

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação com a família da pessoa em situação crítica

Nuno Manuel Fontes da Fonseca

**Conducente ao Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Vila Nova de Famalicão, 6 de março de 2026

Nuno Manuel Fontes da Fonseca

**Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a
comunicação com a família da pessoa em situação crítica**

Trabalho realizado sob a orientação de

Professora Doutora Isabel Maria Batista de Araújo

**Conducente ao Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área
de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros/as autores/as foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Araújo, pela orientação científica, disponibilidade constante, rigor académico e incentivo permanente ao longo de todo este percurso. O seu contributo foi fundamental para a concretização do presente relatório e para o meu crescimento profissional e pessoal.

Estendo o meu sincero reconhecimento a todos os docentes que lecionaram o Mestrado, pela excelência do ensino, partilha de saberes e estímulo ao pensamento crítico, que marcaram de forma significativa esta etapa formativa.

Agradeço profundamente a todos os supervisores e enfermeiros dos três locais de estágio pela oportunidade de aprendizagem que me proporcionaram, conhecimentos e experiências que partilharam. A vossa dedicação, exemplo e acompanhamento contribuíram decisivamente para o desenvolvimento das minhas competências clínicas e humanas.

Aos meus colegas de curso, expresso gratidão pela partilha de experiências, apoio mútuo e companheirismo demonstrado ao longo deste percurso desafiante.

Agradeço, com especial carinho, à minha família, pela presença constante, compreensão e incentivo incondicional, pilares essenciais na superação de cada etapa.

Por fim, dirijo um agradecimento muito especial à minha esposa, Soraya Maugi, e aos nossos filhos, pelo amor, paciência, sacrifícios partilhados e força que me deram em todos os momentos. Este trabalho é, também, vosso.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENPN) insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do plano de estudos da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA), e visa descrever e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos de estágio, bem como apresentar os resultados de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). O estágio de natureza profissional (ENP) decorreu em três contextos diferenciados de cuidados, nomeadamente no Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos e Serviço de Medicina Intensiva, proporcionando a consolidação de competências técnicas, científicas e relacionais, conforme os referenciais normativos do Enfermeiro Especialista (EE), definidos no Regulamento n.º 140/2019, e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC (EEEMC-PSC), segundo o Regulamento n.º 429/2018.

A RIL teve como objetivo sintetizar a evidência científica recente relativa às estratégias comunicacionais adotadas pelos enfermeiros com vista à otimização da comunicação com a família da PSC. A metodologia utilizada seguiu as orientações de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Os resultados dos estudos evidenciam que a comunicação eficaz com a família da PSC assenta num equilíbrio entre estratégias estruturadas (protocolos formais, modelos estruturados de comunicação clínica), estratégias relacionais (centradas na empatia, escuta ativa, apoio emocional) e estratégias de natureza organizacional, nomeadamente na formação contínua dos profissionais de saúde e na existência de um suporte institucional consistente, enquanto pilares fundamentais de uma prática comunicacional eficaz e humanizada.

Conclui-se que a comunicação centrada na família representa um eixo fundamental da prática especializada, contribuindo para a humanização, qualidade e segurança dos cuidados à PSC.

Palavras-Chave: Estratégias de Comunicação; Comunicação; Família; Enfermeiro; Pessoa em Situação Crítica.

ABSTRACT

This Professional Nature Internship Report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, with a Specialization in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition, within the study plan of the Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, it aims to describe and critically reflect on the training journey developed in different internship settings, as well as to present the results of an Integrative Literature Review. The professional internship took place in three distinct care settings: the Emergency Department, the Intermediate Cardiac Care Unit, and the Intensive Care Unit, these experiences enabled the consolidation of technical, scientific, and relational skills, in accordance with the regulatory frameworks of the Specialist Nurse (Reg. No. 140/2019) and the Specialist Nurse in EMC-PSC (Reg. Nº. 429/2018).

The Integrative Literature Review aimed to synthesize recent scientific evidence regarding the communication strategies adopted by nurses to optimize communication with the family of the person in critical condition. The methodology used followed the guidelines of Mendes, Silveira, and Galvão (2008).

The results of the studies show that effective communication with the person in critical condition family relies on a balance between structured strategies (formal protocols, structured clinical communication models), relational strategies (focused on empathy, active listening, emotional support), and organizational strategies, such as the continuous training of healthcare professionals and the existence of consistent institutional support. These are fundamental pillars of effective and humanized communication practices.

It is concluded that family-centered communication is a core component of specialized nursing practice, contributing to the humanization, quality, and safety of care provided to critically ill individuals.

Keywords: Communication Strategies; Communication; Family; Nurse; Critically Ill Person.

ABREVIATURAS / SIGLAS

ABCDE - Via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica, Exposição

APA - *American Psychological Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BDEnf. - Base de Dados de enfermagem

BO - Bloco Operatório

BPS - *Behavioral Pain Scale*

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit*

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

COVID-19 - Doença por Coronavírus 19

CV - Cateter Vesical

CVC - Cateter Vascular Central

DCV - Doenças Cardiovasculares

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

DOI - *Digital Object Identifier*

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - PSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSVA - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Et al. - E colaboradores

FCG - Fundação *Calouste Gulbenkian*

h - Hora

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSN - Instituto Politécnico de Saúde do Norte

ISBAR - *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations*

JB I - *Joanna Briggs Institute*

LH - Laboratório de Hemodinâmica

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LP - Laboratório de *Pacing*

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

Mesh - *Medical Subject Headings*

MS - Ministério da Saúde

n.º - Número

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

pp. - Páginas

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PAPA - Programa de Apoio à Prescrição Antibiótico

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PBE - Prática Baseada na Evidência

PICO - *Population, Intervention, Comparison, Outcome (s)*

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

PQCEPSC - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*

RAM - Resistência aos Antibióticos

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RENP - Relatório de Estágio de Natureza Profissional

RT – Responsável de Turno

SE - Sala Emergência

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SMS - *Short Message Service* – Serviço de Mensagens Curtas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SC - Serviço de Cardiologia

SCCM - *Society of Critical Care Medicine*

SU - Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAS - Técnico Auxiliar de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados intermédios Cardíacos

UCISU - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

UDC - Unidade de Decisão Clínica

ULS - Unidade Local de Saúde

ULSB - Unidade Local de Saúde de Braga

VBHC - *Value Based Health Care*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance (traduzido)22

Figura 2. Fluxograma de seleção dos estudos que integram a revisão integrativa da literatura 70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Síntese da evidência científica dos estudos incluídos da RIL.....	71
Quadro 2. Avaliação dos estudos incluídos na RIL.....	77

ÍNDICE GERAL

Declaração de Integridade	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Abreviaturas / Siglas	vii
Índice de Figuras.....	xi
Índice de Quadros.....	xii
Índice Geral	xiii
Introdução	16
Parte I – O Caminho Percorrido Para o Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica	20
1. A Teoria das Transições e o Cuidado à Pessoa em Situação Crítica	21
2. Contextualização do Contexto Clínico	28
2.1 Serviço de urgência polivalente.....	28
2.2 Unidade de cuidados intermédios cardíacos.....	30
2.3 Unidade de cuidados intensivos polivalente	33
3. Pressupostos Teóricos Orientadores do Desenvolvimento de Competências Gerais do Enfermeiro Especialista.....	38
3.1 Os domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas	38
3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	39
3.1.2 Domínio da gestão de cuidados.....	42
3.1.3 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	44
3.1.4 Domínio da melhoria contínua da qualidade	47
4. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: Das Atividades Desenvolvidas às Competências Específicas Adquiridas.....	51

4.1 Cuidar a pessoa, a família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica.....	51
4.2 Dinamização de respostas em emergências, exceção e catástrofe	54
4.3 Prevenção e intervenção de controlo de infeção e resistência a antimicrobianos na pessoa em situação crítica e falência orgânica	57
4.4 Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.....	59
Parte II – Prática Baseada na Evidência	61
1. Revisão Integrativa da Literatura: Estratégias Utilizadas Pelos Enfermeiros Para Otimizar a Comunicação Com a Família da Pessoa em Situação Crítica.....	62
2. Seleção da Temática: Comunicação Com a Família	64
2.1 Método	66
2.2 Resultados	80
2.3 Discussão	81
2.4 Conclusão	83
3. Contributo do Trabalho de Investigação para o Desenvolvimento das Competências Associadas ao Grau de Mestre	85
Conclusão	87
Referências Bibliográficas	89
Anexos	99
Anexo I - Escala Nursing Activities Score (NAS)	100
Anexo II - Metodologia ISBAR.....	103
Anexo III - Auditoria à operacionalidade do carro de emergência	104
Anexo IV - Escala comportamental da dor (<i>Behavioral Pain Scale - BPS</i>)	105
Anexo V - Escala de agitação-sedação de richmond (<i>Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS</i>)	106
Anexo VI - Folha de catástrofe - exemplo do registo de admissão no posto triagem	107

Apêndices	108
Apêndice I – Projeto de Melhoria (1) Serviço Urgência - ULS.....	109
Apêndice II – Projeto de Melhoria (2) Serviço Urgência - ULS	113
Apêndice III – Projeto de Melhoria (3) Serviço UCIC - ULS.....	117

INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização da pessoa em situação crítica (PSC) representa um dos momentos mais exigentes e de maior vulnerabilidade no ciclo saúde/doença, não apenas para a pessoa, mas também para a sua família. A gravidade clínica, a instabilidade do estado de saúde, a dependência de tecnologias avançadas e a necessidade de vigilância contínua geram profundas alterações na dinâmica familiar, exigindo uma reorganização de papéis, funções e rotinas. Esta crise acidental é frequentemente acompanhada por sentimentos negativos como ansiedade, medo e incerteza (Yoo, Lim & Shim, 2020; Reifarth et al., 2023).

O ambiente hospitalar, marcado por elevada tecnicidade e restrições ao contacto familiar, intensifica o distanciamento entre a PSC e os seus familiares, agravando o sofrimento emocional. Esta experiência, torna-se ainda mais difícil quando a comunicação com os profissionais de saúde é escassa ou ineficaz (Kentish-Barnes et al., 2019).

A literatura recente evidência que a presença e o envolvimento da família no cuidado à PSC têm efeitos benéficos, nomeadamente ao nível do conforto, estabilidade emocional e recuperação. A família deve ser reconhecida como parceira ativa nos cuidados, necessitando de acompanhamento, informação clara e suporte emocional (Davidson et al., 2017; Karnatovskaia et al., 2023). Neste âmbito, vários estudos destacam que uma comunicação contínua, estruturada e centrada nas necessidades familiares, favorece a confiança, reduz sentimentos de ansiedade, medo e incerteza e reforça a participação no processo terapêutico (Reifarth et al., 2023; Reifarth et al., 2024; Jones, 2023; Sá & Henriques, 2021; Yoo, Lim & Shim, 2020).

A comunicação estruturada, transparente e contínua revela-se, assim, essencial para promover a humanização dos cuidados e a participação ativa da família, em consonância com os princípios definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017a), pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) e pelas orientações nacionais no âmbito da segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021; MS, 2021).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC) destaca-se pela sua responsabilidade de cuidar simultaneamente da pessoa e da sua família, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). Esta responsabilidade inclui identificar necessidades específicas, prestar apoio emocional e implementar estratégias comunicacionais que promovam a adaptação familiar à situação crítica. O Regulamento n.º 140/2019 reforça esta missão ao destacar a gestão

de cuidados, a melhoria contínua da qualidade e o compromisso ético-profissional como eixos da prática especializada (OE, 2019a).

A comunicação, neste contexto, assume um papel central, influenciando diretamente a confiança, o envolvimento da família e a continuidade dos cuidados. A utilização de uma linguagem clara, adaptada e relacional é fundamental para garantir a participação da família e promover a humanização dos cuidados (Sá & Henriques, 2021; Yoo et al., 2020).

As mudanças vividas, no decurso da hospitalização da PSC, configuram processos de transição marcados por instabilidade e necessidade de ajustamento e adaptação, não apenas da pessoa, como da sua família. A Teoria das Transições de Meleis et al. (2000) constitui o referencial teórico adotado neste trabalho, permitindo compreender as vivências familiares como processos dinâmicos, nos quais o enfermeiro atua como facilitador de respostas adaptativas, onde se destaca a comunicação.

Apesar da centralidade atribuída à comunicação, persistem ainda, barreiras significativas, como a sobrecarga laboral, a limitação de tempo e a inexistência de protocolos estruturados, que comprometem a qualidade da interação com a família e, por consequência, a segurança e a eficácia dos cuidados prestados (Reifarth et al., 2023; Jones, 2023).

A escolha deste tema decorre de inquietações pessoais e profissionais vivenciadas ao longo da prática clínica, em contextos direcionados à PSC e respetivas famílias, onde frequentemente se observam dificuldades em estabelecer uma comunicação eficaz. Esta realidade motivou o interesse em aprofundar o estudo sobre estratégias comunicacionais que contribuam para melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a família da PSC, otimizando a humanização dos cuidados e reforçando o papel do enfermeiro como facilitador da adaptação familiar.

