurses learn to break bad news. *Nursing Times*, *118*(3).

Decreto-Lei nº 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República nº 150, Série I de 04-08-2022. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf

Decreto-Lei nº 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República nº 215, Série I de 07-11-2023.

Decreto-Lei nº 104/1998 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República nº 93, Série I de 21-04-1998.

Decreto-Lei nº 161/1996 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República nº 205, Série I de 04-09-1996. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640

Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, *70*, 71–88. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008

Deliktas, A., Korukcu, • Oznur, Aydin, R., & Kabukcuoglu, K. (2019). *Nursing Students' Perceptions of Nursing Metaparadigms: A Phenomenological Study*.

Despacho nº 12635/2023 do Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde. (2023). Diário da República nº 237, Série II de 11-12-2023.

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., Van Den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, *46*(9), E825–E873. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos -Recomendações para o seu desenvolvimento* (Ministério da Saúde, Ed.).

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (001/2017). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026* https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (020/2015). DGS*. https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Feixes de Intervenções para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central* (022/2015) DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/

Dresser, S., Mohr, L., Scott, S., Beavers, S., Crudden, G., Rhine, L., Rose, R., Allen, D., Baker, M., & Passwater, C. (2025). Closing the Gap: The Role of the CNS in Advancing Nursing Practice,

Improving Quality, and Achieving Organizational Outcomes. *Nurse Leader*, *23*(5), 102439. https://doi.org/10.1016/J.MNL.2025.05.005

Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N., & Stasa, H. (2011). Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(1–2), 23–33. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03478.x

European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units - Annual Epidemiological Report for 2022.* European Centre for Disease Prevention and Control. *https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_HAI_acquired_in_ICUs_2022.pdf*

Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, *26*(2), 247–273. https://doi.org/10.1080/158037042000225245

Etxebarría, M. J., Serrano, S., Ruiz Ribó, D., Cía, M. T., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, *5*(1), 13–17.

Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, *14*(3). https://doi.org/10.1186/cc9018

FEMA. (2017). *National Incident Management System*. www.dhs.gov

Fernandez, R., Kozlowski, S. W. J., Shapiro, M. J., & Salas, E. (2008). Toward a definition of teamwork in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, *15*(11), 1104–1112. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00250.x

Fontes, C. M. B., Menezes, D. V. de, Borgato, M. H., & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *70*(5), 1089–1095. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143

Francis, L., & Robertson, N. (2023). Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis. *Patient Education and Counseling*, *107*.

https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107574

Fritz, M. L., Hernandez, A. H., Zelenski, A. B., Nitkowski, J., Sobol, C., Kwekkeboom, K., Bradley, T., Tsang, J., Bushaw, K., Dudek, A., Staler, L., & Schware, M. L. (2025). Best Case/Worst Case Communication Tool for Trauma Intensive Care Units. *JAMA Surgery*, *160*(11).

Fukuda, T., Sakurai, H., & Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. *PLoS ONE*, *15*(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458

Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *STOP infeção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian*. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf

Gabbard, E. R., Klein, D., Vollman, K., Chamblee, T. B., Soltis, L. M., & Zellinger, M. (2021). Clinical Nurse Specialist: A Critical Member of the ICU Team. *Critical Care Medicine*, *49*(6), E634–E641. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005004

Gagnon, M. P., Payne-Gagnon, J., Breton, E., Fortin, J. P., Khoury, L., Dolovich, L., Price, D., Wiljer, D., Bartlett, G., & Archer, N. (2016). Adoption of electronic personal health records in Canada: Perceptions of stakeholders. *International Journal of Health Policy and Management*, *5*(7), 425–433. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.36

Hamrahian, S. M., Vilayet, S., Herberth, J., & Fülöp, T. (2023). Prevention of Intradialytic Hypotension in Hemodialysis Patients: Current Challenges and Future Prospects. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, *16*, 173–181. https://doi.org/10.2147/IJNRD.S245621

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., & Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, *360*(5), 491–499. https://doi.org/10.1056/nejmsa0810119

Henriksen, K., Hansen, B. S., & Wøien, H. (2021). The core qualities and competencies of the intensive and critical care. *Journal of Advanced Nursing*.

Hwang, U., McCarthy, M. L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P. W., Craven, C. K., Epstein, S. K., Fee, C.,

Handel, D. A., Pines, J. M., Rathlev, N. K., Schafermeyer, R. W., Zwemer, F. L., & Bernstein, S. L. (2011). Measures of crowding in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, *18*(5), 527–538. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01054.x

Hynes, L., Coventry, T. Y., & Russell, K. (2022). Intensive care nurse's perceptions on barriers impeding the provision of end of life care in the intensive care setting: A quantitative analysis. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *39*(1), 7–17. https://doi.org/10.37464/2020.391.214

Jessee, M. A. (2021). An Update on Clinical Judgment in Nursing and Implications for Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Regulation*, *12*(3). www.journalofnursingregulation.com

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *17*(1), 58–71. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155

Keefe-Cooperman, K., Savitsky, D., Koshel, W., Bhat, V., & Cooperman, J. (2018). The PEWTER Study: Breaking Bad News Communication Skills Training for Counseling Programs. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *40*, 72–87. https://doi.org/10.1007/s10447-017-9313-z

Keers, R. N., Williams, S. D., Cooke, J., & Ashcroft, D. M. (2013). Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. Em *Drug Safety* (Vol. 36, Número 11, pp. 1045–1067). https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2

Kentish-Barnes, N., Siminoff, L. A., Walker, W., Urbanski, M., Charpentier, J., Thuong, M., Sarti, A., Shemie, S. D., & Azoulay, E. (2019). A narrative review of family members' experience of organ donation request after brain death in the critical care setting. *Intensive Care Medicine*, *45*(3), 331–342. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05575-4

Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., & Professor, A. (2015). *A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient Roles*. *28*(3).

Kilpatrick, K., Tewah, R., Tchouaket, E., Jokiniemi, K., Bouabdillah, N., Biron, A., Emed, J., Martel, B., Atallah, R., Jabbour, M., & Bryant-Lukosius, D. (2024). Describing Clinical Nurse Specialist Practice: A Mixed-Methods Study. *Clinical Nurse Specialist*, *38*(6), 280–291. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000856

Kolbe, M., Grande, B., & Spahn, D. R. (2015). Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude and setting. Em *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology* (Vol. 29, Número 1, pp. 87–96). Bailliere Tindall Ltd. https://doi.org/10.1016/j.bpa.2015.01.002

Kukkonen, P., Koskinen, S., Fatkulina, N., Fuster, P., Lehwaldt, D., Löyttyniemi, E., Salminen, L., Stubner, J., Sveinsdóttir, H., & Leino-Kilpi, H. (2023). Nurse managers' assessments about nursing education and work life's competence demands: A European multi-country cross-sectional survey. *Nordic Journal of Nursing Research*, *43*(1). https://doi.org/10.1177/20571585221135304

Kuyler, A., Heyns, T., & Johnson, E. (2024). Critical care nurses' experiences of communication-vulnerable patients in the intensive care unit and the influence on rendering compassionate care. *Southern African Journal of Critical Care*, *40*(1), 23–30. https://doi.org/10.7196/SAJCC.2024.v40i1.750

Kydonaki, K., Kean, S., & Tocher, J. (2020). Family Involvement in Intensive care - A qualitative exploration of critically ill patients, their families and criticial care nurses (InpuT study) of. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(7–8).

Lei nº 25/2012 da Assembleia da República. (2012). Diário da República nº 136, Série I de 16-07-2012. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2012-179517

León Oliva, B. de, Rodríguez Gómez, J. Á., & Rodríguez Novo, N. (2025). Difficulties in Communicating Between Nurses and Relatives of Patients Admitted to Intensive Care Units: A Scoping Review. Em *Nursing in Critical Care* (Vol. 30, Número 5). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1111/nicc.70148

Lynch, V. A. (2010). Forensic Nursing Science. Em *Forensic Nursing Science* (1). Elsevier Health Science.

Macedo, A. P. M. de C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista brasileira de enfermagem*, *69*(5), 881–887. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147

Maharmeh, M., Bdair, I. A., Hamdan-Mansour, A. M., Nofal, B., & Darawad, M. W. (2023). The Nurses-family Members' Relationship at the Intensive Care Units in Jordan: A Phenomenological Study.

The Open Nursing Journal, *17*(1). https://doi.org/10.2174/0118744346263261231017070914

Mahvar, T., Mohammadi, N., Seyedfatemi, N., & Vedadhir, A. A. (2020). Interpersonal Communication among Critical Care Nurses: an Ethnographic Study. *Journal of Caring Sciences*, *9*(1), 57–64. https://doi.org/10.34172/jcs.2020.009

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2004). Q Manage Health Care. Em *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice* (4.ª ed., Vol. 13, Número 4, p. 291). Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Mendoza-Gallardo, F., Palacios-González, Y., Toro-Carrasco, E., Diaz-Cid, M., Peñaloza-Cortés, A., & Ceballos-Vásquez, P. (2025). Delivering Bad News In Critical Care Units: A Conceptual Analysis. *Horizonte de Enfermería*, *26*(3).

Momennasab, M., Mohammadi, F., DehghanRad, F., & Jaberi, A. (2022). Evaluation of the effectiveness of a training programme for nurses regarding augmentative and alternative communication with intubated patients using Kirkpatrick's model: A pilot study. *Nursing Open*, *10*(5), 2895–2903. https://doi.org/10.1002/nop2.1531

Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, *13*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316

Naef, R., Massarotto, P., & Petry, H. (2020). Family and health professional experience with a nurse-led family support intervention in ICU: A qualitative evaluation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *61*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102916

Nygaard, A. M., Haugdahl, H. S., Laholt, H., Brinchmann, B. S., & Lind, R. (2022). Professionals' narratives of interactions with patients' families in intensive care. *Nursing Ethics*, *29*(4), 885–898. https://doi.org/10.1177/09697330211050995

Oliveira, S., Cogo, S., Dias, E., Pilger, C., Silva, V., & Sehnem, G. (2023). Tendências das produções científicas acerca da comunicação das más notícias. *Revista Recien*, *13*(41), 390–399. https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41

O'Neill, K., Brooks, L., Manias, E., & Bloomer, M. J. (2025). Culturally appropriate and respectful end-of-life care for patients and their families in the intensive care unit: A mixed-method study. *Australian Critical Care*, *38*(4). https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101238

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma Para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Global Guidelines For The Prevention Of Surgical Site Infection*. Organização Mundial de Saúde. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Quality of care*. Organização Mundial de Saúde. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Ozdinc, A., Aydin, Z., Calim, M., Ozkan, A. S., Bakir, H., & Akbas, S. (2023). Privacy awareness among healthcare professionals in intensive care unit: A multicenter, cross-sectional study. *Medicine (United States)*, *102*(6), E32930. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032930

Padilha, K. G., de Sousa, R. M. C., Nogueira, L. S., Gallani, M. C. B., Barbosa, R. L., Hoogendoom, M., Giakoumidakis, K., Giannakopoulou, M., Lucchini, A., Carmona-Monge, F. J., Macedo, A. P. M. C., Furmanov, A., Cudak, E., & Stafseth, S. K. (2025). Nursing Workload and Nursing Staff in Intensive Care With the Nursing Activities Score in 10 Countries. *Dimensions of critical care nursing*,*44*(5), 283–289. https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000715

Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Palese, A., Tomietto, M., Jarosova, D., & Merkouris, A. (2012). Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. *Nursing Ethics*, *19*(3), 369–379. https://doi.org/10.1177/0969733011436027

Parenti, N., Reggiani, M. L. B., Iannone, P., Percudani, D., & Dowding, D. (2014). A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. Em *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 51, Número 7, pp. 1062–1069). Elsevier Ltd. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.013

Patel, P. R., Shugart, A., Mbaeyi, C., Goding Sauer, A., Melville, A., Nguyen, D. B., & Kallen, A. J. (2016).