Neste contexto, o presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENP) integra-se no Estágio de Natureza Profissional (ENP) do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – na área de especialização à PSC, do Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (IPSN-ESSVA), 1.ª edição, desenvolvido no ano letivo de 2023/2025. O ENP decorreu no período compreendido entre 25 de novembro de 2024 e 23 de maio de 2025, contabilizando um total de 750 horas de prática em ambiente de trabalho, distribuídas pelo Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intermédios Coronários (UCIC) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Estes diferentes contextos proporcionaram o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e investigativas, com destaque para a comunicação como dimensão central do cuidar

O presente RENP estrutura-se em duas partes complementares e interdependentes. A Parte I, intitulada, caminho percorrido para o desenvolvimento de competências do EEEMC-PSC, apresenta uma reflexão crítica e fundamentada sobre o percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos clínicos de estágio. Esta parte encontra-se organizada em quatro capítulos interdependentes: o primeiro aborda o enquadramento teórico sustentado na Teoria das Transições de Meleis e a sua aplicabilidade no cuidado à PSC; o segundo caracteriza os contextos clínicos onde decorreram os estágios, salientando as especificidades organizacionais e assistenciais de cada serviço; o terceiro descreve e reflete desenvolvimento das competências gerais do enfermeiro especialista (EE), conforme os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros; e o quarto capítulo reporta as atividades desenvolvidas e as competências específicas adquiridas, destacando a articulação entre o saber teórico, a prática clínica e a reflexão ética que sustentam a excelência do cuidar especializado.

A Parte II, intitulada Prática Baseada na Evidência (PBE), apresenta o percurso investigativo que teve como finalidade a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação com a família da PSC. Esta parte estrutura-se em três secções. Descreve de forma sistemática o processo metodológico da RIL, desde a formulação da questão de investigação até à análise e síntese da evidência científica evidenciando a relevância da comunicação no contexto dos cuidados à PSC. O RENP termina com uma reflexão sobre o contributo do trabalho de investigação para o desenvolvimento das competências associadas ao grau de mestre, destacando a integração entre a prática clínica, a investigação e o pensamento crítico-reflexivo que sustentam o exercício especializado em enfermagem.

O presente RENP pretende, assim, ser uma exposição crítica e fundamentada das aprendizagens, reflexões e atividades realizadas ao longo do ENP, constituindo paralelamente, uma oportunidade de aprofundamento científico acerca das estratégias de comunicação adotadas pelos enfermeiros com vista a otimizar a comunicação com a família da PSC.

A elaboração do relatório seguiu uma metodologia descritiva, reflexiva e baseada na evidência, sustentada nos referenciais teóricos, normativos e éticos da prática especializada em EMC. As estratégias metodológicas utilizadas incluíram a análise documental dos referenciais legais e regulamentares da OE, a consulta e sistematização de literatura científica atualizada em bases de dados, e a reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas durante os diferentes contextos de estágio. O processo de redação obedeceu aos princípios da integridade científica e à estrutura

normativa definida pela ESSVA. O relatório foi redigido segundo as normas de formatação e citação da *American Psychological Association* (APA, 7.ª edição), assegurando o rigor académico e a uniformidade das referências bibliográficas.

**PARTE I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, emerge como um referencial teórico essencial na compreensão dos processos de mudança vivenciados por pessoas, famílias e comunidades ao longo da vida. Fundamentada na ideia de que as transições representam períodos de adaptação e reorganização, essa teoria oferece uma abordagem holística para analisar como eventos ou mudanças, sejam eles previsíveis ou inesperados, afetam a saúde e o bem-estar das pessoas. No contexto da enfermagem, a Teoria das Transições proporciona um quadro valioso para orientar intervenções que promovam a adaptação e recuperação, reconhecendo a singularidade de cada pessoa.

Qualquer pessoa, singular ou inserida numa comunidade experiencia diferentes fases de transição ao longo da sua vida. Uma transição pode ser definida como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro, (...) referindo-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente (Meleis & Trangenstein, 1994).

As transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, resultantes de vários fatores; condições pessoais e ambientais; expectativas e percepções das pessoas; pelos significados atribuídos a essas experiências; conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como, pelo impacto destas modificações ao nível do bem-estar.

Todo o processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões. Resulta e é resultado de mudança na vida, saúde, relações e ambientes (Meleis et al., 2000). Uma transição não corresponde à mudança em si, mas sim a todo o processo inerente a uma mudança, com recuperação do equilíbrio, ou seja, atingir o bem-estar.

Esta teoria assume especial relevância no cuidado à pessoa em situação crítica (PSC), dado o impacto profundo que estas vivências têm não só sobre as suas condições físicas, bem como emocionais e sociais.

A Teoria de Médio Alcance das Transições foi organizada em torno de três dimensões, de forma a avaliar e intervir durante o processo de transição (ver figura 1):

- Natureza das transições;
- Condicionantes da transição facilitadores e inibidores;
- Padrões de resposta.

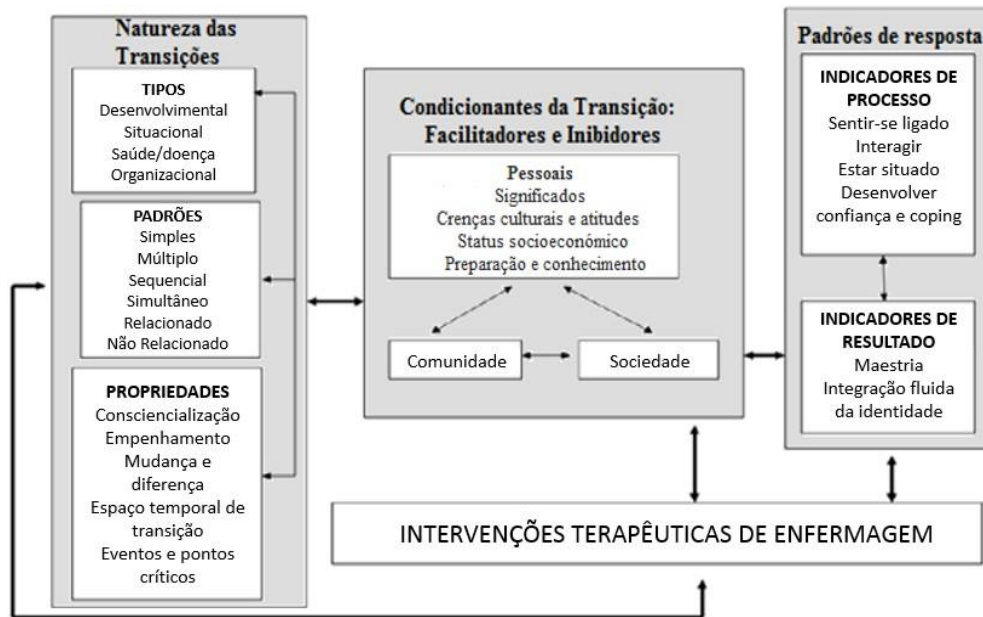


Figura 1. Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance (traduzido)

Fonte: Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para Enfermagem*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

A **natureza de transição** no contexto da PSC envolve as alterações de um estado de saúde para outro, que podem ser de melhoria, bem como de deterioração. No caso da PSC, estas transições envolvem a instabilidade clínica, como agravamento de uma doença crónica, complicações pós-cirúrgicas ou progresso para a falência multiorgânica.

Além das mudanças físicas, as transições na PSC envolvem mudanças emocionais, cognitivas e sociais. A pessoa e sua família enfrentam a adaptação ao novo contexto que pode incluir a aceitação de um mau prognóstico ou o medo da morte. Estes fatores psicológicos e sociais influenciam a forma como a pessoa enfrenta a transição. A equipa de enfermagem pode fornecer apoio emocional e comunicação clara de forma a ajudar a PSC e sua família a lidar com estas transições.

Na prática de enfermagem, torna-se essencial reconhecer que as transições podem assumir diferentes naturezas, refletindo a diversidade de experiências humanas. De acordo com Meleis et al. (2000) e Meleis (2007), na natureza das transições são relevantes para a prática de enfermagem quatro tipos de transições:

- Desenvolvimental (relativas a mudanças no ciclo vital);

- Situacional (relativas a acontecimentos que implicam alterações de papéis).
- Saúde/doença (relativas a mudança de um estado de bem-estar para o estado de doença).
- Organizacional (relativas a mudanças relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intra-organizacionais).

A PSC enfrenta inicialmente uma transição de saúde, em que de uma condição estável de saúde, passa a estar gravemente doente. O corpo experimenta uma transição que requer e depende de inúmeras atitudes terapêuticas e intervenções multidisciplinares. Posteriormente ou simultaneamente, esta transição inclui a adaptação da PSC bem como da sua família ao novo ambiente hospitalar. Para os familiares também ocorre uma transição emocional e social, já que lidam com insegurança e medo. Por outro lado, devido à condição crítica da pessoa, pode haver uma alteração de papéis no seio familiar, constituindo outro tipo de transição. A PSC, anteriormente ao internamento, em muitos dos casos era autónoma na realização das suas atividades diárias, passa a depender de uma equipa de saúde para suprir as suas necessidades, experienciando transições significativas. Durante o internamento, a PSC pode enfrentar múltiplas transições organizacionais, se for transferida entre diferentes serviços hospitalares, consoante a evolução do seu estado clínico e as necessidades terapêuticas específicas. Estas mudanças exigem uma adaptação contínua por parte da PSC e da sua rede de apoio, influenciando a sua experiência de hospitalização e o seu processo de recuperação até à alta hospitalar.

Estes tipos de transição não são mutuamente exclusivos, pelo que não podem ser percebidos isoladamente; aliás, é da maior importância que o enfermeiro se foque na globalidade das transições significativas da pessoa e não numa transição particular. Este facto remete-nos para a multiplicidade e complexidade de padrões das transições (Meleis et al., 2000).

Podem ainda identificar-se, quanto ao seu padrão, transições simples e múltiplas (vivenciar uma transição ou várias); simultâneas ou sequenciais (de acordo com o grau de sobreposição), relacionadas ou não relacionadas (de acordo com a natureza da relação entre os eventos motivadores da transição) (Meleis et al., 2007; Meleis, 2000).

As transições, são ainda, analisadas tendo em conta as suas propriedades: consciencialização; empenhamento; mudança e diferença; espaço temporal de transição; eventos e pontos críticos. A consciencialização refere-se à perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica fundamental da transição, uma vez que, se não existir significa

que a pessoa pode não ter iniciado a experiência de transição. O envolvimento refere-se à ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição (grau de envolvimento da pessoa), onde é importante salientar que só podemos atingir o envolvimento após a consciencialização. Todas as transições envolvem mudança e diferença que devem ser percebidas e descritas pela pessoa que experiencia a transição. A mudança e diferença são conceitos que embora parecidos têm diferentes significados. A mudança refere-se a eventos críticos, com ruturas de relações ou rotinas, ideias, perceções e identidades; a diferença, por sua vez, caracteriza-se por divergência em relação a expectativas, consiste na diferença entre a realidade e a expectativa.

É também propriedade das transições o espaço temporal ou tempo de transição. As transições são caracterizadas por um fluxo ao longo do tempo. O processo de se adaptar ao novo modo de ser e de estar exige um tempo, passando por períodos de instabilidade, confusão e stress onde, posteriormente é atingida a estabilidade. É contraproducente definir uma trajetória cronológica linear nas transições, já que estas ocorrem de forma ondulatória. O nível crescente de equilíbrio esperado numa transição é pontualmente interrompido por momentos ou períodos de desordem e desequilíbrio, seguidos de reorganização.

Finalmente, identifica-se como propriedade das transições a ocorrência de eventos e pontos críticos, caracterizados por um aumento da consciencialização e um envolvimento mais intenso na transição. Associam-se também a um aumento da vulnerabilidade da pessoa, o que requer particular atenção, conhecimento e experiência por parte do enfermeiro (Meleis et al., 2000).

Para melhor compreensão do processo de transição da pessoa é necessário conhecer quais os **condicionantes** pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitários e sociais que funcionam como **facilitadores ou inibidores** da transição. Os significados podem ser neutros, positivos ou negativos e podem ser entendidos como o valor ou importância que é atribuída ao evento que precipita a transição. Relativamente às crenças culturais e atitudes, quando a transição se associa a um estigma, esta pode ser inibida.

Em contexto da PSC, o apoio de familiares e amigos pode ajudá-la a ultrapassar melhor a sua transição, oferecendo apoio emocional e ajuda na adaptação ao novo estado de saúde. Uma equipa de saúde igualmente qualificada e empática proporciona cuidados centrados na pessoa, que são fundamentais para a adaptação ao seu novo estado de saúde (Lindsay, Smith & Bell, 2018). O conhecimento prévio sobre a condição de saúde, bem como o acesso a recursos terapêuticos adequados permite que a PSC esteja mais preparada para enfrentar a transição.

Todos estes exemplos demonstram **condicionantes facilitadores** que ajudam a PSC a ultrapassar todo o processo de transição.

Por sua vez, a ausência de uma rede de apoio familiar e social constitui um fator inibidor significativo para que a PSC enfrente a transição. Uma comunicação inadequada entre os profissionais de saúde e a PSC constitui uma barreira inibidora no processo de transição, pois pode gerar uma sensação de perda de controle e insegurança (Kitson et al., 2013). O ambiente hospitalar em que a PSC se encontra pode ser desorientador e desencadeador de sentimentos como medo e ansiedade. Intervenções invasivas, ruídos constantes e a presença de equipamentos médicos, podem dificultar a adaptação do doente e consequentemente afetar a sua experiência de transição (Kling et al., 2012). Em PSC, especialmente os que estão sob ventilação mecânica ou que passaram por intervenções invasivas é comum o desenvolvimento de estados de confusão ou delírio. A desorientação mental e os episódios de delírio são exemplos de fatores inibidores que comprometem a capacidade da PSC de participar ativamente no processo de transição (Ely et al., 2004).

Uma transição saudável caracteriza-se ainda por **padrões de resposta**, nomeadamente de indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*) e indicadores de resultado (mestria, integração fluida da identidade). Sentir-se ligado significa estar conectado e apoiado de redes sociais que englobam a família, círculo de amigos e profissionais de saúde. A interação com pessoas a vivenciar a mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores e familiares ajuda a clarificar e a ajustar os comportamentos de resposta às transições. O estar situado, quer seja no tempo, espaço e nas relações permite que a pessoa se desprenda do passado e enfrente os novos desafios do presente. O sentir-se situado traduz ainda a consciencialização e a aceitação da condição de saúde. O desenvolvimento de confiança e *coping* manifesta-se pelo nível de compreensão dos diferentes processos inerentes à transição, utilização dos recursos e desenvolvimento de estratégias de gestão da situação.

Quando uma PSC é internada numa unidade de cuidados intensivos (UCI) ou outro serviço especializado, vivencia uma transição abrupta e complexa, passando de um estado de relativa normalidade para uma condição de extrema vulnerabilidade. Esta transição de saúde envolve uma rutura com a rotina anterior e exige uma rápida adaptação a um ambiente hospitalar altamente tecnológico, onde está sujeita a intervenções invasivas, monitorização constante e limitações físicas significativas. A PSC enfrenta uma transição organizacional, ao ser transferida entre diferentes serviços hospitalares consoante a evolução do seu estado clínico. Esta realidade

pode ser ainda mais desafiante devido à fragilidade fisiológica, à possibilidade de sondação ou ventilação mecânica e ao impacto emocional da percepção de risco de vida.

Neste cenário, o papel do enfermeiro especialista (EE) torna-se crucial para mitigar os efeitos negativos desta transição e garantir um suporte adequado à PSC e sua família. Segundo Meleis (2007), um dos princípios fundamentais para facilitar a transição é assegurar que a pessoa se sente situada no tempo e no espaço, compreendendo a sua condição e o que se espera do plano terapêutico. Assim, o EE deve adotar estratégias que promovam a humanização dos cuidados, assegurando uma comunicação eficaz e personalizada, explicando cada procedimento de forma clara e acessível e utilizando estratégias de apoio que ajudem a PSC a desenvolver mecanismos de *coping*. Ao atuar como facilitadores da transição, EE desempenham um papel essencial na minimização do impacto desta experiência, promovendo um cuidado centrado na pessoa e adequado às suas necessidades individuais.

Os indicadores de resultado, por sua vez, associam-se a uma etapa final do processo de transição. Tal como o nome indica, são os indicadores dos resultados obtidos no fim da transição, dando-nos a resposta acerca do fim da vivência da transição.

A PSC que após desmame ventilatório mantém saturações de oxigénio estáveis, padrão respiratório confortável e progressivamente sem necessidade de suporte de oxigénio, demonstra um indicador positivo de resultado.

A mestria resulta da articulação de capacidades prévias com capacidades adquiridas e está presente quando a pessoa demonstra capacidade em gerir de forma eficaz os eventos relacionados com a transição. A experiência de transição caracteriza-se ainda por resultar em reformulação da identidade, de forma mais fluida e dinâmica, associada à necessidade de adaptações e readaptações de acordo com as mudanças que surgem ao longo da transição (Meleis et al., 2000).

Através de uma abordagem holística, os enfermeiros facilitam a adaptação da pessoa às novas condições, ajudando-os a viver com mais qualidade. No contexto da PSC, os cuidados de enfermagem baseados na teoria das transições devem ser focados em acompanhar a pessoa e a família nas diferentes fases da transição, proporcionando cuidados integrados e especializados.

Neste contexto, a adoção de estratégias comunicacionais pelos enfermeiros para otimizar a comunicação com a família da PSC assume um papel essencial, na medida em que favorece uma

vivência mais adaptativa das transições associadas à doença crítica. A comunicação eficaz contribui para a atenuação de sentimentos negativos, como a ansiedade, a incerteza e o medo, promovendo uma melhor compreensão do processo de doença e reforçando a confiança da família nos profissionais de saúde. A utilização de uma linguagem clara e ajustada ao nível de literacia da família, a escuta ativa das suas preocupações e necessidades, bem como o seu envolvimento nas decisões clínicas, configuram-se como mecanismos de apoio fundamentais no apoio ao processo de transição vivenciado.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A Unidade de Saúde selecionada para a componente clínica foi uma Entidade Pública Empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) constituída por um hospital da região norte e pelas unidades de cuidados de saúde primários pertencentes a 6 municípios na região norte, abrangendo diretamente 317 766 doentes.

O estágio de natureza profissional (ENP) realizou-se em três unidades diferenciadas, em três períodos distintos: o serviço de urgência (SU) a Unidade de Cuidados Intermédios Coronários (UCIC) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Todos os estágios realizados sob orientação de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC).

Todos os profissionais que me orientaram nos diferentes serviços tiveram um papel fundamental nesta exigente etapa do meu percurso académico, promovendo sempre um espírito crítico-reflexivo com o objetivo de fomentar o meu crescimento profissional.

Todos os estágios foram supervisionados por uma Professora Doutora da ESSVA (Escola Superior de Saúde do Vale do Ave).

Nos pontos que se seguem, é apresentado o enquadramento dos diferentes contextos clínicos onde foram realizados os estágios, destacando as especificidades de cada ambiente de prática e a sua relevância para o desenvolvimento das competências do EEEMC - PSC.

2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

Um SU é uma unidade fundamental no atendimento imediato de PSC, funcionando como a porta de entrada para a prestação de cuidados em contexto hospitalar. A sua estrutura física é organizada para otimizar o fluxo de pessoas, integrando áreas de triagem, atendimento diferenciado por especialidade (gravidade), sala de emergência (SE), observação e tratamentos. Está equipado com tecnologia avançada, dispõe de monitores com múltiplos parâmetros, ventiladores, desfibrilhadores e acesso rápido a exames complementares de diagnóstico, permitindo uma resposta eficaz a emergências. Além dos recursos materiais, conta com uma equipa multidisciplinar altamente capacitada, garantindo uma abordagem integrada e centrada na estabilização e recuperação da PSC.

O objetivo principal do SU centra-se na observação, diagnóstico e tratamento de pessoas acidentadas ou que apresentem problemas de saúde súbitos e que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Ministério da Saúde [MS], 2015).

Para a compreensão da lógica de funcionamento do SU torna-se, assim, fundamental clarificar os conceitos de situações urgentes e emergentes. Deste modo, segundo a Direção-Geral da Saúde [DGS] (DGS, 2001), urgências são todas as situações clínicas de aparecimento súbito, desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais, enquanto emergências são entendidas como todas as situações clínicas de aparecimento súbito, em que há eminência do compromisso de, pelo menos, uma função vital.

Atualmente, segundo o Despacho nº 10319/2014, consideram-se três tipologias de SU: Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Básico (SUB). O presente ENP foi realizado num SUP. Por sua vez, o Despacho 19124/2005 obriga à adoção do protocolo de Triagem de Manchester nestes serviços, com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, na determinação do risco clínico da pessoa (Despacho n.º 10319/2014; Despacho n.º 19124/2005).

O hospital onde realizei o ENP dispõe de um SU com 4400 m², com atendimento disponível 24 horas por dia, abrangendo as áreas de urgência geral, pediátrica, ginecológica/obstétrica e emergência. Neste serviço, é adotado o protocolo de Triagem de Manchester, que classifica a prioridade de atendimento com base na gravidade clínica. Após a admissão administrativa, todas as pessoas são avaliadas por um enfermeiro na triagem, que, de acordo com o motivo da procura de cuidados, atribui uma cor correspondente à prioridade de atendimento. Em seguida, são encaminhadas para diferentes salas de espera, consoante a sua condição clínica, onde permanecem para observação clínica.

O SU está organizado em áreas distintas, nomeadamente: uma sala de espera com atendimento administrativo, uma sala de triagem com dois postos, duas SE, uma Unidade de Decisão Clínica (UDC) 1, uma UDC 2, uma Área Médica e uma Área Cirúrgica e/ou Trauma. Ainda integrado neste SU, existem 16 gabinetes de atendimento médico assim como a unidade de cuidados intermédios (UCISU). Em relação à distribuição dos enfermeiros por área, esta encontra-se pré-definida, podendo, no entanto, ser ajustada mediante as necessidades do serviço.

Relativamente aos profissionais de saúde neste SU, existe uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde (TAS) e técnicos de exames complementares de diagnóstico (cardiopneumologia, radiologia). A equipa de enfermagem, no momento do estágio, era constituída por 133 enfermeiros, em que 67 são EE, nas áreas de Enfermagem Médica Cirúrgica (EMC) (45), EE em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (11) e EE

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (11). De salientar que 6 enfermeiros estavam a frequentar a Especialidade em EMC, 6 enfermeiros a frequentar Enfermagem de Reabilitação (ER) e 1 enfermeiro a frequentar Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO).

No SU, o EEEMC desempenha um papel essencial na resposta às necessidades da PSC. Com os seus conhecimentos e experiência, é responsável por avaliar, priorizar e prestar cuidados especializados a pessoas com patologias de diversas especialidades, garantindo uma abordagem rápida, eficaz e adaptada à gravidade de cada caso.

Em suma, o ENP realizado no contexto de SU, representou uma experiência fundamental para a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos na área do cuidado à PSC. Durante este período, tive a oportunidade de vivenciar casos complexos e o fato de pertencer a uma equipa multidisciplinar, permitiu-me aprofundar a capacidade de tomada de decisão, reforçando a importância da abordagem sistematizada e baseada na evidência. O contato direto com a PSC e família, possibilitou a aplicação de protocolos atualizados bem como a avaliação contínua da eficácia das intervenções realizadas. Neste cenário, a comunicação com a família da PSC emergiu como uma dimensão essencial dos cuidados humanizados. Apesar das limitações temporais impostas pela elevada afluência e ritmo acelerado, foi possível estabelecer momentos de contacto com os familiares, privilegiando uma comunicação clara, empática e informada. A escuta ativa e a adaptação da linguagem às necessidades e ao nível de literacia da família revelaram-se fundamentais para a promoção da confiança e do envolvimento destes no processo de cuidados. O estágio proporcionou-me, ainda, uma reflexão crítica sobre a minha prática, incentivando-me para uma atitude de melhoria profissional contínua, tornando-se numa experiência determinante para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS CARDÍACOS

Uma UCIC é um espaço clínico especializado concebido para a monitorização, estabilização e tratamento de pessoas com patologias cardiovasculares agudas. Está equipada com tecnologia avançada, incluindo monitorização contínua, ventilação assistida e acesso a métodos de diagnóstico complementares, garantindo uma vigilância contínua e atitudes terapêuticas específicas. Além dos recursos materiais, uma UCIC conta com uma equipa multidisciplinar altamente qualificada, assegurando um acompanhamento integrado e humanizado à PSC.

As doenças cardiovasculares (DCV) são doenças crónicas, não transmissíveis que se desenvolvem de forma insidiosa ao longo da vida. Estas englobam uma variedade de condições

que afetam o coração e os vasos sanguíneos, onde se destacam doenças coronárias - Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Insuficiência Cardíaca, Acidente Vascular Cerebral (AVC). De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (OMS, 2017), as DCV constituem um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de mortalidade e incapacidade a nível mundial. Em Portugal, à semelhança do que se regista a nível mundial, as DCV são a principal causa de morte, sendo responsáveis por 29,9 % dos óbitos e de incapacidade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

O ENP foi realizado numa UCIC, que pertence ao Serviço de Cardiologia (SC), que é uma referência para toda a região do Minho em Portugal. De acordo com o regulamento interno do SC (SC, sem data), este serviço tem como objetivo principal promover o crescimento contínuo e a melhoria progressiva da qualidade dos cuidados prestados, através da redução de riscos e do aumento da eficácia dos cuidados prestados.