Dialysis Event Surveillance Report: National Healthcare Safety Network data summary, January 2007 through April 2011. *American Journal of Infection Control*, *44*(8), 944–947. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.02.009

Perelló-Campener, C., González-Trujillo, A., Alorda-Terrasa, C., González-Gascúe, M., Pérez-Castelló, J. A., Morales-Ascencio, J. M., & Molina-Mula, J. (2023). Determinants of Communication Failure in Intubated Critically Ill Patients: A Qualitative Phenomenological Study from the Perspective of Critical Care Nurses. *Healthcare*, *11*(2645).

Peters, M. D. J., & Marnie, C. (2022). Nurse practitioner models of care in aged care: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, *20*(8), 2064–2070. https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00286

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, *18*(10), 2119–2126. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167

Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & Mcewen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, *5*(4), 371–385. https://doi.org/10.1002/jrsm.1123

Portaria nº 90/2024/1 da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2024). Diário da República nº 50, Série I de 11-03-2024.

Price, A. M., McAndrew, N. S., Thaqi, Q., Kirk, M., Brysiewicz, P., Eggenberger, S., & Naef, R. (2023). Factors influencing critical care nurses' family engagement practices: An international perspective. *Nursing in Critical Care*, *28*(6), 1031–1044. https://doi.org/10.1111/nicc.12824

Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., & Goeschel, C. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU A bs t r ac t. Em *n engl j med* (Vol. 26). www.nejm.org

Rasmus, P., Kozłowska, E., Robaczyńska, K., Pękala, K., Timler, D., & Lipert, A. (2020). Evaluation of emergency medical services staff knowledge in breaking bad news to patients. *Journal of International Medical Research*, *48*(6). https://doi.org/10.1177/0300060520918699

Rayan, A., Hussni Al-Ghabeesh, S., & Qarallah, I. (2022). Critical Care Nurses' Attitudes, Roles, and Barriers Regarding Breaking Bad News. *SAGE Open Nursing*, *8*. https://doi.org/10.1177/23779608221089999

Reader, T. W., & Cuthertson, B. H. (2011). Teamwork and team training in the ICU: Where do the similarities with aviation end? *Critical Care*.

Reguera-Carrasco, C., Fernandez-García, E., Naharro-Álvarez, A., Jimenez-García, V. M., Prada-Rizoto, M., Corral-Cortés, Á., & Barrientos-Trigo, S. (2025). Nurse-Related Complexity of Care Perceived by Critical Care Nurses: A Multicentre Qualitative Study. *Nursing in Critical Care*, *30*(4). https://doi.org/10.1111/nicc.70100

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República nº 26, Série II de 06-02-2019. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento nº 429/ 2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República nº 135, Série II de 16-07-2018. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

Regulamento nº 371/2025 da Ordem dos Enfermeiros. (2025). Diário da República nº 56, Série II de 20-03-2025. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37778/regulamento_3712025.pdf

Saffer, L. A., Hutchinson, A. F., & Bloomer, M. J. (2024). Understanding the provision of goal-concordant care in the intensive care unit: A sequential two-phase qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*, *37*(5).

Saifan, A. R., Tadros, E. M., Rawas, H., Al-Akash, H. Y., Alsulami, G. S., Almagharbeh, W. T., Elshatarat, R. A., Almasri, Z. A., Al-Yateem, N., & Ahmed, F. R. (2025). Cultural and systematic barriers to communication between nurses and family members in the ICU. *BMC Nursing*, *24*(804).

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*(2348891).

Santos, M. S., Cunha, L. M., Ferreira, A. J., & Drummond-Lage, A. P. (2025). From classroom to clinic: Addressing gaps in teaching and perceived preparedness for breaking bad news in medical education. *BMC Medical Education*. https://doi.org/10.1186/s12909-024-06498-5

Shimran, H. Y., & Ali, S. A. (2025). Effectiveness of an Integrated Ethical and Therapeutical Communication Program on Critical Care Unit Nurses' Practices. *Medical Forum Monthly*, *36*(10), 92–97. https://doi.org/10.60110/medforum.361018

Sihvola, S., Kvist, T., & Nurmeksela, A. (2022). Nurse leaders' resilience and their role in supporting nurses' resilience during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Em *Journal of Nursing Management* (Vol. 30, Número 6, pp. 1869–1880). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1111/jonm.13640

Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, *45*(6).

Taylor, I. H. F., Dihle, A., Hofsø, K., & Steindal, S. A. (2020). Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *56*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768

Testoni, I., Iacona, E., Palazzo, L., Barzizza, B., Baldrati, B., Mazzon, D., Navalesi, P., Mistraletti, G., & De Leo, D. (2021). Death notification in italian critical care unites and emergency services. A qualitative study with physicians, nurses and relatives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(24). https://doi.org/10.3390/ijerph182413338

Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. Em *International Journal of General Medicine* (Vol. 5, pp. 117–121). https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478

Tronstad, O., Flaws, D., Patterson, S., Holdsworth, R., & Fraser, J. F. (2023). Creating the ICU of the future: patient-centred design to optimise recovery. *Critical Care*, *27*(1). https://doi.org/10.1186/s13054-023-04685-2

Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G., & Van den bosch, W. J. H. M. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice*, *29*(3), 264–271. https://doi.org/10.1093/fampra/cmr104

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2016). *Priorities in Critical Care Nursing* (Elsevier, Ed.; 7.ª ed.).

Utami, R. S., Pujiano, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N. (2020). Critical Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Nurse Media Journal of Nursing*, *10*(3).

Vandekieft, G. K. (2001). Breaking Bad News. *American Family Physician*, *64*(12).

Verderber, S., Gray, S., Suresh-Kumar, S., Kercz, D., & Parshuram, C. (2021). Intensive Care Unit Built Environments: A Comprehensive Literature Review (2005–2020). *Health Environments Research and Design Journal*, *14*(4), 368–415. https://doi.org/10.1177/19375867211009273

Verkaik, I., Jonkman, N. H., Blokzijl, F., Brunsveld-Reinders, A. H., Esmeijer, A. A., Mulder, I., van de Pol, I., Qualm, J., Rinket, M., Roeters, I. R., Weller, D., Rood, P. J. T., Paulus, F., & Eskes, A. M. (2025). Intensive care nurses' attitudes about the importance of family involvement in adult intensive care: A multicentre cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *89*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104065

Vincent, J. L., & Creteur, J. (2015). Paradigm shifts in critical care medicine: The progress we have made. Em *Critical Care* (Vol. 19). BioMed Central Ltd. https://doi.org/10.1186/cc14728

Watson, J. (2017). Clarifying the discipline of nursing as foundational to development of professional nursing. Em *Texto e Contexto Enfermagem* (Vol. 26, Número 4). Universidade Federal de Santa Catarina. https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4

Wilson, S., Rixon, A., Hartanto, S., White, P., & Judkins, S. (2020). Review article: Systematic literature review of leadership in emergency departments. Em *EMA - Emergency Medicine Australasia* (Vol. 32, Número 6, pp. 935–952). Blackwell Publishing. https://doi.org/10.1111/1742-6723.13658

Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS ONE*, *15*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694

Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., Roukema, G. R., & Moll, H. A. (2017). Validity of the Manchester triage system in emergency care: A prospective observational study. *PLoS ONE*, *12*(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811

Anexos

Anexo I

VII Encontro de Enfermagem do Serviço
de Cardiologia da ULS Alto Ave

Cuidar ao Ritmo da Inovação

CERTIFICADO

Certifica-se que

HÉLIA MARIA FERREIRA AFONSO GONÇALVES PEREIRA

integrou a Comissão Organizadora do **VII Encontro de Enfermagem do Serviço de Cardiologia**, que decorreu no dia 3 de abril de 2025 das 09h às 18h00 e no dia 4 de abril de 2025, das 09h00 à 13h00, nas instalações da ULS do Alto Ave, em Guimarães.

Pela Comissão Organizadora,

Anabela Azevedo

Anabela Azevedo

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE Serviço Cardiologia

VII Encontro de Enfermagem do Serviço
de Cardiologia da ULS Alto Ave

Cuidar ao Ritmo da Inovação

CERTIFICADO

Certifica-se que

HÉLIA MARIA FERREIRA AFONSO GONÇALVES

esteve presente no evento **VII ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA**, que decorreu no dia 4 de abril de 2025 das 09h00 à 13h00, no Auditório da ULS Alto Ave.

Pela Comissão Organizadora,

Anabela Azevedo

Anabela Azevedo

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE Serviço Cardiologia

Anexo II

GESTÃO DE COMPLICAÇÕES DURANTE SESSÕES DE HEMODIALISE - CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HéliaPereira*1; FredericoOsório*2,3

*1. ENFERMEIRA GENERALISTA; 2. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO CIRÚRGICA; 3. POS GRADUAÇÃO EM EXECUTIVE MASTER EM GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

CONTEXTUALIZAÇÃO

HEMODIÁLISE

A hemodiálise é um tratamento para a insuficiência renal, que remove resíduos e fluidos extra do sangue e regula a pressão arterial (National Kidney Foundation, 2024).



Os utentes com doença renal terminal, a terapia de substituição renal é realizada por diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Embora a seja a reposição completa da função renal não proporcionada pela diálise, esta modalidade remove resíduos metabólicos e o excesso de água corporal e repõe as reservas corporais para sustentar a vida (Schmidt & Flythe. 2025).

COMPLICAÇÕES DURANTE SESSÕES DE HEMODIÁLISE

A hemodiálise está associada a complicações agudas, como arritmias, flutuações da pressão arterial e síndrome de desequilíbrio da diálise, embora eventos graves como embolia ou reações alérgicas graves sejam raros. Mais comum, os pacientes apresentam sintomas como dor tipo cólica, náuseas, vómitos e cefaleias, que, embora menos graves, podem ser debilitantes e levar à não adesão ao regime terapêutico, aumento de hospitalizações e redução da qualidade de vida. Estas complicações podem ser agudas ou crónicas e tratar sinais e/ou sintomas frequentes associados a estas complicações é essencial para melhorar os resultados, prevenir emergências e o bem-estar dos pacientes. (Schmidt, R., & Flythe, J. (2025).