O SC subdivide-se em áreas distintas:

- Internamento do SC 4B;
- Consulta externa;
- UCIC;
- Laboratório de Hemodinâmica (LH);
- Laboratório de *Pacing* (LP) / Eletrofisiologia.

A estrutura e a função do SC exigem dos seus profissionais uma abordagem interdisciplinar e polivalente. O trabalho da equipa é assegurado por reuniões multidisciplinares, onde os enfermeiros participam, analisam temas de diversas áreas. Esta dinâmica promove uma compreensão integrada da especialidade, sustentada pelo conhecimento teórico e pela experiência prática diária.

Os horários dos diferentes serviços variam de acordo com as necessidades: Internamento 4B: 365 dias por ano, 24 horas por dia; Consulta Externa: segunda a sexta-feira, entre as 08h30h e as 18h30h; UCIC: 365 dias por ano, 24 horas por dia; LH: segunda a sexta-feira em presença física das 08h00h às 19h00h, e no restante horário em regime de prevenção, garantindo o funcionamento para as situações urgentes e emergentes, 24 horas por dia, 365 dias por ano; LP e eletrofisiologia: segunda a sexta-feira das 08h30h às 15h30h.

A equipa de profissionais do SC é constituída por 21 Médicos Cardiologistas em que 5 são internos em formação específica; 10 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; 1

Assistente Técnico e 10 TAS e 48 Enfermeiros, em que 13 são EE, nas áreas de EEEMC (8), EEER (4) e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (1). De salientar que 2 enfermeiros estavam a frequentar a Especialidade em EMC, 2 enfermeiros a frequentar ER.

A passagem pela UCIC em contexto de ENP, permitiu-me contactar diariamente com a PSC com necessidade de instituição de medidas de monitorização contínua e suporte avançado para estabilização da sua situação clínica.

Fisicamente, a UCIC é constituída por uma sala única, tipo *"Open Space"*, composta por 10 unidades individuais, divididas por cortinas. Cada unidade dispõe de recursos materiais e equipamentos necessários para a prestação de cuidados à PSC, onde se destaca a existência de um sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica contínua.

O serviço dispõe de dois balcões, um para registos médicos e outro para a realização dos registos informáticos da equipa de enfermagem, ambos com contato visual das 10 unidades. O serviço dispõe ainda de um balcão central onde é realizada a preparação da medicação.

Durante o ENP, tive oportunidade de realizar alguns turnos no LH e no LP/Eletrofisiologia daí a necessidade de abordar a sua estrutura bem como o seu funcionamento.

O LH é um serviço de atendimento 24 horas, em que das 8h às 19h em dias úteis é constituída por uma equipa de 2 médicos, 3 enfermeiros e 1 TAS. Após esse horário, fins de semana e feriados, o serviço é assegurado por uma equipa de prevenção. É uma unidade especializada, dedicada ao estudo funcional e estrutural do sistema cardiovascular por meio de técnicas de cateterismo e imagiologia avançada. Estas técnicas permitem a avaliação da circulação sanguínea, a identificação de patologias cardíacas e vasculares e a realização de procedimentos terapêuticos invasivos. Os casos considerados mais graves e urgentes têm atendimento imediato, enquanto os casos menos urgentes podem ser agendados e programados de acordo com a disponibilidade e capacidade do serviço. O LH é constituído por duas salas de angiografia recentemente remodeladas, com material de cateterização, duas salas de polígrafo, uma sala de relatórios, uma sala de admissão/recobro, uma copa e um armazém de material e fármacos.

O LP/ Eletrofisiologia é um serviço de atendimento de segunda a sexta-feira das 08h30 às 15h30. É constituída por uma equipa de 2 médicos, 2 EE e 1 técnico de cardiopneumologia. É uma unidade especializada destinada à realização de procedimentos de diagnóstico e terapêuticos no âmbito das arritmias cardíacas e da estimulação cardíaca artificial. É uma sala com requisitos

técnicos específicos, garantido um ambiente seguro e otimizado para a realização de procedimentos invasivos. É constituída por uma mesa de operação radiotransparente, sistema de fluoroscopia digital, sistema de mapeamento eletroanatômico tridimensional, gerador de radiofrequência e crioablação, marcapassos temporários e definitivos (dispositivos de terapêutica de ressincronização cardíaca (CRT - *Cardiac Resynchronization Therapy*) e cardioversores desfibrilhadores implantáveis e monitorização hemodinâmica e eletrofisiológico. É constituída ainda por uma sala de polígrafo e de relatórios.

O ENP, desenvolvido na UCIC, constituiu uma oportunidade ímpar para a consolidação de competências especializadas na abordagem à PSC com patologia cardiovascular aguda. Este contexto clínico, marcado por elevada diferenciação tecnológica e científica, permitiu a aplicação efetiva dos princípios da enfermagem baseada na evidência, assegurando a articulação entre o saber teórico e a prática assistencial. A colaboração estreita com uma equipa multiprofissional experiente e a participação em reuniões clínicas interdisciplinares favoreceram uma intervenção mais integrada, segura e centrada na PSC.

Paralelamente, o ambiente estruturado da UCIC potenciou uma aproximação mais consistente à família da PSC, promovendo interações de maior profundidade e qualidade. A comunicação com os familiares foi pautada por clareza, escuta ativa e respeito pela individualidade de cada vivência, reforçando a aliança terapêutica e contribuindo para a humanização dos cuidados. Estes momentos de diálogo não se limitaram à transmissão de informação clínica, mas configuraram-se como instâncias essenciais de comunicação, nas quais se procurou responder às dúvidas, mitigar inseguranças e envolver a família no processo de cuidados, promovendo a sua adaptação à PSC.

2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O SMI, conhecido também como UCI consiste numa área médica especializada que se dedica ao diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças agudas e potencialmente reversíveis em doentes que apresentam falência ou risco de falência de funções vitais (Despacho n.º 9715/2020).

As UCI em Portugal, seguem uma de duas tipologias: Polivalentes ou Monovalentes. Considera-se uma unidade monovalente quando mais de 90% dos episódios de internamento correspondem a doentes com patologias pertencentes a uma única especialidade médica ou

cirúrgica. Quando as pessoas apresentam condições clínicas que requerem intervenções de múltiplas especialidades, a unidade deve ser classificada como polivalente (MS, 2013).

O SMI onde decorreu o ENP foi um serviço especializado polivalente que oferece tratamento e monitorização intensiva para pessoas com doenças graves ou com risco de falência orgânica. Face à gravidade da patologia e a necessidade de tratamentos rigorosos e exigentes, estes doentes enfrentam um longo e exigente processo de recuperação.

O perfil das pessoas assistidas nesta unidade são díspares, onde realço: pneumonias com necessidade ou não de ventilação invasiva; situações pós-operatórias; necessidade de monitorização e/ou maior vigilância; patologias cerebrais graves; politraumatizados e situações de falência de um ou mais órgãos vitais.

Este serviço encontra-se subdividido em duas unidades, o SMI 1 e o SMI 2, com capacidade, respetivamente, de 14 camas de nível III e 18 camas de nível II. O ENP decorreu maioritariamente na SMI 1, na medida em que se prevê que o EE adquira competências especializadas na atuação à PSC de nível III. Por esse motivo, a caracterização do serviço será da SMI 1.

A estrutura física SMI 1 consiste numa sala com características *Open-Space*, constituída por 14 camas/unidades, das quais dez encontram-se divididas por cortinas, sendo que 4 servem de unidades de isolamento com pressão positiva. Todas as unidades encontram-se equipadas com recursos materiais que permitem uma vigilância, monitorização contínua e prestação de cuidados à PSC e, em simultâneo, garantem a privacidade da PSC e sua família, aquando da sua presença.

A unidade dispõe de dois balcões centrais com a finalidade de armazenar material/consumíveis, bem como servir de local para a preparação de terapêutica. É ainda neste local que se encontra a *Pyxis*, um sistema automatizado de gestão e distribuição de medicamentos de forma segura e eficiente, que facilita não só a gestão de inventário, bem como reduz erros de medicação, contribuindo para a melhoria do fluxo de trabalho da equipa. Existem ainda quatro balcões laterais, dois dos quais dotados de computadores destinados à realização de registos de enfermagem e consulta de informação clínica. O SMI 1 possui ainda um monitor com sistema de vigilância central que integra a vigilância hemodinâmica de todas as PSC internadas. Dentro desta mesma unidade existe uma pequena sala com uma máquina de gasometria, analisador de gases sanguíneos essencial na SMI, uma vez que permite a análise rápida e precisa das concentrações dos diversos gases, bem como de diferentes parâmetros como saturações de oxigénio, lactatos, bicarbonato e PH.

Fora da unidade, mas pertencentes ao mesmo serviço, existe uma sala de limpos, uma sala de sujos e uma sala de equipamentos. Como zona adjacente e de apoio existem também três salas de consumíveis para armazenamento clínico, que se encontram recentemente divididos por A (via aérea), B (ventilação) e C (circulação), de forma a facilitar a divisão do material consoante a sua finalidade. O serviço é constituído ainda por uma copa, uma rouparia, um vestiário destinado aos profissionais, uma sala de espera destinada às visitas, um gabinete do Enfermeiro Gestor e outro do Diretor clínico do SMI, três gabinetes médicos, uma sala de reuniões e uma sala da família, onde ocorre a comunicação com as famílias da PSC, proporcionando um ambiente acolhedor e com privacidade.

Um dos gabinetes médicos foi utilizado para a criação da consulta de *Follow-up*, que se assume como um momento, no qual uma equipa de médicos e enfermeiros realizam acompanhamento da PSC com as respetivas famílias. Estas reúnem-se após uma situação de doença crítica, com o objetivo de avaliar a evolução clínica da pessoa e promovendo o ajustamento psicossocial dos seus familiares/cuidador após alta hospitalar.

Seguindo as normas orientadoras de boas práticas para a prevenção e controlo da infeção, o SMI1 tem bem definidos todos os circuitos por onde se destinam a passagem da PSC, dos seus profissionais, das visitas/familiares, bem como dos circuitos de material limpo e sujo.

A PSC internada no SMI está acompanhada por uma equipa multidisciplinar composta por TAS, Enfermeiros e Médicos 24 horas por dia. Neste serviço, a respetiva equipa é constituída por 19 médicos intensivistas, 91 enfermeiros e 29 TAS. Dispõe ainda de um serviço de secretariado clínico com duas auxiliares administrativas em dias úteis das 8h até às 16h. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é composta por 1 Enfermeiro Gestor, 20 EEEMC, 8 EEER, sendo os restantes enfermeiros generalistas. De salientar que no decorrer do estágio, 6 enfermeiros encontravam-se a frequentar a Especialidade em EMC e 1 enfermeiro a especialidade de ESMO.

O horário da equipa de enfermagem é realizado mensalmente pelo Enfermeiro Gestor que divide os enfermeiros em equipas distribuídos por turnos rotativos de 12 horas e 30 minutos. Em cada turno, o enfermeiro Responsável de Turno (RT), realiza a distribuição do plano de trabalho para o turno seguinte, onde é feita a atribuição dos doentes tendo em consideração o índice de carga de trabalho através da escala *Nursing Activities Score* (NAS). Esta escala atribui uma pontuação percentual às atividades realizadas pelos enfermeiros ao longo de um turno de 24 horas, refletindo o tempo efetivamente despendido com cuidados diretos e indiretos à PSC. Cada ponto percentual do NAS corresponde aproximadamente a 14,4 minutos de trabalho de

enfermagem. Na SMI a utilização do NAS permite uma distribuição mais equitativa e eficiente dos recursos humanos, ajustando o número de enfermeiros necessários por turno com base na complexidade e nas necessidades clínicas da PSC (Miranda et al., 2003; Macedo, 2017; ver Anexo I).

É de salientar que cada passagem de turno é realizada segundo a metodologia **ISBAR** (ver Anexo II), uma ferramenta padronizada de comunicação reconhecida por promover a segurança da pessoa nas transições de cuidados. A sigla ISBAR refere-se a:

- I – Identificação**, que inclui a identificação e localização precisa do doente, do profissional emissor e recetor, bem como do serviço de origem e destino;
- S – Situação**, descrição do motivo atual que justifica os cuidados de saúde e os meios complementares realizados ou a realizar;
- B – Antecedentes**, com os factos clínicos relevantes, diretivas antecipadas de vontade, terapêutica e contexto social;
- A – Avaliação**, referente ao estado atual da pessoa, terapêutica instituída, alterações significativas e avaliação da eficácia das intervenções;
- R – Recomendações**, que incluem o plano terapêutico, continuidade de cuidados e necessidades do cuidador informal.

Esta estrutura contribui para uma comunicação clara, objetiva e segura entre os profissionais de saúde, especialmente em momentos críticos como as mudanças de turno (DGS, 2017a).