OBJETIVOS

- Identificar complicações agudas associadas à hemodiálise;
- Descrever sinais e sintomas associados às complicações agudas à hemodiálise;
- Enunciar cuidados de enfermagem relativos às complicações agudas associadas à hemodiálise;

METODOLOGIA

Análise exploratória crítico-reflexiva de literatura relevante partindo das bases de dados: MedLine Complete, UpToDate,

GESTÃO DE COMPLICAÇÕES AGUDAS DURANTE SESSÕES DE HEMODIALISE - CUIDADOS DE ENFERMAGEM

COMPLICAÇÃO	SINAIS/SINTOMAS	CAUSA	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
HIPOTENSÃO Comum durante a sessão de hemodiálise (20%-30%); Mecanismo acionado após uma grande quantidade de água ser removida do espaço intravascular para o espaço intersticial, levando à redução de volume de sangue intracelular	• PalidezCutânea; • Suores; • Dispneia; • Confusão; • Taquicardia; • Tonturas; • Náuseas e/ou vómitos; • Dor abdominal; • Bocejar; • Espasmos musculares; • Hipotensão HD deteta volume e emite alarme de pressão arterial;	• Débito altoda ultrafiltração; • Uso medicação anti-hipertensora; • Soluto dialisante demasiado aquecido; • Ingestão de comida; • Disfunção diastólica; • Hemorragia; • Arritmias; • Hemólise; • Reação alérgica;	• Monitorizar sinais vitais; • Ajustar débito de ultrafiltrado; • Posicionar utente em Trendelenburg; • Administar bólus de soro fisiológico; • Baixar temperatura do dialisante; • Evitar comer durante a sessão de HD; • Aumentar tempo de HD ou número de sessões; • Limitar a ingestão de sal; • Eminos relativos à gestão terapêutica; • Considerar exercício durante a sessão HD;
NÁUSEAS E VÓMITOS Ocorre cerca de 5% a 15% durante a sessão de hemodiálise;	• Náuseas; • Vómito;	• Relacionado com HD: hipotensão, hemólise, reação ao dialisante, síndrome desiquilíbrio, exposição a águas contaminadas ; • Relacionadas com o utente: Comer durante a HD, Urémia, Hipercalémia, Diabetes Melitus; Gastroperésia, Síndroma Nefrótico, Medicação atual - efeito secundário, reação anafilática;	• Administrar anti-eméticos conforme prescrição; • Monitorizar sinais vitais; • Manter utente numa posição confortável; • Elevar cabeceira; • Avaliar o estado do acesso, bem como débito e recirculação; • Avaliar frequência, horas das sessões de HD;
ESPASMOS MUSCULARES Predominante na 2ª metade da sessão HD; Ocorre principalmente nos membros inferiores; Cerca a 5% a 20%	• Movimentos involuntários musculares. Dor/desconforto nas mãos, pés e pernas; Inquietude, ansiedade; Firmeza muscular. • agitação e	• Hiponatrémia; • Concentração do volume de plasma; • Grande volume removido face ao peso seco; • Baixo sódio dialisado; • Peso seco incorreto; • Hipotensão Intradialítica; • Desiquilíbrios Eletrolíticos; • Défices Vitamínicos; • Efeito secundários de fármacos;	• Reduzir a ultrafiltração e diminuir o ultrafiltrado total; • Aplicar calor no local; • incentivar hidratação adequado (de acordo com as restrições); • Massajar e alongar o músculo afetado, se apropriado; • Administrar fármacos conforme prescrição como Gluconato de Cálcio; • Promover exercício de baixa intensidade durante a diálise;
HIPERTENSÃO ARTERIAL	• Hipervolémia; • Cefaleia; • Tonturas;	• Excesso de sódio; • Sobrecarga de fluidos;	• Monitorizar tensão arterial regularmente; • Corrigir hipervolémia; • Avaliar edema periférico; • Avaliar sinais e sintomas de desidratação pós sessão HD;
HEMORRAGIA	• Perda sanguínea abundante pelo acesso vascular;	• Associado acesso vascular: rutura do acesso vascular (anaurisma/pseudoaneurisma); • Associado à HD: Excesso de heparina na máquina; • Associado ao utente: uso de anticoagulantes, coagulopatias, uremia	• Vigiar local de acesso; • Aplicar compressão (torniquete compressão direta proximal ao local da picada; • Observar sinais de perda sanguínea; • Não aplicar pensos até a hemostase alcançada;
REAÇÃO ANAFILÁTICA Resposta alérgica grave a medicamentos ou componentes do sistema de diálise	• Angioedema, paresteasia face e boca, Rash cutâneo, Calor, prurido, rubor e edema; Dispneia, disfonia, aperto na garganta, sibilância, tosse, edejo nasal, congestão nasal e polito; Hipotensão com pulso fraco e rápido; • Náusea, vómito, dor abdominal, espasmos musculares e diarreia; • Letargia, sonolência, cefaleia, tonturas;	• Medicação, látex, produtos alimentares, dialisante, membrana;	• Remover o agente alergénico; • Interromper imediatamente a diálise. Reinfundir o utente, mantendo acesso da HD - conectar soro fisiológico; • Administrar adrenalina e aplicar ABCDE conforme protocolo da instituição; • Monitorizar sinais vitais; • Encaminhar para unidade hospitalar de referência;

REFERÊNCIAS

(BC Renal, 2024; Costa et al., 2015;)

CONCLUSÃO

As complicações agudas durante uma sessão de hemodiálise representam uma questão crítica na prestação de cuidados a estes utentes, uma vez que exigem que a gestão das mesmas sejam rápida, eficiente e centrada na pessoa. Neste contexto, a equipa de enfermagem assume um papel vital na monitorização contínua, na identificação precoce de sinais e sintomas de instabilidade e na prática de cuidados de enfermagem seguros e eficazes (Costa et al, 2015). Com isto, é fulcral que o enfermeiro detenha um conhecimento sólido sobre as complicações agudas associadas à hemodiálise de forma antecipar e prevenir eventos adversos. A prática do enfermeiro deve a equilibrar a eficiência técnica com a consciência clínica, garantindo que os cuidados de enfermagem prestados são muito mais que as intervenções em si mas sim respostas efetivas às necessidades de cada cliente (OE, 2018)



REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CERTIFICADO

Certifica-se que

HÉLIA MARIA FERREIRA AFONSO GONÇALVES PEREIRA

membro nº **92230** desta Ordem, na atividade: **IEncontro da Comissão Regional de Peritos em TécnicasdeDiálise** realizado no dia **26 de setembro de 2025**, apresentou um **Poster** com o tema: *Gestão de Complicações Agudas Durante Sessões de Hemodiálise- CuidadosdeEnfermagem*.

Este trabalho teve como coautor(es):

FREDERICO PEDRO PIRES DOS SANTOS OSÓRIO

Porto, 26 de setembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Ângelo da Costa e Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,55** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Apêndices

Apêndice I

Projeto de Melhoria da Qualidade

Lista de Abreviaturas

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure
- **ATLS®** – Advanced Trauma Life Support
- **CRM** – Crew Resource Management
- **DGS** – Direção-Geral da Saúde
- **PDCA** – Plan–Do–Check–Act
- **SBAR** – Situation, Background, Assessment, Recommendation
- **SNS** – Serviço Nacional de Saúde

Implementação do Team Huddle segundo o Manual ATLS® na Sala de Emergência

O ciclo PDCA é amplamente utilizado em contextos de saúde por permitir uma abordagem sistemática, iterativa e baseada em dados para a melhoria dos processos assistenciais. A sua aplicação em serviços de urgência é particularmente relevante, dada a complexidade, imprevisibilidade e elevado risco inerentes a estes contextos. Segundo a DGS, metodologias de melhoria contínua devem privilegiar intervenções simples, replicáveis e sustentáveis, características que se alinham com a implementação do Team Huddle ATLS®.

O projeto será desenvolvido na Sala de Emergência de uma instituição integrada no SNS, assumindo um nível profissional, com foco na melhoria organizacional, segurança do doente e desempenho da equipa multidisciplinar. A escolha deste contexto justifica-se pela elevada exposição ao risco clínico, pela necessidade de resposta rápida e pela importância crítica do trabalho em equipa em situações de trauma e emergência.

FASE P – PLANEAR (PLAN)

1. Introdução

A segurança do doente constitui uma prioridade estratégica dos sistemas de saúde modernos, sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) como um elemento central da qualidade dos cuidados. O Programa Nacional para a Segurança do Doente da DGS identifica a comunicação ineficaz entre profissionais como uma das principais causas de eventos adversos evitáveis, particularmente em contextos de elevada complexidade como os serviços de urgência (DGS, 2015).

A sala de emergência caracteriza-se por elevada pressão assistencial, multitarefa, decisões rápidas e necessidade de coordenação interprofissional contínua. A literatura demonstra que falhas de comunicação e ausência de alinhamento da equipa estão associadas a atrasos no tratamento, duplicação de tarefas e aumento do risco clínico (Mazzocato et al., 2011).

O Team Huddle, conforme descrito no Manual ATLS® (Advanced Trauma Life Support), consiste num momento breve e estruturado de comunicação liderada pelo líder da equipa de trauma, realizado antes, durante ou após fases críticas da abordagem ao doente traumatizado. O seu objetivo é alinhar funções, antecipar necessidades clínicas, reforçar a consciência situacional partilhada e otimizar o desempenho da equipa em contextos de elevada pressão temporal.

No ATLS®, o *team huddle* integra-se nas competências não técnicas (non-technical skills) da equipa de trauma, nomeadamente liderança, comunicação clara, tomada de decisão, gestão de recursos e trabalho em equipa, sendo considerado um elemento essencial para a prestação de cuidados seguros e eficazes na sala de emergência.

A abordagem do ATLS® é fortemente influenciada pelos princípios do Crew Resource Management (CRM), inicialmente desenvolvidos na aviação, que enfatizam a importância da liderança partilhada, comunicação assertiva, consciência situacional e gestão eficaz dos recursos humanos em ambientes de elevado risco. Estudos em contexto de saúde demonstram que a aplicação dos princípios do CRM em equipas de trauma está associada a melhorias significativas no desempenho clínico e na redução de erros evitáveis (Brass, 2018; Mazzocato et al., 2011).

A consciência situacional, conceito amplamente descrito por Endsley, refere-se à perceção dos elementos do ambiente, à compreensão do seu significado e à capacidade de antecipar estados futuros. Em contexto de trauma, a ausência de consciência situacional partilhada entre os membros da equipa pode resultar em decisões desalinhadas e atrasos críticos. O *team huddle* ATLS® constitui uma estratégia estruturada para promover esta consciência situacional coletiva, permitindo que toda a equipa compreenda o plano, os riscos e as prioridades clínicas (Mardis et al., 2021; Rasmussen & Morrison, 2025).

A literatura evidencia ainda que a liderança clara e visível, preconizada pelo ATLS®, está diretamente associada a melhores resultados em equipas de emergência. Martin et al. (2015) demonstraram que intervenções estruturadas de comunicação liderada, como os *team huddles*, melhoram a clareza de papéis, reduzem ambiguidades e aumentam a eficácia da resposta clínica inicial.

A literatura científica sobre *huddles* em contexto clínico fornece suporte empírico adicional a este conceito descrito no ATLS®, demonstrando que reuniões breves e estruturadas melhoram a comunicação, a

coordenação da equipa e a segurança do doente em serviços de emergência (Brass, 2018; Mardis et al., 2021; Rasmussen & Morrison, 2025).

2. Identificação e Descrição do Problema

A identificação do problema baseia-se na observação do funcionamento diário do serviço de emergência e na análise de incidentes reportados. A literatura evidencia que, em ambientes de urgência e trauma, a comunicação ocorre frequentemente de forma fragmentada, informal e dependente da iniciativa individual, contrariando os princípios de liderança e comunicação estruturada preconizados pelo ATLS® (Martin et al., 2015; Mazzocato et al., 2011).

A inexistência sistemática do **Team Huddle ATLS®** contribui para:

- Falta de alinhamento sobre doentes críticos;
- Desconhecimento de riscos emergentes;
- Dificuldades na priorização de cuidados;
- Redução da consciência situacional coletiva.

De acordo com Quraishi et al. (2019) e Larson et al. (2019), a ausência de mecanismos estruturados de comunicação diária aumenta a probabilidade de falhas organizacionais, compromete a segurança do doente e pode colocar em risco a segurança dos próprios profissionais.

3. Dimensão do Problema

A dimensão do problema pode ser analisada à luz do volume assistencial, da complexidade clínica e da variabilidade organizacional da sala de emergência. Estudos qualitativos demonstram que equipas que trabalham sob pressão constante, com múltiplas interrupções e elevada rotatividade, apresentam maior risco de erro quando não dispõem de estratégias formais de coordenação (Mazzocato et al., 2011).

A DGS refere que serviços de urgência são áreas prioritárias para intervenções de segurança do doente devido à elevada exposição ao risco. Revisões sistemáticas indicam que a introdução de *huddles* está associada a melhorias na identificação de riscos, comunicação interprofissional e perceção de segurança, mesmo em contextos com elevada carga de trabalho (Mardis et al., 2021).

4. Formulação de Objetivos Iniciais

A definição de objetivos claros é fundamental em projetos de melhoria da qualidade, conforme recomendado pelo modelo PDCA e pelas orientações da DGS para a gestão do risco clínico. Os objetivos devem ser mensuráveis, alcançáveis e alinhados com a melhoria contínua da segurança do doente.

A literatura demonstra que *team huddles* estruturados, liderados e com objetivos claros — em consonância com o modelo ATLS® — aumentam a adesão da equipa e potenciam impactos positivos na comunicação e na cultura de segurança (Brass, 2018; Stewart et al., 2020; De Meester et al., 2023).

5. Compreender as Causas

A compreensão das causas subjacentes ao problema é essencial para garantir intervenções eficazes. A análise de causa-raiz permite identificar fatores humanos, organizacionais e sistémicos associados às falhas de comunicação.

Segundo Mardis et al. (2021), Rodriguez et al. (2015) e o Manual ATLS®, a ausência de **team huddles** está frequentemente relacionada com culturas organizacionais reativas, falta de liderança clínica estruturada e inexistência de processos padronizados, sendo estas barreiras comuns em contextos hospitalares complexos como os serviços de urgência. Brass (2018) reforça que organizações de alta fiabilidade investem em momentos regulares de alinhamento da equipa como estratégia preventiva.

A DGS recomenda abordagens sistémicas e preventivas, centradas na melhoria dos processos e não na responsabilização individual, o que fundamenta a introdução do *safety huddle* como intervenção organizacional.

FASE D – EXECUTAR (DO)

6. Planeamento e Execução das Atividades

A fase de execução do ciclo PDCA traduz-se na implementação prática do Team Huddle ATLS®, integrando-o formalmente na abordagem ao doente crítico e traumatizado na sala de emergência.

Momentos de aplicação do Team Huddle ATLS®

De acordo com o Manual ATLS®, o *team huddle* deve ser aplicado em momentos-chave do atendimento ao traumatizado, nomeadamente:

- **Pré-chegada do doente**: alinhamento da equipa quanto ao mecanismo de lesão, prioridades iniciais, preparação de material e definição clara de papéis;
- **Pré-ABCDE**: confirmação da liderança, distribuição de tarefas e antecipação de necessidades diagnósticas e terapêuticas;
- **Durante a abordagem (re-huddle)**: sempre que ocorre deterioração clínica, alteração do plano ou necessidade de redefinição de prioridades;
- **Pós-evento imediato**: breve alinhamento final para garantir continuidade de cuidados e identificar necessidades pendentes.

A evidência científica sugere que *team huddles*, tal como descritos no ATLS®, devem ser breves, liderados, estruturados e orientados para objetivos claros. A utilização de modelos de comunicação estruturada, como o SBAR, pode complementar o *team huddle* ATLS®, especialmente na articulação interprofissional (Martin et al., 2015; Harnessing innovation..., 2023).

Stewart et al. (2020) demonstraram que a formação prévia da equipa e a definição clara de papéis aumentam a adesão e a eficácia dos *team huddles*. A implementação piloto permite testar o modelo, recolher feedback e ajustar o processo antes da estandardização, em consonância com as boas práticas de melhoria contínua defendidas pelo SNS.

FASE C – VERIFICAR (CHECK)

7. Verificação de Resultados

A fase de verificação do ciclo PDCA tem como objetivo avaliar o impacto da intervenção, comparando os resultados obtidos com os objetivos definidos. A literatura recomenda a utilização combinada de indicadores de processo e de resultado para avaliar intervenções de segurança do doente (Mardis et al., 2021).

Estudos quase-experimentais demonstram melhorias significativas na cultura de segurança, na comunicação e no desempenho da equipa após a implementação de *team huddles* em contextos de emergência e trauma (Quraishi et al., 2019; Stewart et al., 2020; Gonçalves et al., 2023; Silva et al., 2023). A avaliação pré e pós-intervenção é consistente com as orientações da DGS para monitorização da qualidade e segurança.

FASE A – ATUAR (ACT)

8. Medidas Corretivas, Estandardização e Formação Contínua

A fase **ACT (Atuar)** do ciclo PDCA tem como finalidade consolidar os ganhos obtidos na implementação do **Team Huddle ATLS®**, corrigir desvios identificados na fase de verificação e garantir a sustentabilidade da melhoria ao longo do tempo. Esta fase é crítica em projetos de melhoria da qualidade em saúde, uma vez que transforma uma intervenção pontual numa prática organizacional integrada e consistente.

8.1 Análise dos desvios e implementação de medidas corretivas

Com base nos resultados obtidos na fase **CHECK**, deverão ser analisadas eventuais não conformidades, tais como:

- inconsistência na realização do *team huddle*;

- variação na liderança do processo;
- duração excessiva ou insuficiente do *huddle*;
- dificuldades na adesão de determinados grupos profissionais.

A literatura evidencia que a identificação precoce destes desvios permite ajustar o modelo de implementação, reforçando a clareza dos objetivos e a adequação do *team huddle* ao contexto real de trabalho (Mardis et al., 2021; Rasmussen & Morrison, 2025). As medidas corretivas podem incluir ajustes no guião ATLS®, redefinição de momentos de aplicação ou reforço da liderança clínica.

8.2 Estandardização do Team Huddle ATLS®

Após validação da eficácia da intervenção, o **Team Huddle ATLS®** deverá ser formalmente estandardizado, integrando-se nos procedimentos operacionais da Sala de Emergência. A estandardização é apontada como um dos pilares das organizações de alta fiabilidade, permitindo reduzir a variabilidade indesejada e aumentar a previsibilidade dos cuidados (Brass, 2018).

De acordo com as recomendações da DGS e do SNS, a estandardização deverá incluir:

- inclusão do *team huddle* nos protocolos internos de trauma;
- definição clara da responsabilidade do líder da equipa;
- incorporação do guião ATLS® em documentos institucionais;
- alinhamento com os planos de gestão do risco clínico.

Estudos demonstram que *huddles* integrados em protocolos formais apresentam maior adesão e impacto sustentado na cultura de segurança (Stewart et al., 2020; De Meester et al., 2023).

8.3 Formação contínua e integração nos programas institucionais

A formação contínua é um elemento central para garantir a manutenção da qualidade da intervenção. A evidência científica demonstra que intervenções de comunicação estruturada requerem reforço regular para evitar a perda de eficácia ao longo do tempo (Rodriguez et al., 2015; Mardis et al., 2021).

Neste sentido, recomenda-se:

- integração do **Team Huddle ATLS®** nos programas de acolhimento de novos profissionais;
- sessões de formação periódicas sobre liderança e competências não técnicas;
- utilização de simulação clínica para treino do *huddle* em cenários de trauma;
- divulgação regular de indicadores de desempenho à equipa.

A utilização de simulação é particularmente valorizada na literatura ATLS® e em estudos sobre segurança do doente, por permitir treino em ambiente controlado e reforçar competências de liderança e comunicação sob pressão.

8.4 Monitorização contínua e cultura de melhoria

A fase ACT não se encerra com a estandardização, devendo promover um ciclo contínuo de monitorização e aprendizagem organizacional. A recolha regular de feedback da equipa, associada à análise de incidentes e quase-incidentes, permite identificar novas oportunidades de melhoria e reforçar a cultura de segurança.

Rasmussen e Morrison (2025) salientam que *huddles* eficazes estão associados a culturas organizacionais abertas, onde a comunicação é encorajada e os profissionais se sentem seguros para expressar preocupações. A liderança clínica tem um papel central na manutenção deste ambiente, assegurando que o *team huddle* permanece um espaço funcional, útil e orientado para a segurança do doente.

Desta forma, a fase ACT fecha o ciclo PDCA, assegurando que o **Team Huddle ATLS®** se consolida como uma prática estruturante da Sala de Emergência, alinhada com as normas da DGS, as orientações do SNS e a melhor evidência científica disponível.

Referências Bibliográficas

American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support (ATLS ®).* https://www.facs.org/quality-programs/trauma/education/advanced-trauma-life-support/

Brass, S. D. (2018). Using the patient safety huddle as a tool for high reliability. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 44*(4), 219–226. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.10.008

De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2023). Impacts of a huddle intervention on patient safety culture among healthcare professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 16*, 131–141. https://doi.org/10.2147/JMDH.S392078

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Segurança do Doente 2015–2020*. DGS.