Por outro lado, inclui-se na metodologia de trabalho, o Enfermeiro de Referência, que consiste no enfermeiro atribuído à PSC, aquando da sua admissão. Esta designação permite garantir a continuidade e a personalização dos cuidados de enfermagem desde o momento da entrada até à alta hospitalar, assegurando uma linha de acompanhamento clínico, técnico e emocional mais consistente ao longo do internamento.

Neste contexto, ENP realizado no SMI, por se tratar de um ambiente até então desconhecido para mim, revelou-se um dos estágios mais significativos e transformadores, tanto do ponto de vista teórico como prático. A complexidade da prestação de cuidados neste serviço exigiu o domínio de competências técnicas altamente diferenciadas, bem como uma forte capacidade de adaptação, rigor científico e sensibilidade ética.

Particular destaque merece a comunicação com a família da PSC, que neste contexto assume uma dimensão de elevada sensibilidade e complexidade, dada a gravidade clínica da PSC e o impacto emocional inerente à situação crítica vivida. As interações familiares decorreram, na

sua maioria, na sala da família, um espaço reservado que salvaguarda a privacidade e proporciona condições adequadas para o exercício de uma comunicação centrada na empatia, escuta ativa e respeito mútuo.

A minha participação em reuniões clínicas com equipas multiprofissionais e familiares possibilitou-me contribuir para a clarificação do estado clínico da PSC, alinhar expectativas e apoiar o processo de tomada de decisão, por vezes em momentos particularmente delicados. A possibilidade de integrar a família também no momento posterior à alta, através da consulta de *follow-up*, reforça a continuidade assistencial e o compromisso com um modelo de cuidados centrado na pessoa e na família.

Em síntese, esta vivência no SMI permitiu-me desenvolver competências especializadas, aplicar metodologias atualizadas e baseadas na evidência, e permitiu-me prestar cuidados de enfermagem diferenciados, reforçando simultaneamente a dimensão relacional do cuidado, através do envolvimento ativo da família como parte integrante do processo terapêutico. Este estágio marcou de forma determinante o meu percurso formativo, afirmando-se como um ponto de viragem na construção da minha identidade profissional enquanto futuro EE.

3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define o EE como o enfermeiro habilitado “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei nº 161/96, 1996, p.2960).

Face à constante evolução e exigência técnica e científica dos cuidados de enfermagem e consequente necessidade de especialização e diferenciação dos enfermeiros, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) atribui o título de EE em seis áreas de especialização diferentes, entre elas a EMC (OE, 2019a).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), as competências especializadas surgem a partir do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo fundamental identificar, na prestação de cuidados em cada área de especialidade, não apenas as competências científicas, mas também as técnicas e humanas (OE, 2019b).

Cabe ao EE, o cumprimento não apenas das competências gerais descritas no documento de referência, que se aplicam a diversas especialidades de Enfermagem e a distintos contextos de prestação de cuidados, mas também das competências específicas delineadas no regulamento de cada área de intervenção, conforme estabelecido na OE (2019). Tais competências abrangem tanto os domínios comuns, que são transversais a todas as especialidades, como os específicos de cada área, os quais, em conjunto, garantem a formação e qualificação adequadas para a atuação autónoma e diferenciada do EE. Neste sentido, a articulação entre os domínios de competências comuns e os domínios de competências específicas é essencial para a definição do perfil profissional, permitindo uma prática de Enfermagem mais especializada e eficaz, com um foco claro na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Neste capítulo são abordados os diferentes domínios de competências comuns do EE, onde são definidas as competências específicas que cada domínio que engloba.

3.1 OS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

As competências comuns correspondem ao conjunto de capacidades que todos os EE devem demonstrar, independentemente da sua área de especialidade. Estas refletem-se na elevada

aptidão para conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como no apoio efetivo ao exercício profissional especializado, através da formação, da investigação e da assessoria (OE, 2019b). Neste enquadramento, a atribuição do título de EE pressupõe a partilha de um núcleo de competências comuns, distribuídas em quatro grandes domínios:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao refletir sobre o desenvolvimento das competências em enfermagem, torna-se pertinente destacar o contributo de Patrícia Benner (2001), cujo modelo de desenvolvimento profissional defende que a aquisição de competências está intimamente ligada às experiências vivenciadas e ao modo como estas são integradas e transformadas ao longo do percurso profissional. Assim, o enfermeiro vai progressivamente aprendendo a identificar o que é essencial em cada situação clínica, atribuindo-lhe significado e respondendo de forma mais eficaz às necessidades em contexto de prática.

Neste sentido, todas as experiências vivenciadas durante o ENP contribuíram para um papel determinante no desenvolvimento das Competências Comuns do EE, uma vez que permitiram consolidar aprendizagens, desenvolver raciocínio crítico e fortalecer a PBE.

3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito das competências comuns do EE, a OE (2019b), estabelece como fundamentais as competências "A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" e " A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (OE, 2019b, p.4746).

Estes princípios constituem alicerces essenciais para o exercício especializado da enfermagem, orientando a prática profissional para um padrão de atuação que assegure a legalidade, a ética e a deontologia, em estreita consonância com as preferências, os valores e a autonomia da pessoa.

É exigido em regulamento próprio, que o EE demonstre adicionalmente cuidados especializados baseados no respeito e cumprimento dos direitos humanos, analisando, interpretando e gerindo

situações específicas dos cuidados que se apresentem potenciais ameaçadores a esses direitos (OE, 2019b).

Assim, constituem-se deveres da prática de Enfermagem, entre outros, o exercício da profissão com base em conhecimentos científicos e técnicos adequados, assegurando o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da pessoa; o cumprimento das normas deontológicas e das leis que regem a profissão; a responsabilização pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e delega; a defesa e proteção da pessoa de práticas que contrariam a lei e a ética; assegurar a atualização permanente do conhecimento (OE, 2015).

O EE deve tratar todos os doentes com respeito, empatia e consideração, independentemente da sua condição social, religiosa ou cultural (*respeito à dignidade humana*), tem obrigação de manter a confidencialidade das informações obtidas durante o atendimento e em relação à história clínica do doente (*confidencialidade e sigilo profissional*). Deve ainda prestar cuidados com base nas melhores práticas científicas, procurando sempre o melhor resultado possível para a pessoa. Além da responsabilidade legal, a atuação do enfermeiro também está sujeita a um conjunto de leis e normas regulamentadas que asseguram os direitos das pessoas e a boa prática profissional, nomeadamente no que se refere à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019c).

De acordo com o RCCEE, este gere na sua equipa uma prática de cuidados que garantam a segurança, privacidade e dignidade de cada pessoa, bem como promove a proteção dos direitos humanos. Nestes englobam-se o direito à informação clínica e confidencialidade da mesma, à privacidade e direito de escolha e autodeterminação (OE, 2019b)

No contexto da PSC, pela fragilidade inerente à sua condição de saúde, nem sempre, ou quase nunca, está capacitada de proteger ativamente a sua dignidade constituindo, por isso, um particular desafio. Por esta razão, torna-se exigente um compromisso genuinamente ético com a vulnerabilidade humana que gera saúde e acompanha o sofrimento (princípio ético da vulnerabilidade).

Durante o ENP, enfrentei o grande desafio de equilibrar a necessidade de uma decisão e intervenção rápida com o cumprimento dos padrões éticos e legais que regem a enfermagem. A principal aprendizagem foi desenvolver a habilidade de analisar rapidamente cada situação, identificar prioridades de cuidados e adaptar intervenções de forma eficaz, sempre respeitando a individualidade de cada pessoa. Mesmo sob pressão, o respeito pela dignidade e singularidade

da PSC foi priorizado, assegurando os direitos humanos e cumprindo os princípios éticos, deontológicos e legais.

A dimensão ético-deontológica foi transversal no percurso do ENP, reconhecendo a pessoa enquanto ser humano e atendendo à sua dignidade e integridade biopsicossocial, cultural e espiritual. Em cada situação, procurei abordar a pessoa pelo nome de preferência, informar sobre os cuidados necessários, garantir o direito ao consentimento informado, respeitar a privacidade e promover o sigilo, bem como garantir a humanização dos cuidados, incluindo a família no processo de doença e considerando as preferências e necessidades da pessoa. No entanto, nem todos os direitos são fáceis de cumprir e nem todos os deveres são simples de materializar, dadas as limitações de recursos e a complexidade das situações enfrentadas.

Durante o ENP procurei atuar de acordo com o código de ética, baseando-se nos quatro princípios da bioética, conforme a teoria do Princípio de Beauchamp e Childress (2019): respeito pela autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. No âmbito do SU, a autonomia da pessoa destacou-se como um foco importante, pois, devido a alterações fisiopatológicas, nem sempre era possível obter informações sobre as preferências da pessoa. A privacidade também foi uma preocupação constante, especialmente em situações de elevada afluência como no SU, onde os recursos e a estrutura física nem sempre eram suficientes ou adequados. Sempre que possível, procurei alternativas, como a transferência da pessoa para espaços mais reservados, de modo a respeitar a privacidade e realizar procedimentos invasivos com maior conforto e respeito.

A estrutura física de *open space*, existente nos serviços de UCIC e SMI, por si só, constituiu um fator que colocou em risco o direito da preservação da intimidade e privacidade. Tornou-se, por isso, desafiante o seu cumprimento. Em ambos os serviços, a separação das unidades com cortinas foi uma das estratégias que facilitou a preservação da privacidade e intimidade em todos os momentos em que houve necessidade de exposição do corpo e abordagem física da PSC.

No que diz respeito à comunicação com a PSC e sua família, deparei-me com diferentes elementos da família a questionar os enfermeiros sobre o estado clínico da PSC. Tal situação foi transversal nos diferentes contextos de estágio, comprometendo o direito à confidencialidade. Para colmatar esta dificuldade, foi sempre minha preocupação a identificação da pessoa significativa da PSC de forma a salvaguardar a confidencialidade de toda a informação clínica.

Tanto na UCIC como no SMI é frequente os profissionais receberem chamadas telefónicas, no sentido de solicitar informações clínicas sobre a condição de saúde da PSC, desconhecendo-se o interlocutor. A estratégia adotada no SMI consiste em facultar um código pré-definido com a família/pessoa significativa, de forma a identificá-los quando a comunicação é realizada telefonicamente.

Em reflexão, o ENP nos diferentes contextos foi uma oportunidade desafiante, mas enriquecedora para integrar os princípios éticos e deontológicos na prática de enfermagem, reconhecendo a importância do respeito pela pessoa em todas as suas dimensões, mesmo diante das limitações e desafios enfrentados no ambiente crítico.

3.1.2 Domínio da gestão de cuidados

No âmbito deste domínio, o RCCEE estabelece duas competências. A primeira está relacionada com a gestão dos cuidados de Enfermagem, focando na otimização da resposta da equipa, assegurando a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. A segunda competência refere-se à adequação dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados identificadas, através da escolha do estilo de liderança mais apropriado para garantir a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019b).

Desta forma, é responsabilidade do EE, com base na primeira competência mencionada, otimizar o processo de cuidados, especialmente na tomada de decisão e na supervisão das tarefas delegadas, certificando-se da segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Relativamente à segunda competência deste domínio, o EE deve trabalhar para otimizar o desempenho da equipa, ajustando os recursos às necessidades dos cuidados e adaptando o seu estilo de liderança para o contexto organizacional e as características da equipa, garantindo uma resposta eficaz (OE, 2019b).

O desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados de enfermagem durante o ENP debruçou-se em dois níveis: o nível assistencial no cuidado direto à PSC e sua família e o nível da gestão organizacional.

No que diz respeito à gestão dos cuidados ao nível assistencial à PSC e à sua família, considero que as vivências de estágio permitiram-me desenvolver capacidades no âmbito de gestão de tempo e definição de prioridades tendo em conta a condição clínica da PSC. Um exemplo prático desta gestão é a Triagem de Manchester, que tem sido uma ferramenta valiosa no contexto da gestão de cuidados em SU, pois permite uma avaliação sistemática e estruturada das

necessidades clínicas dos doentes, facilitando a triagem rápida e eficiente (Ferreira & Baptista, 2024). O papel do EE é fundamental neste processo, uma vez que é este profissional que aplica os protocolos da triagem e determina a prioridade de atendimento, assegurando que os doentes sejam classificados corretamente de acordo com a gravidade do seu quadro clínico. Tive oportunidade de realizar o curso de Triagem de Manchester no ano de 2022 e praticá-lo no SU onde realizei o ENP, o que me permitiu compreender e reconhecer a sua importância na priorização e gestão eficaz dos cuidados. Considero que o treino constante nas escalas de triagem foi uma ferramenta essencial para estruturar o meu raciocínio clínico. De salientar que o enfermeiro destacado no posto de triagem não excedia as 6h de permanência por ser uma função de elevado desgaste e conseqüentemente conduzir à inadequada atribuição de prioridades.

Por outro lado, foi possível participar no planeamento de cuidados especializados de enfermagem atendendo à complexidade holística e humanizada relativamente à PSC e à sua família. Tive oportunidade de participar em várias situações de imprevisibilidade e de emergência inerentes à PSC e na gestão do seu plano terapêutico multidisciplinar, a título de exemplo, a preparação da PSC para realização de exames complementares de diagnóstico, bem como a sua transferência para Bloco Operatório (BO) urgente ou para outro serviço ou hospital.

Nos vários contextos de ENP, os enfermeiros responsáveis de cada equipa são EE no sentido de garantir a gestão de diferentes áreas. Em todos os turnos era da sua competência a distribuição equitativa da equipa em cada área, bem como a organização da prestação de cuidados e a tomada de decisão mais oportuna para cada situação.

A gestão de camas hospitalar envolve a coordenação eficiente dos recursos disponíveis para garantir a adequada alocação dos doentes, otimizando a capacidade assistencial (Cardoso et. al. 2020). O EE desempenha um papel fundamental nesse processo, atuando na articulação entre os diferentes serviços, monitorizando a ocupação, prevendo necessidades futuras e agilizando admissões, transferências e altas. A gestão eficaz de camas realizado pelo EE é baseado em ferramentas tecnológicas para rastreamento em tempo real da disponibilidade, comunicação integrada entre as equipas e a implementação de protocolos que assegurem a rotatividade segura, reduzindo tempos de internamento e melhorando o fluxo de doente (Oliveira & Santos, 2018). Dessa forma, a coordenação eficaz da ocupação de camas por EE não só melhora a eficiência hospitalar, como também assegura um cuidado mais humanizado e seguro à PSC, alinhado com as melhores práticas de gestão em saúde. Neste contexto tive a oportunidade de

realizar um turno de coordenação e gestão de camas da ULS acompanhado pelo EE que, com a sua disponibilidade, permitiu-me experienciar em tempo real, todo o funcionamento, de forma a alocar as pessoas nos diversos internamentos, consoante prioridade, estado clínico e especialidade.

No SMI, o enfermeiro gestor desempenha um papel fulcral na articulação entre a complexidade clínica da PSC e a gestão eficiente dos recursos humanos, materiais e organizacionais. Este, assegura a monitorização contínua da lotação e da gravidade clínica da PSC, adaptando a alocação de profissionais em função das cargas de trabalho e do grau de dependência dos doentes (Silva et al., 2021). Tive oportunidade de observar e colaborar com o enfermeiro gestor do SMI, acompanhando-o nas diversas tomadas de decisões, permitindo-me perceber a importância da visão global do enfermeiro gestor, que equilibra as necessidades clínicas individuais com a dinâmica global da instituição. Este contato direto, permitiu-me desenvolver raciocínio estratégico e de liderança de equipas multidisciplinares altamente qualificadas.

Após reflexão, acredito ter adquirido competências especializadas neste domínio, que se destacam na compreensão da importância da liderança e gestão dos recursos humanos e materiais, na tomada de decisões para otimizar o processo de cuidados, na orientação das tarefas delegadas para garantir a segurança e qualidade dos cuidados, na melhoria dos ambientes de prática de enfermagem e na otimização do desempenho da equipa, adequando os recursos às necessidades dos cuidados. Reconheci, ainda, os diferentes papéis de cada membro da equipa nos diversos contextos, essenciais para promover um ambiente seguro e favorável ao exercício profissional da enfermagem.

3.1.3 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais estabelece que o EE deve possuir autoconhecimento e assertividade, reconhecendo a influência destas dimensões na qualidade da prática de enfermagem e na construção de relações terapêuticas e interprofissionais eficazes. Neste âmbito, é exigido ao enfermeiro que valorize a sua identidade profissional e a relação com o Outro nos diferentes contextos de intervenção (OE, 2019b).

Para além das competências técnicas e científicas, o EE deve integrar atitudes, valores e uma postura ética que sustentam a sua prática profissional, designando-se "saber-ser". Em contexto de elevada complexidade clínica, como os cuidados à PSC, estas competências revelam-se determinantes para a criação de vínculos de confiança e colaboração com a PSC e a sua família

(Silva et al., 2021). O saber-ser implica, igualmente, a gestão emocional, a empatia e a escuta ativa, promovendo cuidados centrados na pessoa, humanizados e integrados (Ferreira et al., 2020).

Nesta área específica da enfermagem, o EE é desafiado a mobilizar competências que vão além do domínio técnico. A capacidade de refletir criticamente sobre a própria prática, compreender os seus limites e desenvolver estratégias de crescimento pessoal são essenciais para garantir cuidados que respeitem a dignidade da PSC. Esta reflexão permanente contribui para o fortalecimento de uma identidade profissional consciente, capaz de enfrentar os desafios emergentes com maturidade e responsabilidade. É esperado que o EE desenvolva consciência de si próprio, enquanto pessoa e profissional, demonstrando capacidade para gerir de forma adaptativa as respostas individuais e organizacionais, em consonância com as exigências do contexto clínico (OE, 2019b).

A atualização dos conhecimentos, é um pilar fundamental, para garantir a excelência dos cuidados. De acordo com Lopes et al. (2018), o EE, independentemente da sua área de especialização, participa frequentemente em ações formativas, promovendo o desenvolvimento profissional individual e o avanço coletivo de enfermagem. Assim, a formação contínua representa não só um instrumento para a melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever ético para com a enfermagem, reforçando a sua dignificação (MS, 2015).

A minha trajetória profissional, desenvolvida em contextos multiculturais, nomeadamente no exercício da prática profissional fora do país, proporcionou experiências enriquecedoras que contribuíram para o fortalecimento de competências pessoais e profissionais, nomeadamente resiliência, adaptabilidade e sensibilidade cultural. Estas competências revelaram-se particularmente úteis ao longo do ENP, servindo como base para a construção de relações terapêuticas eficazes com a PSC e suas famílias, em momentos de sofrimento, angústia e perda. O contacto direto com a realidade da PSC e com as suas famílias, frequentemente em situações-limite, exigiu de mim não apenas domínio técnico, mas também estabilidade emocional, empatia e capacidade de escuta. A complexidade das situações vivenciadas tornou evidente que, embora a recuperação da pessoa seja sempre o objetivo, o suporte à família deve ser igualmente considerado parte integrante do processo de cuidar. Os diversos momentos de autorreflexão e de reflexão com os enfermeiros orientadores foram fontes de conhecimento, em que considerei estes momentos fulcrais no reconhecimento das minhas capacidades, recursos e limites a nível pessoal e profissional. No contexto da PSC onde a pessoa está

frequentemente limitada das suas capacidades e incapacitada de comunicar as suas perceções, a importância da inclusão dos familiares em todo o processo de cuidados torna-se ainda mais essencial. Durante o ENP, o contato direto com a PSC e suas famílias, em momento de desespero e perda, exigiu não só empatia, mas também a capacidade de me manter emocionalmente estável. Embora a recuperação da pessoa seja sempre o objetivo principal, o suporte à família são igualmente fundamentais. Considero ter sido um aspeto marcante do estágio com forte impacto emocional em todas as situações de sofrimento, perda e pressão constante.

A enfermagem, enquanto disciplina de natureza prática reflexiva, exige a articulação entre teoria, investigação e prática clínica. A PBE constitui, assim, um pilar fundamental para o avanço da profissão e para o exercício autónomo e responsável do EE (Santos et al., 2023). Desta forma, estabelece-se uma dinâmica contínua e bidirecional entre teoria e prática, essencial à qualidade dos cuidados e à consolidação do saber em enfermagem.

Todas as intervenções de enfermagem e tomada de decisões devem ter como base os resultados da melhor evidência científica, direcionando o EE a uma busca contínua pela sua atualização de conhecimentos científicos, técnicos e humanos. Neste sentido, foi realizada uma RIL subordinada ao tema "Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação à família da PSC", com o intuito de sintetizar conhecimentos e fortalecer a minha prática profissional à luz da melhor evidência disponível.

Partindo desta ideia, ao longo do ENP fomentei o meu pensamento crítico e reflexivo sobre os cuidados inerentes à PSC e sua família, desafiando-me constantemente para a melhoria contínua dos mesmos e adotando uma postura proativa que fundamentasse a minha prática. Tentei fomentar uma cultura de aprendizagem em contexto da prática, valorizando os momentos de ensino-aprendizagem, através da procura e da participação em situações de abordagem à PSC, especialmente quando estes apareciam de forma imprevisível e com complexidade na sua abordagem. Com o objetivo de suportar uma PBE, no decorrer do ENP, procurei aprofundar conhecimentos que desconhecia em diferentes áreas, sejam, patologias, farmacologia e procedimentos complexos na abordagem à PSC através da pesquisa bibliográfica pertinente e recente.

Considero assim, que as constantes procuras por novas oportunidades permitem o crescimento pessoal e profissional, que em simbiose com o pensamento crítico e a reflexão sobre as experiências vividas permitem desenvolver as competências no domínio da aprendizagem.

3.1.4 Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade, conforme definido pela OE (2019a), assume particular relevância na promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. A “qualidade” é compreendida como a prestação de cuidados oportunos, equitativos, integrados e baseados na melhor evidência disponível (OE, 2019a). Este domínio integra três competências centrais: a participação em projetos institucionais de qualidade; o desenvolvimento e avaliação de práticas clínicas e a promoção de ambientes terapêuticos seguros e humanizados.

Durante o ENP, foi necessário mobilizar conhecimentos técnico-científicos orientados para a melhoria contínua dos cuidados, assegurando a adoção de práticas alinhadas com as recomendações nacionais e internacionais. A utilização sistemática de protocolos institucionais, normas da Unidade Local de Saúde (ULS) e evidência científica atualizada, incluindo o Portal da Qualidade da instituição, foi essencial para garantir a consistência, segurança e eficácia da prática clínica.

De forma a cumprir a competência que visa avaliar a qualidade das práticas clínicas, integrando auditorias clínicas e avaliando o resultado das mesmas, tive oportunidade de realizar um turno de **auditoria à operacionalidade do carro de emergência** (ver Anexo III) em diferentes serviços da ULS com um dos EE. Estas auditorias periódicas ajudam a identificar e corrigir eventuais lacunas, onde qualquer inconformidade foi documentada e corrigida de imediato. A existência de *checklists* padronizados facilitou a auditoria e melhorou a gestão do equipamento. Um carro de emergência auditado corretamente contribui diretamente para a segurança e qualidade do atendimento à PSC.

Também no âmbito da qualidade, surge a complexidade no processo de identificação e administração de medicação que pode comprometer a segurança da PSC. Neste sentido, e após reflexão e entrevistas informais junto da EE orientadora e dos elementos que integram a equipa, e de forma a fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, considero que seria uma proposta de melhoria para ULS, implementar um "**sistema de identificação de medicação através da impressão de etiquetas**"(ver Apêndice I), onde conste nome da pessoa, nome do fármaco, via de administração, dose e hora de administração.

A introdução de um sistema de identificação mais eficaz é fundamental para reduzir erros de medicação e melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em contexto de SU. O programa de melhoria visa, assim, otimizar o processo de validação e identificação da medicação, implementando um sistema que gere automaticamente uma etiqueta ao validar a

prescrição médica no sistema informático. Esta etiqueta será impressa e servirá para facilitar a identificação imediata do fármaco e da pessoa, garantindo maior segurança no processo de administração da medicação. Este sistema já está implementado em alguns serviços, mas considero que seria pertinente implementá-lo nas diferentes áreas da ULS.

Por outro lado, no domínio da comunicação com a família, reconhece que o acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação da pessoa nas diferentes fases do atendimento, salvo em caso de indicação expressa em contrário da pessoa ou em caso de matéria reservada por segredo clínico (Lei nº 15/2014, artigo. 15.º, n.º 1).

Ao longo do ENP, constatei que os familiares e/ou acompanhantes da pessoa, frequentemente enfrentam dificuldades em obter informações precisas e em tempo razoável sobre a evolução de atendimento dos seus familiares desde o momento da sua admissão. Esta informação resume-se a ser dada, no escasso horário de visitas. A carência de informação clara e eficaz ao longo do atendimento da pessoa conduz à desinformação desencadeando sentimentos como ansiedade, medo, insegurança e stress (Davidson et al., 2017).

De forma a melhorar a informação com a família da pessoa, estabeleci como projeto de melhoria o "**Envio de SMS (Short Message Service) aos familiares e/ou acompanhantes da pessoa no SU**" (ver Apêndice II). Isto requer a implementação de um sistema informático que permita a informação contínua sobre o atendimento da pessoa com os seus familiares e/ou acompanhantes durante o período compreendido entre a sua admissão até à sua alta ou internamento.

Aquando da admissão ao SU o/a assistente técnico/a deverá informar a pessoa da possibilidade de um acompanhante, por si designado, para receber informação sobre o atendimento via SMS. Se a pessoa autorizar deverá identificar o nome, o contato telefónico e o grau de parentesco ou proximidade da pessoa para quem as mensagens deverão ser enviadas.