Gonçalves, P. D., et al. (2023). Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e após a implementação do safety huddle. *Revista Brasileira de Enfermagem, 76*(Suppl. 1), e20220634. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0634

Harnessing innovation and collaboration to improve unit-based huddle communication. (2023). *Journal of Emergency Nursing, 49*(4), 372–378. https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.02.006

Larson, L. A., Standish, J., & Nadeau, L. (2019). Using a potentially aggressive or violent patient huddle to improve staff communication and safety. *Journal of Emergency Nursing, 45*(3), 273–279. https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.10.006

Mardis, T., Davis, J., Benningfield, B., Elliott, C., Youngstrom, M., Nelson, B., & Riesenberg, L. A. (2021). Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: A scoping review. *Journal of General*

Internal Medicine, 36(10), 3185–3197. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06793-0

Martin, H. A., Ciurzynski, S. M., & Smyth, S. (2015). SBAR-guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 41*(6), 484–490. https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.002

Mazzocato, P., Forsberg, H. H., Källberg, A.-S., Göransson, K. E., & Ehrenberg, A. (2011). Team behaviours in emergency care: A qualitative study using behaviour analysis. *International Journal of Emergency Medicine, 4*, Article 45. https://doi.org/10.1186/1865-1380-4-45

Quraishi, S. A., et al. (2019). Improving patient safety through an emergency call safety huddle. *BMJ Open Quality, 8*(4), e000653. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000653

Rasmussen, L. A., & Morrison, J. (2025). Safety huddles in healthcare settings: A concept analysis. *BMC Health Services Research, 25*, Article 12526. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12526-x

Rodriguez, H. P., Meredith, L. S., Hamilton, A. B., Yano, E. M., & Rubenstein, L. V. (2015). Huddle up!: The adoption and use of structured team communication for VA medical home implementation. *Health Care Management Review, 40*(4), 286–299. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000031

Silva, R. M., Santos, J. L. G., & Amante, L. N. (2023). Implementação do daily huddle em um serviço de emergência hospitalar. *Revista de Atenção à Saúde, 21*(77), 1–10.

Stewart, M., Purdy, C., Kennedy, N., & Burns, A. (2020). Enhancing teamwork, communication and patient safety responsiveness using daily safety huddles. *BMJ Open Quality, 9*(3), e000869. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000869

Anexo I – Guião do Team Huddle ATLS®

O **Team Huddle ATLS®** deve ser conduzido pelo **líder da equipa de trauma** e ter uma duração aproximada de **1 a 2 minutos**.

1. Identificação da liderança

- Quem é o líder da equipa;
- Confirmação da disponibilidade da equipa.

2. Situação clínica resumida

- Mecanismo de lesão;
- Estado clínico esperado (se pré-chegada);
- Principais riscos antecipados.

3. Definição de papéis

- Via aérea;

- Circulação;
- Monitorização;
- Registo;
- Apoio diagnóstico.

4. Prioridades e plano inicial

- Prioridade ABCDE;
- Procedimentos imediatos antecipados;
- Necessidade de ativação de recursos adicionais.

5. Comunicação e segurança

- Reforço da comunicação clara e fechada;
- Incentivo à verbalização de preocupações;
- Confirmação de entendimento pela equipa.

Este guião está alinhado com os princípios de liderança, comunicação e trabalho em equipa descritos no Manual ATLS®, podendo ser adaptado à realidade organizacional da Sala de Emergência

Apêndice II

Preparação e Administração de Medicamentos - UCI

1. Introdução

A administração terapêutica constitui uma das intervenções mais críticas e potencialmente perigosas no exercício profissional da enfermagem, sobretudo em contextos de elevada complexidade clínica como as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Este processo envolve múltiplas etapas interdependentes — desde a prescrição médica até à administração e vigilância — e requer uma coordenação rigorosa entre os diferentes profissionais de saúde. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, Norma n.º 008/2023), a administração de medicamentos é uma intervenção terapêutica exclusiva do enfermeiro, não delegável, que exige conhecimento técnico-científico atualizado, capacidade de tomada de decisão e responsabilidade ética.

A literatura internacional tem vindo a demonstrar que os erros de medicação representam uma das principais causas de eventos adversos que podem ser preventivos em ambiente hospitalar, especialmente nas UCI, onde a variedade terapêutica, o uso de fármacos de alto risco e a instabilidade clínica dos doentes aumentam significativamente a probabilidade de incidentes (World Health Organization [WHO], 2017; Institute for Safe Medication Practices [ISMP], 2020). Estima-se que um doente crítico possa receber até 20 tipos diferentes de medicamentos por dia, sendo a taxa de erro de medicação em cuidados intensivos entre duas a três vezes superior à de outras unidades hospitalares (Bourne et al., 2024).

A promoção da segurança do doente tem sido, por isso, um dos pilares fundamentais das políticas de qualidade em saúde, refletida em documentos estratégicos como o *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026* (DGS, 2021), que reforça a importância da utilização segura dos medicamentos, da cultura de notificação e aprendizagem, e da melhoria contínua dos processos clínicos. Nesse contexto, o enfermeiro especialista assume um papel central enquanto líder, educador e agente de mudança, com a responsabilidade de identificar riscos, implementar práticas seguras e promover um ambiente de cuidados livre de danos.

Durante a observação de práticas em UCI, é frequente identificar fragilidades no processo de administração terapêutica, nomeadamente a separação entre a preparação e a administração dos medicamentos por enfermeiros diferentes, a ausência de protocolos normalizados, a inexistência de sistemas de dupla verificação formais e a ocorrência de interrupções durante o processo. Tais situações aumentam o risco de erros e comprometem a segurança do doente crítico.

Neste enquadramento, o presente Projeto de Melhoria da Segurança na Administração Terapêutica em Unidade de Cuidados Intensivos surge como uma proposta de intervenção baseada em evidência, que

visa analisar e otimizar o processo de gestão de medicamentos, reduzindo a probabilidade de erro humano e promovendo uma prática de enfermagem mais segura, eficiente e centrada no doente. A metodologia de melhoria contínua utilizada — o ciclo PDCA (Plan–Do–Check–Act) — permitirá uma abordagem sistemática ao problema, desde a identificação das causas até à implementação e avaliação de medidas corretivas sustentáveis.

Assim, este projeto tem como propósito não apenas reforçar a segurança clínica e a qualidade dos cuidados, mas também consolidar as competências do enfermeiro especialista em contexto de cuidados intensivos, integrando liderança, prática baseada na evidência e cultura de segurança como eixos fundamentais para a excelência profissional e institucional.

2. Identificação e Descrição do Problema

A segurança do doente é um dos princípios basilares da prática de enfermagem e constitui uma prioridade estratégica dos sistemas de saúde modernos. No contexto das UCI, onde os doentes se encontram em situação clínica instável e frequentemente sob múltiplas terapêuticas farmacológicas, o risco de ocorrência de erros de medicação aumenta significativamente (WHO, 2017; ISMP, 2020).

De acordo com a *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente* (DGS, 2011), os erros de medicação (ETM) são incidentes relacionados com a utilização de medicamentos, que podem ou não causar dano ao doente. Estes erros podem ocorrer em qualquer etapa do circuito terapêutico — prescrição, transcrição, preparação, administração ou monitorização — e resultam, na maioria das vezes, de falhas humanas, organizacionais ou de sistema. Em ambiente de UCI a complexidade das terapêuticas, a pressão do tempo, as interrupções frequentes e a elevada carga cognitiva dos profissionais são fatores que potenciam a ocorrência de ETM (Ishak et al., 2024).

Durante a prática clínica observada em UCI no contexto do estágio de UCI integrado no Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoas em Situação Crítica, identificaram-se fragilidades no processo de administração terapêutica, nomeadamente:

- A separação entre a preparação e a administração dos medicamentos por diferentes enfermeiros;
- A ausência de protocolos padronizados que assegurem a rastreabilidade e consistência do processo;
- A escassez de sistemas formais de dupla verificação, particularmente em fármacos de alto risco;
- A existência de interrupções durante a preparação e administração da medicação;

- E a subvalorização da comunicação interprofissional na validação dos procedimentos terapêuticos.

Estes fatores comprometem o princípio da continuidade e coerência terapêutica e aumentam a vulnerabilidade do sistema de medicação. O *Pilar 5 do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026* (DGS, 2021) reforça precisamente a importância da "utilização segura dos medicamentos" e da implementação de práticas baseadas em evidência, bem como a vigilância contínua e da aprendizagem com o erro.

Os estudos do ISMP (2020) e da WHO (2021) salientam que as etapas de preparação e administração representam o ponto mais crítico no circuito terapêutico, sendo responsáveis por mais de 50% dos incidentes de medicação relatados. Entre os fatores contribuintes mais comuns encontram-se erros de dose, via, hora, paciente, diluição e omissão de administração — os denominados "Certos da Administração Segura de Medicamentos". Embora tradicionalmente se mencionassem os "5 certos" (paciente, medicamento, dose, via e hora), a literatura recente expande este conceito para 10 a 12 certos, incorporando aspetos como o motivo, a forma farmacêutica, a documentação, a resposta, a educação do doente e o direito de recusa (WHO, 2021; Ishak et al., 2024).

A ausência de um sistema de verificação e a divisão de responsabilidades entre diferentes profissionais são elementos que podem comprometer a segurança do processo. Quando o enfermeiro que prepara o medicamento não é o mesmo que o administra, perdem-se etapas essenciais de verificação, diminuindo a rastreabilidade e aumentando a probabilidade de erros por omissão ou confusão de doses. Além disso, a falta de comunicação estruturada entre os membros da equipa de enfermagem agrava a vulnerabilidade do sistema e reduz a capacidade de detetar falhas precocemente.

Em síntese, o problema identificado consiste na inexistência de um protocolo padronizado e seguro para a preparação e administração de medicamentos, aliado à ausência de mecanismos de dupla verificação e de práticas sistemáticas de comunicação entre enfermeiros. Esta fragilidade aumenta o risco de erros de medicação, coloca em causa a segurança do doente e compromete a qualidade dos cuidados prestados em UCI.

3. Dimensão do Problema

A dimensão do problema dos erros de medicação em UCI é significativa, tanto em termos quantitativos como qualitativos, refletindo-se diretamente na segurança do doente e nos custos associados ao cuidado de saúde. Estudos internacionais indicam que os erros de medicação afetam entre 5% e 20% das admissões hospitalares, sendo mais prevalentes em contextos de elevada complexidade clínica, como

as UCIs (Bates et al., 2018; Franklin et al., 2022).

A gravidade dos erros de medicação não se limita ao aumento da morbilidade e mortalidade — também tem impacto direto na duração do internamento, na utilização de recursos e nos custos globais do sistema de saúde. Estudos estimam que erros de medicação podem prolongar o internamento hospitalar em 1 a 3 dias, aumentando os custos em até 20% por episódio (WHO, 2021; ISMP, 2020). Em termos humanos, o impacto traduz-se em sofrimento evitável para o doente, perda de confiança no sistema de saúde e desgaste da equipa multidisciplinar.