Posteriormente, o assistente técnico regista os dados no sistema informático. Sempre que exista uma evolução no atendimento da pessoa, o acompanhante recebe uma mensagem com a atualização dessa mesma informação. Mesmo na ausência de qualquer evolução no atendimento, ao fim de 60 minutos o sistema envia nova mensagem repetindo a última informação enviada. Esta metodologia já está implementada em SU de algumas ULS no nosso país.

Durante o ENP, identifiquei uma lacuna significativa no que respeita à comunicação com as famílias das pessoas hospitalizadas na UCIC. Constatei que estes momentos de comunicação

ocorrem, frequentemente, em espaços com condições inadequadas, nomeadamente em ambientes com pouco conforto, ausência de privacidade e carência de uma sala própria e destinada para esta finalidade.

A inexistência de um espaço reservado para a comunicação com os familiares compromete a confidencialidade da informação clínica transmitida, infringindo os princípios éticos e legais associados à privacidade e à dignidade da pessoa e da sua família. Esta limitação pode prejudicar a qualidade da relação terapêutica, fragilizar a confiança nos profissionais de saúde e agravar o sofrimento emocional dos familiares, dificultando a compreensão da situação clínica e a tomada de decisões partilhadas. Segundo Davidson et al. (2017), ambientes inadequados para a comunicação com os familiares em contextos de cuidados à PSC afetam negativamente o seu bem-estar emocional, comprometem a eficácia da informação partilhada e influenciam a capacidade de participação ativa no processo de decisão.

Assim, considereei pertinente propor um projeto de melhoria **"Sala de Comunicação à Família"** (ver Apêndice III) que vise a criação e/ou adaptação de um espaço físico adequado à comunicação com os familiares na UCIC, que reúna condições de conforto, privacidade e acolhimento, contribuindo para uma prática centrada na pessoa e na humanização dos cuidados.

A elaboração de protocolos orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem, fundamentadas na evidência empírica, constitui um pilar importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE, 2001). Para além de promoverem a padronização da prática dos cuidados, estes instrumentos facilitam a tomada de decisão clínica, contribuem para a redução do erro e asseguram maior consistência nos cuidados prestados. Contudo, importa salientar que os protocolos não devem ser aplicados de forma rígida, devendo estar continuamente atualizados com os avanços científicos e, em nenhum momento, substituir a experiência e o julgamento clínico do enfermeiro.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados constitui um eixo essencial da prática de enfermagem, garantindo cuidados seguros, eficazes e centrados na PSC. Em unidades como o SMI, UCIC e SU, este compromisso traduz-se na criação e dinamização de grupos multidisciplinares de trabalho, focados na identificação de necessidades, implementação de estratégias de intervenção e monitorização sistemática de resultados.

Durante o ENP, com destaque para a parte II do RENP, foi atribuída especial ênfase às estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação à família da PSC, reconhecendo esta

dimensão como estruturante da qualidade e da humanização dos cuidados. Esta prioridade encontra-se alinhada com os pressupostos do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (OMS, 2021), que tem como objetivo central promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no contexto do SNS. Para esse efeito, o plano encontra-se estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos, entre os quais, o aumento da segurança na comunicação.

Neste plano estratégico, destaca-se o **Pilar 3 - Comunicação**, que reconhece a comunicação efetiva como “essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos (OMS, 2021, p. 100). Neste âmbito, são definidos três objetivos estratégicos: 1) Otimizar a comunicação Intra e Interinstitucional; 2) Melhorar a comunicação e segurança nos processos de transição de cuidados; 3) Adequar a comunicação clínica ao doente, à família e ao cuidador.

No contexto do ENP desenvolvido no SMI, face à complexidade e instabilidade associada à situação clínica da PSC é exigido que a equipa de enfermagem estabeleça uma comunicação contínua, clara e empática com os familiares, mitigando sentimentos de ansiedade, medo e incerteza, fortalecendo a confiança no processo assistencial (OMS, 2021). Depois de reflexão, reparei que apesar da existência de espaços físicos próprios, estruturados e destinados à comunicação terapêutica com os familiares, observou-se que a frequência e a sistematização destes momentos podiam ter sido mais otimizadas.

Em síntese, considero que as atividades que desenvolvi no ENP, no domínio da melhoria contínua da qualidade, contribuíram significativamente para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade mais segura e centrada na PSC. Simultaneamente, permitiram o desenvolvimento de competências críticas neste domínio, nomeadamente a capacidade de reflexão sobre as práticas em vigor de forma a propor melhorias orientadas pela evidência e pelos princípios da humanização dos cuidados.

4. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS

A OE, através de regulamento próprio, estabelece quatro áreas distintas no âmbito da EMC, entre as quais se destaca a Enfermagem à PSC. Esta distinção decorre da complexidade e especificidade dos contextos em que a prestação de cuidados ocorre, exigindo competências diferenciadas e ajustadas às necessidades emergentes da PSC (OE, 2018)

A área de especialização em enfermagem à PSC centra-se na prestação de cuidados à pessoa cuja condição crítica resulta de situações de emergências, exceção ou catástrofe, circunstâncias que frequentemente colocam em risco a sua sobrevivência. Neste enquadramento, a OE definiu como competências específicas do EEEMC-PSC, as seguintes:

- 1) Prestar cuidados à pessoa e à família/cuidador que vivenciam processos complexos de doença crítica ou falência orgânica;
- 2) Dinamizar respostas em situações de emergências, exceção e catástrofe;
- 3) Prevenir e intervir no controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC ou falência orgânica.

Assim, o EEEMC-PSC assume um papel central na prestação de cuidados especializados, seguros e baseados na evidência, sendo agente promotor de intervenções clínicas avançadas que respondem à crescente complexidade das necessidades em saúde (OE, 2018). A sua prática distingue-se pelo domínio técnico-científico, pela tomada de decisão imediata e fundamentada, bem como pela capacidade de atuar em cenários de elevada instabilidade clínica.

Neste capítulo, procede-se à descrição do percurso de desenvolvimento das competências específicas relacionadas com os cuidados à PSC, adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio. A exposição das atividades realizadas, bem como das experiências vivenciadas, permitem evidenciar o contributo dos contextos clínicos para a consolidação das dimensões do saber-fazer e do saber-ser do EE. A organização em subcapítulos visa refletir na progressiva aquisição, aprofundamento e integração das referidas competências.

4.1 CUIDAR A PESSOA, A FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A PSC, pela sua condição ameaçada pela falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais requer recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Esta

complexidade exige que o EE possua conhecimentos aprofundados e competências específicas para responder, de forma holística, às necessidades da PSC e da sua família (OE, 2018).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem prestados à PSC devem ser contínuos e diferenciados, centrando-se na preservação das funções vitais, na prevenção de complicações e na minimização de incapacidades, com o objetivo de promover a recuperação funcional da PSC (OE, 2018).

No decorrer do ENP, em contextos como o SU, a UCIC e o SMI, o cuidado à PSC e à sua família revelou-se uma prática comum, embora ajustada às especificidades de cada ambiente. Esta adaptação constante exigiu do EE competências de flexibilidade, resiliência e atualização contínua, refletindo a complexidade dos diferentes contextos clínicos. A centralidade da PBE e da humanização dos cuidados foi transversal a todas as intervenções, reforçando a importância de uma abordagem holística, centrada não apenas na estabilização clínica da PSC, mas também na sua vivência subjetiva e nas repercussões psicossociais do processo de doença.

No SU, tive oportunidade de vivenciar diariamente episódios de emergência tanto na SE, como em ambiente intra-hospitalar, onde tive a possibilidade de acompanhar a equipa de emergência interna sempre que esta foi acionada para os diferentes serviços do hospital. A abordagem inicial à PSC visa a gestão e organização dos cuidados, em que a metodologia utilizada foi a ABCDE de forma a avaliar e identificar potenciais problemas merecedores de serem tratados de imediato segundo a prioridade e de forma sistemática. Assim sendo: A – Via aérea; B – Ventilação; C – Circulação; D – Disfunção Neurológica; e – Exposição com controlo da temperatura. (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Direção de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2020). Apesar de não constatar o “F” (Família), este era tido em consideração no momento da ativação, destacando a importância da componente relacional desde o início da intervenção.

A estabilização clínica da PSC foi sempre o objetivo prioritário, no entanto, paralelamente, foi evidente o sofrimento emocional vivido pelos familiares, frequentemente em estado de ansiedade, medo e incerteza. Nestas circunstâncias, a comunicação empática, estruturada e clara revelou-se essencial para transmitir segurança, promover a compreensão do processo assistencial e facilitar a tomada de decisões informadas (Boehm et al.,2021). Após a estabilização, a equipa procedia à comunicação com os familiares na sala de espera, momento marcado pela elevada carga emocional. Neste contexto, o enfermeiro é percebido não apenas

como profissional de saúde, mas também como suporte emocional, assumindo um papel de mediação e confiança junto da família (Davidson et al., 2017)

No ambiente de UCIC e SMI, enfrentei situações clínicas de elevada complexidade que exigiram cuidados altamente especializados, com monitorização contínua e intervenções tecnicamente exigentes. Foi a primeira vez que tive a oportunidade de atuar nestes contextos, o que representou um marco significativo no desenvolvimento das minhas competências.

A admissão da PSC era antecedida por uma preparação cuidadosa, em que o enfermeiro de referência era previamente informado e iniciava a recolha de dados relevantes, preparando a unidade com os recursos materiais adequados. No SMI, este processo incluía a verificação operacional do ventilador mecânico, assegurando a prontidão da unidade para uma resposta eficaz, rápida e segura.

A gestão da dor revelou-se uma componente essencial ao longo de todo o ENP. Considerando que a dor pode comprometer a estabilidade hemodinâmica da PSC, a sua avaliação foi realizada de forma sistemática. Para tal, foi utilizada a escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale - BPS*; Payen et al., 2001; ver Anexo IV), que consiste numa escala que determina o nível de dor nos doentes críticos e sedados através da avaliação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e inferiores, bem como da coordenação com a ventilação. A intervenção do enfermeiro neste domínio exige não só conhecimento farmacológico, mas também sensibilidade para identificar sinais não verbais de dor. Em contextos em que a PSC estava consciente e orientada, capaz de comunicar, foi utilizada a escala numérica da dor, permitindo uma avaliação subjetiva e direcionada da intensidade dolorosa. O controlo eficaz da dor revelou-se determinante não só para o conforto da pessoa, como para a confiança da família nos cuidados prestados.

Em contexto de SMI, outro aspeto fundamental no cuidado à PSC foi a prevenção, deteção precoce e abordagem do delírio, condição frequentemente subvalorizada. Apesar de não ser prática sistemática, recorri ao Método de Avaliação da Confusão na UCI (*Confusion Assessment Method for the ICU – CAM-ICU*; Ely et al., 2001) como instrumento de referência. Paralelamente, foram implementadas estratégias não farmacológicas, com destaque para a reorientação cognitiva, otimização do sono e incentivo à presença da família, favorecendo o vínculo afetivo e o bem-estar emocional da PSC.

A importância do enfermeiro destaca-se pela sua presença contínua junto da PSC, assumindo uma posição privilegiada para detetar precocemente alterações do comportamento, atenção e

consciência, possibilitando uma intervenção antecipada, rápida e multidisciplinar. A monitorização do nível de consciência e sedação foi realizada com base na Escala de Agitação-Sedação de Richmond (*Richmond Agitation-Sedation Scale* – RASS; Sessler et al., 2002; ver Anexo V), em que, a sua aplicação regular permitiu uma avaliação objetiva e imediata, essencial para ajustar intervenções e identificar precocemente sinais de delírio. Esta escala, com pontuação que varia entre +4 (estado de agitação extrema) e -5 (coma profundo), constitui um instrumento fundamental para avaliar a profundidade da sedação e identificar alterações no estado neurológico de forma rápida e objetiva, servindo como pré-requisito para a avaliação do delírio com ferramentas específicas. A incorporação sistemática da escala RASS na prática clínica não só contribui para a segurança da PSC, como potencia a eficácia das intervenções preventivas e terapêuticas dirigidas ao delírio, reforçando a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

A família emerge como parte integrante de todo o processo de cuidar, não apenas como recetora de informação, mas como parceira ativa na tomada de decisões, em alinhamento com os princípios da prática centrada na PSC. Neste sentido, a comunicação contínua e empática aliada à humanização do ambiente terapêutico, é fundamental para mitigar o sofrimento emocional, promover o envolvimento familiar e garantir cuidados verdadeiramente centrados na pessoa (DGS, 2017a).

Assim, a relevância da comunicação revelou-se transversal a todos os contextos do ENP, assumindo-se como elemento estruturante da prática clínica e da relação terapêutica. Mais do que a transmissão de informação técnica, trata-se de um processo relacional e terapêutico, essencial para a compreensão do percurso clínico, o apoio emocional e a construção de confiança entre o enfermeiro, PSC e família.