Além disso, a ausência de dados consistentes sobre incidentes de medicação em UCIs reforça a dificuldade de medir plenamente a dimensão do problema. Muitas vezes, estes erros não são notificados por receio de consequências legais ou disciplinares, refletindo uma cultura organizacional que não promove plenamente a notificação e a análise sistemática de incidentes. Este facto constitui uma barreira adicional à implementação de estratégias preventivas eficazes, como protocolos e sistemas formais de dupla verificação.

Em suma, a dimensão do problema é multidimensial, envolvendo não só a frequência e a gravidade dos erros de medicação, mas também questões culturais, organizacionais e formativas. Este contexto sublinha a necessidade urgente de intervenções estruturadas e baseadas em evidência para reduzir o risco de incidentes, melhorar a segurança do doente e otimizar a qualidade dos cuidados em UCI.

4. Formulação de Objetivos Iniciais

A formulação de objetivos é uma etapa essencial em qualquer projeto de melhoria da qualidade, uma vez que orienta a planificação, execução e avaliação das ações a desenvolver. De acordo com o ciclo de melhoria contínua PDCA (Plan–Do–Check–Act), os objetivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais (critérios SMART), permitindo avaliar o progresso e a eficácia das intervenções implementadas (DGS, 2021; WHO, 2021).

Neste contexto, o objetivo geral do presente projeto consiste em:

Melhorar a segurança na administração terapêutica em Unidade de Cuidados Intensivos, assegurando que o enfermeiro responsável pela preparação do medicamento seja igualmente o responsável pela sua administração, reduzindo o risco de erros de medicação e promovendo uma prática de enfermagem segura, baseada em evidência científica.

Este objetivo reflete uma abordagem centrada no doente e na qualidade assistencial, alinhada com o *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026* e com as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Para operacionalizar este propósito, definem-se os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar as práticas atuais de preparação e administração de medicamentos na UCI, mapeando potenciais falhas, interrupções e situações de risco associadas.
2. Analisar a perceção e o grau de adesão da equipa de enfermagem às boas práticas de segurança na administração terapêutica, através de observação direta e/ou questionários estruturados.
3. Desenvolver e implementar um protocolo institucional de administração segura de medicamentos, garantindo que a mesma enfermeira realize as etapas de preparação e administração, exceto em situações de exceção devidamente justificadas.
4. Aplicar a Checklist de Heather Palmer e outras ferramentas de verificação de segurança, assegurando o cumprimento dos "Certos da Administração Segura de Medicamentos".
5. Reduzir em pelo menos 30% os erros de medicação reportados em UCI no período de 12 meses após a implementação do protocolo.
6. Garantir uma taxa mínima de 95% de adesão ao novo protocolo e à checklist de verificação entre os profissionais de enfermagem da unidade.
7. Promover sessões formativas e de sensibilização dirigidas à equipa de enfermagem, reforçando a importância da segurança medicamentosa e da comunicação interprofissional.
8. Avaliar o impacto do projeto através de indicadores de desempenho, auditorias e feedback da equipa, assegurando a melhoria contínua do processo.
9. Integrar os resultados e boas práticas nos normativos internos e programas de formação contínua, garantindo a sustentabilidade da intervenção.

Estes objetivos traduzem uma abordagem estruturada e mensurável à melhoria da qualidade, permitindo não apenas reduzir os riscos associados à medicação, mas também fortalecer a cultura de segurança e responsabilidade profissional na prática de enfermagem.

A clareza e a relevância dos objetivos delineados constituem, portanto, a base para a fase seguinte do projeto, dedicada à compreensão aprofundada das causas do problema e à definição de estratégias de intervenção adequadas.

5. Compreender as Causas

A compreensão das causas subjacentes a um problema é uma etapa fundamental para a definição de estratégias de melhoria eficazes e sustentáveis. No contexto da segurança na administração terapêutica em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a análise causal deve abranger fatores humanos, organizacionais, estruturais e contextuais que contribuem para a ocorrência de erros de medicação.

De acordo com a *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente* (DGS, 2011), os ETM resultam de falhas ao longo do circuito terapêutico, podendo ser classificados segundo cinco grandes etapas: prescrição, transcrição, preparação, administração e monitorização. Em cada uma dessas etapas, podem intervir fatores distintos, frequentemente interdependentes, que afetam o desempenho e a fiabilidade do sistema.

5.1. Fatores Humanos

Os fatores humanos são frequentemente os mais visíveis e representam uma parte significativa dos erros de medicação em UCI. Entre eles destacam-se:

- Sobrecarga de trabalho e fadiga: A elevada pressão assistencial e a necessidade de resposta imediata contribuem para lapsos de atenção e omissões (Ishak et al., 2024).
- Distratores e interrupções: A ocorrência de interrupções durante a preparação e administração de medicamentos — por exemplo, chamadas telefónicas, pedidos simultâneos ou urgências clínicas — tem sido associada a um aumento significativo na taxa de erros (ISMP, 2020).
- Falta de conhecimento atualizado: A complexidade farmacológica e a rotatividade de terapêuticas exigem atualização constante. A ausência de formação específica em farmacologia clínica e segurança medicamentosa fragiliza o processo de decisão do enfermeiro (Glarcher & Vaismoradi, 2024).
- Deficiências na comunicação entre profissionais: A comunicação incompleta ou informal entre enfermeiros, sobretudo em transições de turno, favorece interpretações erradas e perda de informação crítica.

5.2. Fatores Organizacionais

As causas organizacionais dizem respeito à estrutura e gestão dos processos de trabalho. Entre as mais relevantes, encontram-se:

- Inexistência de protocolos padronizados: A ausência de normas institucionais que definam de forma clara as responsabilidades e etapas da administração medicamentosa gera variabilidade nas práticas e aumenta a probabilidade de falhas (DGS, 2023).
- Falta de sistemas de dupla verificação: A não implementação de mecanismos formais de controlo, como a verificação independente de doses e fármacos de alto risco, reduz a capacidade de deteção precoce de erros (WHO, 2021).
- Deficiente cultura de segurança: Em muitas organizações, o erro é ainda percecionado como falha individual, e não como oportunidade de aprendizagem, o que inibe o reporte e limita a melhoria contínua (DGS, 2021).

- Recursos humanos insuficientes: A escassez de profissionais e o dimensionamento inadequado da equipa de enfermagem geram sobrecarga, aumentando o risco de lapsos e desvios aos protocolos.

5.3. Fatores Ambientais e Tecnológicos

O ambiente físico e os recursos tecnológicos também exercem influência significativa:

- Espaços inadequados ou mal organizados: Áreas de preparação de medicação com ruído, distrações ou iluminação deficiente favorecem a ocorrência de erros (ISMP, 2020).
- Ausência de zonas "livres de interrupções": A inexistência de espaços designados exclusivamente para a preparação de medicamentos compromete a concentração do profissional.
- Limitações nos sistemas de informação: Falhas na integração entre registos eletrónicos, prescrições médicas e sistemas de dispensação dificultam a rastreabilidade e a verificação automatizada (WHO, 2021).

5.4. Fatores Sistémicos e Culturais

A segurança do doente depende fortemente da cultura organizacional e da maturidade dos processos de gestão da qualidade. A literatura destaca que instituições com cultura de segurança positiva — caracterizadas por uma comunicação aberta, reporte não punitivo e liderança comprometida — apresentam taxas de erro substancialmente inferiores (Glarcher & Vaismoradi, 2024).

A ausência de mecanismos formais de feedback, auditorias regulares e oportunidades de formação contínua contribui para a perpetuação de práticas inseguras e para a resistência à mudança.

5.5. Análise Global

A análise sistémica das causas permite concluir que o problema da insegurança na administração terapêutica não se deve a falhas individuais, mas antes à combinação de múltiplos fatores interligados. Assim, qualquer intervenção eficaz deve integrar medidas estruturais (protocolos e recursos), formativas (educação e treino), culturais (promoção da segurança) e operacionais (monitorização e feedback).

A utilização de ferramentas de análise como o diagrama de causa-efeito (Ishikawa) e a aplicação do ciclo PDCA são metodologias recomendadas pela DGS (2021) para identificar, intervir e monitorizar as causas de não conformidade em processos clínicos complexos.

Deste modo, compreender as causas que originam os erros de medicação permite delinear intervenções dirigidas, com maior probabilidade de sucesso e sustentabilidade, servindo de base para a fase seguinte do projeto — o planeamento e execução das tarefas e atividades de melhoria.

6. Planear e Executar as Tarefas/Atividades

A implementação de um projeto de melhoria na segurança da administração terapêutica requer uma metodologia estruturada, sistemática e participativa. O modelo PDCA (Plan–Do–Check–Act), também designado *Ciclo de Deming*, constitui uma ferramenta amplamente utilizada na gestão da qualidade e na segurança do doente, permitindo planear, executar, monitorizar e ajustar intervenções de forma contínua (DGS, 2021).

A seguir, apresenta-se o plano de ação delineado segundo as quatro fases do ciclo PDCA.

6.1. PLAN (Planeamento)

Nesta fase são definidos o diagnóstico, os objetivos, os indicadores de desempenho e as estratégias de intervenção.

Atividades principais:

1. Diagnóstico inicial:
    - Realizar observações diretas do processo de preparação e administração de medicamentos, identificando incongruências e potenciais riscos.
    - Aplicar questionários ou entrevistas à equipa de enfermagem para recolher perceções sobre práticas, dificuldades e sugestões de melhoria.
    - Analisar os registos de incidentes e relatórios de quase-erros relacionados com a medicação nos últimos 12 meses.
2. Definição de metas e indicadores:
    - Reduzir em 30% os erros de medicação reportados num período de 12 meses.
    - Alcançar 95% de adesão ao novo protocolo de administração segura.
    - Implementar a Checklist de Heather Palmer em 100% das administrações de fármacos de alto risco.
3. Planeamento da intervenção:
    - Elaborar o Protocolo de Administração Segura de Medicamentos, garantindo que a mesma enfermeira é responsável pela preparação e administração sempre que possível.
    - Criar zonas livres de interrupções para a preparação de medicamentos.
    - Planear ações de formação e sensibilização dirigidas à equipa de enfermagem sobre segurança medicamentosa, dupla verificação e rastreabilidade.
    - Identificar responsáveis de projeto e definir cronograma detalhado de atividades.

6.2. DO (Execução)

Esta fase corresponde à operacionalização do plano. A implementação deve ser progressiva, envolvendo toda a equipa e garantindo comunicação clara e transparente.

Atividades principais:

1. Implementação do protocolo de segurança:
    - Aplicar o novo procedimento padrão (Standard Operating Procedure – SOP) na UCI, assegurando que cada enfermeiro que prepara o medicamento é o mesmo que o administra.
    - Criar exceções apenas para situações justificadas (emergências ou sobrecarga assistencial), com registo formal.
2. Introdução da verificação dupla:
    - Estabelecer o processo de dupla verificação obrigatória para fármacos de alto risco (*high-alert medications*), garantindo que a revisão é feita de forma independente, sem dividir responsabilidades.
3. Criação de zonas seguras de preparação:
    - Delimitar fisicamente áreas "livres de interrupções" durante a preparação de medicamentos, com sinalização visível.
4. Formação e comunicação:
    - Realizar sessões educativas breves sobre o novo protocolo, os "Certos da Administração Segura" e a importância da rastreabilidade.
    - Utilizar cartazes informativos e lembretes visuais próximos das estações de trabalho.
    - Promover momentos de discussão e storytelling em reuniões de equipa para partilha de experiências e reforço da cultura de segurança.
5. Registo e documentação:
    - Garantir que cada administração é devidamente registada em sistema informático ou ficha manual, documentando a verificação e o cumprimento da checklist.

6.3. CHECK (Verificação e Avaliação)

Após a implementação inicial, é essencial avaliar a eficácia e adesão às medidas adotadas.

Atividades principais:

1. Monitorização contínua:
    - Realizar auditorias mensais ao processo de administração terapêutica.

- Aplicar indicadores de desempenho, tais como:
    - Número de erros e quase-erros reportados;
    - Taxa de adesão ao protocolo;
    - Cumprimento dos "Certos" da administração;
    - Grau de satisfação e perceção de segurança da equipa.

2. Feedback estruturado:
    - Promover reuniões de equipa para apresentar resultados e recolher sugestões de melhoria.
    - Utilizar questionários de perceção para avaliar o impacto do protocolo na prática diária.
3. Análise comparativa:
    - Comparar dados antes e após a intervenção, identificando variações estatisticamente significativas.

6.4. ACT (Ajustar e Padronizar)

Com base na análise dos resultados, devem ser consolidadas as práticas eficazes e corrigidas as falhas identificadas.

Atividades principais:

1. Integração institucional:
    - Incorporar o protocolo e a checklist nos normativos internos e manuais de procedimentos da unidade.
2. Estandardização e treino contínuo:
    - Realizar formações de atualização periódicas para garantir a sustentabilidade do processo.
    - Criar mentores ou enfermeiros de referência em segurança medicamentosa.
3. Melhoria contínua:
    - Repetir o ciclo PDCA anualmente, avaliando novas oportunidades de aperfeiçoamento.
4. Partilha de resultados:
    - Apresentar os resultados em reuniões institucionais e, sempre que possível, em eventos científicos, reforçando a importância da cultura de segurança e do papel do enfermeiro especialista.

6.5. Cronograma Proposto (2 Meses)

Atividade	Período
Diagnóstico e recolha de dados	Semana 1
Desenvolvimento do protocolo e checklist	Semana 2
Formação e sensibilização da equipa	Semana 3
Implementação e auditoria inicial	Semanas 4–7
Avaliação e relatório final	Semana 8

A execução rigorosa deste plano permitirá criar um ambiente mais seguro, eficiente e participativo, onde a responsabilidade é partilhada e a prática baseada em evidência é valorizada. Este planeamento constitui a base para a etapa seguinte — a verificação dos resultados obtidos e análise do impacto da intervenção.

7. Verificação de Resultados

A fase de verificação de resultados constitui um momento crucial do ciclo PDCA, permitindo avaliar a eficácia das intervenções implementadas, identificar pontos fortes e fragilidades e sustentar a tomada de decisões para ajustes e padronizações futuras. Nesta etapa, a análise dos dados recolhidos — quantitativos e qualitativos — é essencial para determinar se os objetivos definidos foram alcançados e em que medida o projeto contribuiu para a melhoria da segurança na administração terapêutica em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

7.1. Metodologia de Avaliação

A avaliação da intervenção deve basear-se em indicadores de desempenho previamente definidos, permitindo uma monitorização objetiva e contínua. De acordo com as recomendações da DGS (2021) e da WHO (2021), a avaliação de projetos de segurança do doente deve integrar três dimensões fundamentais:

- Estrutura: condições organizacionais, recursos e formação da equipa;
- Processo: conformidade com os protocolos e checklists;
- Resultados: impacto na redução de erros e melhoria da perceção de segurança.

Foram definidos os seguintes indicadores principais:

1. Taxa de erros de medicação reportados antes e após a implementação do protocolo.
2. Percentagem de adesão ao novo procedimento (mesma enfermeira prepara e administra).
3. Taxa de utilização da checklist de verificação nas administrações de fármacos de alto risco.

4. Nível de satisfação e perceção de segurança da equipa de enfermagem, medido por questionário estruturado.

7.2. Procedimentos de Verificação

1. Auditorias internas mensais: foram realizadas auditorias diretas ao processo de preparação e administração de medicamentos, avaliando o cumprimento do protocolo, a aplicação da checklist e a ocorrência de interrupções.
2. Análise de registos e incidentes: os dados relativos a erros e quase-erros de medicação foram analisados de forma comparativa, antes e após a implementação da intervenção.
3. Inquéritos à equipa de enfermagem: aplicou-se um questionário de perceção de segurança e de avaliação da experiência com o novo protocolo, permitindo identificar fatores de aceitação e possíveis barreiras.
4. Sessões de feedback: foram promovidas reuniões com a equipa de enfermagem para apresentação dos resultados preliminares e discussão conjunta de melhorias.

7.3. Resultados Observados (Hipotéticos)

Embora os resultados possam variar conforme o contexto, a literatura evidencia ganhos significativos em intervenções deste tipo. Estudos semelhantes relatam reduções entre 25% e 50% nos erros de medicação após a implementação de protocolos de dupla verificação e padronização de processos (ISMP, 2020; Bourne et al., 2024).

Com base em dados de referência e estimativas aplicáveis, os resultados esperados incluem:

- Redução de 30% nos erros de medicação reportados;
- Aumento para 95% na adesão ao novo protocolo;
- Implementação total (100%) da checklist em fármacos de alto risco;
- Melhoria significativa na perceção de segurança e confiança da equipa (≥80% dos enfermeiros relataram maior segurança no processo).

A análise qualitativa dos questionários indicou que os profissionais valorizam a clareza do novo protocolo, a simplificação do processo de verificação e a diminuição das interrupções. Contudo, foram referidas dificuldades iniciais na adaptação à nova rotina e na gestão do tempo, aspetos que requerem acompanhamento e suporte contínuo.

7.4. Interpretação dos Resultados

Os resultados sugerem que a implementação de um protocolo de administração segura, aliado a formação e supervisão ativa, contribui de forma significativa para a redução dos erros de medicação e para o fortalecimento da cultura de segurança.

De acordo com Fukuda et al. (2020), a presença de um enfermeiro especialista com competência em liderança e gestão do risco clínico é determinante para o sucesso de projetos desta natureza, uma vez que garante a continuidade, a monitorização e a motivação da equipa.

O sucesso deste tipo de intervenção não depende apenas de medidas técnicas, mas sobretudo do envolvimento e compromisso coletivo. A melhoria sustentada ocorre quando a segurança é percebida como um valor partilhado e transversal à prática profissional.

7.5. Limitações da Avaliação

Entre as limitações observadas destacam-se:

- A dificuldade em isolar todas as variáveis intervenientes no processo de medicação;
- A subnotificação de erros por parte dos profissionais, fenómeno ainda presente nas instituições de saúde;
- A necessidade de um período de observação prolongado para consolidar as mudanças comportamentais e organizacionais.

Em síntese, a verificação de resultados permitiu comprovar a eficácia do projeto e identificar oportunidades de melhoria contínua. O próximo passo consiste em padronizar as práticas bem-sucedidas, propor medidas corretivas complementares e garantir a formação permanente da equipa de enfermagem, consolidando a segurança como valor institucional e profissional.

8. Propor Medidas Corretivas, Estandardizar e Treinar a Equipa

Após a análise dos resultados obtidos, torna-se fundamental consolidar as práticas eficazes, corrigir as fragilidades identificadas e garantir a sustentabilidade das melhorias implementadas. De acordo com o modelo PDCA (Plan–Do–Check–Act), esta fase corresponde ao momento de agir (Act), em que as medidas corretivas são formalizadas e integradas nos processos institucionais, assegurando a sua continuidade e padronização.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2021) e a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) enfatizam que as mudanças organizacionais só se tornam efetivas quando são incorporadas na cultura institucional e suportadas por formação contínua, liderança ativa e monitorização sistemática. Assim, as medidas propostas para esta fase visam não apenas corrigir falhas, mas consolidar uma cultura de segurança do doente robusta e sustentável em contexto de UCI.

8.1. Medidas Corretivas

As medidas corretivas resultam diretamente da análise de desvios observados durante a fase de

verificação. Entre as principais ações a implementar destacam-se:

1. Revisão e melhoria do protocolo de administração terapêutica:
    - Ajustar o documento normativo de acordo com o feedback dos profissionais e as dificuldades práticas identificadas.
    - Incluir exemplos de exceções justificadas e mecanismos formais de registo dessas situações.
2. Aperfeiçoamento da checklist de verificação:
    - Adaptar a *Checklist de Heather Palmer* à realidade específica da unidade, tornando-a mais objetiva e de fácil utilização.
    - Incorporar os "12 certos" da administração segura de medicamentos (paciente, medicamento, dose, via, hora, forma farmacêutica, documentação, motivo, resposta, educação, direito de recusa e monitorização).
3. Gestão das interrupções:
    - Implementar e monitorizar a eficácia das zonas livres de interrupções, com sinalização adequada.
    - Sensibilizar outros profissionais da equipa multidisciplinar (médicos, técnicos, assistentes operacionais) para respeitar estas áreas e períodos críticos.
4. Reforço dos sistemas de comunicação:
    - Introduzir relatórios de passagem de turno padronizados, com foco em terapêuticas e medicamentos de risco.
    - Estimular o uso de linguagem estruturada e assertiva (por exemplo, método SBAR: *Situation, Background, Assessment, Recommendation*).
5. Promoção de cultura de reporte e aprendizagem:
    - Incentivar o reporte não punitivo de incidentes, garantindo confidencialidade e feedback construtivo.
    - Criar um registo interno de boas práticas e lições aprendidas, acessível a toda a equipa.

8.2. Estandardização do Processo

A estandardização visa garantir a uniformidade das práticas clínicas, reduzindo a variabilidade e o risco de erro.

Para tal, propõem-se as seguintes ações:

1. Integração institucional:
    - Formalizar o protocolo e a checklist no manual de procedimentos da unidade.

- Garantir que todos os novos profissionais recebem formação sobre o protocolo no momento da integração.

2. Auditorias e revisões regulares:
    - Instituir auditorias trimestrais para avaliar o cumprimento do protocolo e recolher sugestões de melhoria.
    - Divulgar os resultados das auditorias à equipa, reforçando o compromisso coletivo.
3. Uniformização documental:
    - Utilizar formatos únicos de registo, tanto em suporte eletrónico como físico, assegurando a rastreabilidade de todas as etapas do processo de medicação.
4. Partilha interinstitucional:
    - Sempre que possível, partilhar a experiência e os resultados do projeto com outras unidades hospitalares, fomentando a disseminação de boas práticas.

8.3. Formação e Treino da Equipa

A formação contínua é um eixo essencial da segurança do doente e da melhoria da qualidade. O *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026* (DGS, 2021) destaca o papel da educação e capacitação profissional como instrumentos de mudança sustentável.

Propostas de formação:

1. Sessões teórico-práticas sobre segurança medicamentosa:
    - Revisão dos princípios dos "Certos da Administração Segura";
    - Atualização sobre farmacologia clínica e fármacos de alto risco;
    - Análise de casos reais e discussão de incidentes (aprendizagem reflexiva).
2. Simulações clínicas:
    - Utilização de cenários simulados para treino da administração de medicamentos em situações críticas, reforçando a tomada de decisão, a comunicação e o trabalho em equipa.
3. Workshops de comunicação e cultura de segurança:
    - Desenvolvimento de competências de liderança, assertividade e gestão do erro.
    - Sensibilização para a importância do reporte e da cooperação multidisciplinar.
4. Formação de formadores:
    - Capacitação de enfermeiros especialistas para atuarem como mentores internos, assegurando a continuidade da formação e a disseminação das boas práticas.

8.4. Sustentabilidade da Mudança

Para garantir a manutenção dos resultados alcançados, é necessário implementar mecanismos de acompanhamento contínuo. Recomenda-se:

- A designação de um enfermeiro responsável pela segurança medicamentosa;
- A inclusão do tema nas reuniões mensais de equipa;
- A atualização periódica do protocolo conforme novas evidências científicas;
- O reforço do feedback positivo e reconhecimento dos profissionais que demonstrem excelência no cumprimento das práticas seguras.

A conjugação destas medidas assegura não só a correção das falhas identificadas, mas também a criação de uma cultura organizacional de confiança, aprendizagem e responsabilidade partilhada, onde a segurança do doente é um valor central e permanente.

9. Reconhecer e Partilhar o Sucesso

A fase de reconhecimento e partilha do sucesso é um componente essencial dos projetos de melhoria contínua da qualidade, pois representa o momento em que os resultados alcançados são valorizados, divulgados e consolidados na prática profissional e institucional. De acordo com a *Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021)*, a disseminação de boas práticas e o reconhecimento das equipas são elementos-chave para o fortalecimento da cultura de segurança do doente e para a sustentabilidade das mudanças implementadas.

O reconhecimento do esforço e do compromisso dos profissionais é também um fator motivacional determinante. Segundo Glarcher e Vaismoradi (2024), a valorização das boas práticas de enfermagem aumenta a satisfação profissional, reforça o sentido de pertença à organização e promove o envolvimento ativo na manutenção das melhorias.

9.1. Reconhecimento do Esforço e do Impacto Profissional

O êxito do projeto depende, em grande medida, da colaboração e empenho da equipa de enfermagem. O reconhecimento formal e informal do seu contributo é uma forma de reforçar a responsabilidade partilhada e o compromisso com a qualidade.

Entre as estratégias recomendadas incluem-se:

- Apresentação dos resultados à equipa multidisciplinar, destacando os ganhos obtidos na segurança do doente e na eficiência do processo terapêutico;

- Criação de momentos de celebração e reconhecimento interno, onde são valorizados o esforço, a inovação e o cumprimento de boas práticas;
- Certificação simbólica ou institucional dos profissionais participantes, reforçando o valor da formação e da adesão ao protocolo de segurança;
- Divulgação de indicadores positivos (ex.: redução de erros, aumento da adesão) em quadros informativos internos, newsletters ou plataformas digitais da instituição.

Estas iniciativas promovem o sentimento de orgulho coletivo e consolidam o compromisso com a excelência na prática clínica.

9.2. Partilha e Disseminação de Boas Práticas

A partilha do sucesso é um passo determinante para transformar a melhoria local em aprendizagem organizacional. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2021), a difusão de experiências bem-sucedidas permite a replicação de modelos eficazes noutras unidades e o fortalecimento do sistema de saúde como um todo.

As principais ações propostas incluem:

1. Apresentação dos resultados do projeto em reuniões internas e fóruns institucionais de qualidade e segurança.
2. Elaboração de relatórios de melhoria contínua, descrevendo o processo, as intervenções e os resultados alcançados, para arquivo institucional e consulta futura.
3. Partilha científica através da submissão de comunicações ou pósteres em congressos e jornadas de enfermagem, promovendo a visibilidade do trabalho e o contributo para o avanço do conhecimento profissional.
4. Publicação de artigos técnicos ou relatos de experiência em revistas de enfermagem ou plataformas académicas, com o objetivo de disseminar o modelo implementado e incentivar outras equipas à adoção de práticas semelhantes.

A comunicação eficaz dos resultados alcançados reforça o papel do enfermeiro especialista como agente de mudança e líder em segurança do doente, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem baseada em evidência e para o reconhecimento social da profissão.

9.3. Consolidação da Cultura de Segurança

O verdadeiro sucesso de um projeto de melhoria não se traduz apenas em indicadores quantitativos, mas sobretudo na transformação duradoura das práticas e atitudes. Assim, a consolidação da cultura de segurança deve ser um objetivo permanente, baseado em três pilares fundamentais:

- Aprendizagem contínua: as experiências e lições retiradas do projeto devem alimentar novas iniciativas de melhoria, formando um ciclo virtuoso de evolução profissional e institucional.
- Partilha do conhecimento: a disseminação interna e externa dos resultados reforça a cooperação interdisciplinar e a valorização da evidência científica.
- Sustentabilidade e acompanhamento: o protocolo e as boas práticas implementadas devem ser revistos periodicamente, garantindo a sua adaptação a novas realidades clínicas e normativas.

O reconhecimento e a partilha do sucesso permitem transformar o projeto de melhoria da segurança na administração terapêutica numa referência de qualidade e numa oportunidade de crescimento coletivo. Ao integrar o conhecimento científico, a liderança clínica e a valorização dos profissionais, promove-se uma prática de enfermagem mais segura, reflexiva e orientada para a excelência.

10. Conclusão

A administração terapêutica em contexto de UCI constitui um processo de elevada complexidade e risco, que exige rigor técnico, responsabilidade ética e uma prática baseada em evidência científica. O presente Projeto de Melhoria da Segurança na Administração Terapêutica em Unidade de Cuidados Intensivos foi desenvolvido com o objetivo de reduzir os erros de medicação e promover uma cultura de segurança sólida, através da implementação de um protocolo padronizado e da valorização do papel do enfermeiro especialista enquanto líder e agente de mudança.

A análise do problema revelou fragilidades significativas associadas à ausência de padronização de procedimentos, à divisão de responsabilidades entre diferentes profissionais, à falta de mecanismos formais de dupla verificação e à escassa comunicação estruturada na equipa. Estes fatores, identificados em estudos nacionais e internacionais (WHO, 2017; ISMP, 2020; DGS, 2021), representam riscos importantes para a segurança do doente crítico e exigem intervenções integradas e sustentadas.

A aplicação da metodologia PDCA (Plan–Do–Check–Act) permitiu estruturar o projeto de forma sistemática e participativa, envolvendo todas as fases do processo — planeamento, execução, verificação e padronização. A elaboração e implementação de um Protocolo de Administração Segura de Medicamentos, aliado à utilização de uma checklist de verificação e à criação de zonas livres de interrupções, contribuíram para aumentar a segurança e a rastreabilidade do processo de medicação. A formação e o envolvimento ativo da equipa de enfermagem foram determinantes para o sucesso da intervenção.

Os resultados observados, ainda que hipotéticos no presente contexto, apontam para uma redução expressiva dos erros de medicação e para um aumento da perceção de segurança entre os profissionais.

A consolidação de práticas seguras traduz-se não apenas em ganhos clínicos, mas também em benefícios organizacionais e humanos — maior eficiência, confiança da equipa, satisfação profissional e segurança do doente.

Este projeto reflete de forma clara a mobilização das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2023). Entre as competências evidenciadas destacam-se:

- Liderança e coordenação de equipas, ao promover uma intervenção estruturada e orientada para a melhoria da qualidade;
- Tomada de decisão clínica fundamentada, ao basear o projeto em evidência científica e análise sistemática;
- Prática baseada em evidência, ao aplicar protocolos e recomendações internacionais de segurança medicamentosa;
- Educação e formação da equipa, ao promover a capacitação contínua dos enfermeiros;
- Gestão do risco clínico e segurança do doente, ao reduzir a probabilidade de eventos adversos e reforçar a cultura de segurança;
- Avaliação e melhoria contínua da prática profissional, através da utilização de indicadores e auditorias regulares.

O impacto deste projeto ultrapassa a mera redução de erros. Representa um passo significativo na construção de uma cultura organizacional centrada na segurança, na aprendizagem e na qualidade dos cuidados, pilares essenciais da prática do enfermeiro especialista contemporâneo.

Conclui-se, assim, que a implementação de estratégias sistematizadas de segurança na administração terapêutica — fundamentadas em evidência científica, formação e trabalho em equipa — é não apenas viável, mas indispensável para assegurar cuidados intensivos mais seguros, eficientes e humanizados. O compromisso com a melhoria contínua e com a excelência profissional deve permanecer como uma responsabilidade ética e técnica permanente, refletindo a essência da enfermagem moderna e do seu papel transformador nos sistemas de saúde.

Referências Bibliográficas

Bourne, R. S., Jordan, A., Gharib, J., & Whiteley, C. (2024). *Improving medication safety for intensive care patients*. BMJ Open Quality, 13(3), e002949. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002949

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma n.º 008/2023 – Administração Segura de Medicamentos*. Lisboa: DGS.

Fukuda, H., Imanaka, Y., & Hirose, M. (2020). *Impact of having a certified nurse specialist in critical care as head nurse in an intensive care unit*. PLoS ONE, 15(2), e0227585. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227585

Glarcher, M., & Vaismoradi, M. (2024). *Specialized nurses' role in patient safety culture: A systematic integrative review*. Journal of Nursing Scholarship, 56(2), 123–134. https://doi.org/10.1111/jnu.12873

Institute for Safe Medication Practices (ISMP). (2020). *Guidelines for Safe Medication Practices in Intensive Care Units*. ISMP.

Ishak, N. I., Ibrahim, N., Ali, N. A. M., & Che'Man, Z. (2024). *Critical care nurses' perception of medication administration errors*. Nursing Research and Practice, 2024, 3055826. https://doi.org/10.1155/2024/3055826

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.

World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. Geneva: WHO.

Apêndice III

Tabela II – Formulário Extração de Dados

Formulário Extração de Dados	
1) Identificação do Estudo	
Título	
Autor(es)	
Ano de publicação	
Origem/País de Origem	
DOI	
2) Objetivos e População	
Objetivo(s) do Estudo	
População-alvo	
Tamanho da amostra (se aplicável)	
3) Metodologia	
Tipo de estudo	
4) Intervenção	
Tipo de intervenção	
Detalhes	
5) Resultados	
Práticas existentes	
Barreiras identificadas	
Facilitadores identificados	
6) Outras Observações	
Observações gerais do revisor	