Este domínio assumiu particular destaque por abordar a temática central do meu trabalho de investigação, reforçando a comunicação como uma ferramenta indispensável à prática ética, segura e humanizada. A escuta ativa, a validação emocional e o respeito pela dignidade da pessoa e da sua família são pilares indissociáveis da qualidade dos cuidados em enfermagem.

4.2 DINAMIZAÇÃO DE RESPOSTAS EM EMERGÊNCIAS, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

As situações de emergências, exceção e catástrofe constituem realidades distintas que exigem das instituições de saúde respostas rápidas, eficazes e sustentadas. A **emergência** caracteriza-se por uma agressão súbita à integridade física ou funcional da pessoa, que compromete a saúde e ameaça funções vitais, colocando a pessoa em risco de vida imediato, exigindo intervenção

clínica urgente (OE, 2018). Por sua vez, a **exceção** refere-se a contextos em que existe um desequilíbrio acentuado entre as necessidades assistenciais e os recursos disponíveis, implicando uma gestão rigorosa dos meios humanos e técnicos disponíveis (OE, 2018). Já a **catástrofe**, conforme definido na *Lei de Bases da Proteção Civil (2006)*, corresponde a um acidente grave ou conjunto de eventos que podem provocar elevados prejuízos humanos e materiais, com impacto significativo nas condições de vida e na estrutura socioeconómico.

Neste enquadramento, o EEEMC-PSC deve possuir competências para conceber, planear e gerir respostas sistematizadas, ajustadas à complexidade dos cenários. Durante o ENP tive oportunidade de intervir de forma imediata e estruturada em diversas emergências clínica, nomeadamente em contexto de paragem cardiorrespiratória, EAM e falência orgânica, aplicando metodologias de avaliação rápida como o protocolo ABCDE, assegurando a estabilização hemodinâmica, o suporte de funções vitais e a coordenação eficaz da equipa de enfermagem.

É igualmente relevante destacar o papel relacional do EE nestes contextos de emergência, exceção e catástrofe, onde a dimensão comunicacional e humanizada dos cuidados assume particular preponderância. A interação com famílias, sobretudo em situações de perda iminente ou em processos de decisão sobre limitação terapêutica, exige competências comunicacionais, sustentadas em princípios éticos.

A este propósito, saliento um episódio particularmente marcante, no qual prestei apoio à família de uma pessoa em situação de falência multiorgânica terminal. Nesse contexto, recorri a estratégias de comunicação empática, assertiva e sensível, de modo a transmitir informação clínica complexa sobre o estado da PSC e os cuidados a implementar, de forma a proporcionar cuidados humanizados em final de vida. Esta intervenção permitiu não só assegurar o direito à informação com clareza e respeito, mas também contribuir para o alívio emocional dos familiares, promovendo um ambiente de confiança, dignidade e apoio no processo de luto antecipado.

Quando o desafio se inscreve no âmbito da exceção, como no caso de uma afluência súbita de múltiplas vítimas ou da escassez significativa de recursos, compete ao EE gerir de forma criteriosa os meios disponíveis, reorganizar os fluxos assistenciais, estabelecer prioridades clínicas com base na gravidade e urgência das situações e assegurar a continuidade de cuidados diferenciados, seguros e centrados na PSC. Uma das situações mais desafiantes ocorreu no SU com a admissão inesperada de algumas vítimas com diferentes graus de complexidade

traumática (designado politraumatizado), resultante de acidente rodoviário. Fui integrado na reorganização dos fluxos assistenciais, tendo colaborado na redistribuição da equipa de acordo com a gravidade clínica e assegurado a priorização dos cuidados com base nos princípios do Plano de Contingência do Serviço. Esta atuação permitiu uma resposta eficaz e segura, centrada na PSC e adequada à escassez momentânea de recursos.

No que respeita a contextos de catástrofe, a recente pandemia de COVID-19 evidenciou a relevância da preparação estratégica antecipada e da flexibilidade organizacional. Embora não tenha vivenciado uma situação de catástrofe durante o ENP, foi possível analisar e refletir criticamente sobre os Planos de Emergência Institucionais, incluindo o Plano de Catástrofe Hospitalar, os respetivos níveis de contingência e o Plano de Evacuação dos diferentes serviços. Esta análise permitiu compreender a importância da articulação entre diferentes estruturas operacionais e a necessidade de treino contínuo por meio de simulacros, enquanto ferramentas fundamentais para testar planos institucionais, avaliar recursos e consolidar competências operacionais.

Um instrumento essencial nestes cenários é a Triagem de Catástrofe (ver Anexo VI - Folha de Catástrofe - Exemplo do Registo de Admissão no Posto Triagem) cuja aplicação visa racionalizar os recursos disponíveis quando o número de vítimas excede a capacidade de resposta, permitindo a sua classificação em quatro categorias: Prioridade 1 (vermelho – vítima emergente), Prioridade 2 (amarelo – vítima grave), Prioridade 3 (verde – vítima não grave) e Prioridade 4 (preto – vítima em óbito) (INEM, 2012). Esta classificação orienta os fluxos assistenciais e garante uma resposta organizada e proporcional à gravidade clínica.

Importa ainda destacar a importância do papel relacional do EEEMC-PSC em qualquer um destes cenários. Para além das intervenções clínicas especializadas, é essencial assegurar a comunicação eficaz com os familiares e cuidadores, promovendo cuidados centrados na pessoa, respeitando a sua dignidade e garantindo uma resposta eficiente e humanizada.

Em síntese, o desenvolvimento de competências na dinamização de respostas em contextos de emergência, exceção e catástrofe exige uma formação contínua, robusta e orientada para a complexidade, bem como a integração em equipas multidisciplinares altamente coordenadas, assegurando uma resposta técnico-científica alinhada com os princípios da segurança, da ética e da excelência em cuidados.

4.3 PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FALÊNCIA ORGÂNICA

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) define-se como a infeção adquirida na sequência da prestação de cuidados clínicos, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício das suas funções (DGS, 2007). Atualmente, as IACS representam uma ameaça significativa à segurança da pessoa e à qualidade dos cuidados prestados, estando associadas a elevados índices de morbilidade e mortalidade, ao prolongamento do internamento hospitalar e acréscimo substancial dos custos em saúde (OMS, 2022).

Paralelamente, a resistência aos antimicrobianos (RAM) constitui uma das maiores ameaças à saúde pública mundial, com projeções que estimam cerca de 700.000 mortes por ano e a possibilidade de atingir 10 milhões de óbitos anuais até 2050, caso não sejam adotadas medidas eficazes de contenção (O'Neill, 2016). Estas estimativas foram confirmadas e atualizadas por estudos recentes, como o de Murray et al. (2022), que apontam para 1,27 milhões de mortes diretamente atribuíveis à RAM em 2019, com um total de 4,95 milhões associadas a infeções bacterianas resistentes. Na União Europeia, calcula-se que a RAM seja responsável por mais de 25.000 mortes anuais, o que realça a necessidade de ações imediatas e sustentadas (OMS, 2021; ECDC, 2022).

Neste contexto, o EEEMC-PSC deve possuir competências na prevenção e controlo da infeção e RAM, assumindo um papel ativo na sua implementação, monitorização e supervisão das boas práticas clínicas sustentada em evidência científica (OE, 2018).

A nível nacional, destaca-se o *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos* (PPCIRA), formalizado através do Despacho n.º 10901/2022. O programa reforça a sua missão estratégica, em alinhamento com o *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026* e com o futuro *Plano Nacional Uma Só Saúde 2023–2030*. Os objetivos centrais do programa mantêm-se focados na redução da incidência de IACS, na promoção do uso racional de antimicrobianos e na contenção da RAM, passando atualmente a ser operacionalizado através uma rede organizativa articulada em três esferas de atuação: nacional, regional e local. (DGS, 2017b)

No âmbito do PPCIRA, mantêm-se como fundamentais as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), que incluem, a higiene rigorosa das mãos, a utilização correta de Equipamento de Proteção Individual (EPI), o isolamento de contacto quando clinicamente indicado e as práticas seguras no manuseamento de dispositivos invasivos, equipamentos e resíduos clínicos.

Estas medidas são reforçadas por auditorias clínicas regulares, formação contínua dos profissionais e através de ações de supervisão ativa dos cuidados (DGS, 2017b, 2017c).

Como complemento, foi introduzido o *Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica* (PAPA), com enfoque na monitorização rigorosa da prescrição de antibióticos críticos, promovendo abordagens educativas, comportamentais e baseadas em evidência, de forma a minimizar o impacto microbiológico associado ao uso inadequado destes fármacos. (DGS, 2017c)

Neste contexto, destaca-se o projeto *STOP Infecção Hospitalar*, iniciado entre 2015 e 2018 com a participação de 10 hospitais do SNS e relançado em 2022, após a pandemia Covid-19, como *STOP Infecção Hospitalar 2.0*. Este projeto, desenvolvido em parceria com a Fundação *Calouste Gulbenkian* (FCG) e o *Institute for Healthcare Improvement*, foi alargado para 22 hospitais, tendo como objetivo reduzir em 50% cinco tipos principais de infeções hospitalares num prazo de três anos. Este projeto é atualmente considerado um dos indicadores de qualidade do PPCIRA e elemento integrante do processo de contratualização das instituições de saúde com o SNS. (DGS, 2022; FCG, 2022).

No cuidar da PSC nos diferentes contextos vivenciados ao longo do ENP, tive oportunidade de implementar, de forma consistente, as boas práticas preconizadas pelas PBCI, com o objetivo de promover a segurança da PSC, bem como dos pares, contribuindo assim na redução das IACS. Por outro lado, tentei implementar intervenções inerentes à prevenção e controlo de infeção, tais como a avaliação diária da necessidade de manutenção de dispositivos invasivos, a substituição de cateter venoso periférico e vesical, a renovação dos sistemas de perfusão, a realização de rastreios microbiológicos na admissão, de acordo com o protocolo do serviço e ainda a intervenção educativa dirigida à família durante o período de visitas, consciencializando-a para a problemática e para a importância do cumprimento das normas de prevenção e controlo de infeção. Entendo que, para além dos profissionais, também as famílias da PSC devem estar consciencializadas para esta problemática, promovendo uma cultura de segurança partilhada.

Ao longo da prática clínica, foram observadas mudanças relevantes nas condições físicas e organizacionais dos serviços, com impacto direto na aplicação das medidas de controlo.

No SU, apesar da existência de EPI e da sinalização adequada das áreas de isolamento, observaram-se constrangimentos significativos relacionados com a estrutura física do serviço e a sobrecarga assistencial, dificultando a aplicação sistemática das medidas. Em contrapartida, na UCIC e no SMI, a presença de infraestruturas mais adequadas e sistemas organizativos

otimizados permitiu uma implementação mais consistente e segura das PBCI, favorecendo a adesão às normas e controlo efetivo do risco infeccioso.

Neste âmbito, a formação contínua dos profissionais e a educação das famílias assumem um papel determinante, devendo ser complementada pela supervisão ativa nos cuidados, reforço das auditorias clínicas e avaliação sistemática da adesão às normas estabelecidas pela Unidade Local do PPCIRA. A constante procura por evidência científica atualizada, aliada à experiência adquirida durante o ENP, permitiu o desenvolvimento de competências fundamentais num domínio transversal e vital para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

4.4 CONTRIBUTO DA COMPONENTE CLÍNICA PARA O DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A componente clínica assumiu um papel determinante na consolidação de competências específicas em EMC, com particular destaque na prestação de cuidados à PSC. Esta exigente etapa formativa proporcionou uma experiência estruturada em contextos clínicos de alta complexidade, promovendo a articulação efetiva entre o conhecimento teórico-científico e a prática clínica, num exercício constante de integração do saber académico com a realidade assistencial.

A experiência vivida em diferentes contextos clínicos de elevada complexidade, nomeadamente no SU, na UCIC e no SMI, constituiu um contributo significativo e gratificante para a aquisição, consolidação e aperfeiçoamento de competências técnico-científicas essenciais ao desempenho de funções enquanto EE. Domínios como monitorização contínua, gestão de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, bem como a implementação de intervenções no âmbito do suporte avançado de vida, foram competências desenvolvidas com rigor e sustentadas na melhor evidência científica disponível, alinhadas com orientações de boas práticas clínicas recomendadas.

Paralelamente, a integração em equipas multidisciplinares nestes contextos clínicos favoreceu o desenvolvimento de competências relacionais, colaborativas e de liderança, essenciais à prestação de cuidados diferenciados em enfermagem. A participação ativa em processos de tomada de decisão partilhada, nomeadamente em situações de instabilidade clínica e emergência, potenciou a capacidade de comunicação terapêutica, a assertividade e a gestão eficaz de recursos em ambiente de elevada pressão assistencial. Estas competências do EE

revelaram-se indispensáveis para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, bem como para promover a segurança e o bem-estar da PSC.

A componente clínica, associada à supervisão pedagógica e à reflexão sistemática da prática, fomentou o desenvolvimento de uma atitude crítica e analítica no processo de tomada de decisão em enfermagem. A utilização sistemática da evidência científica na sustentação das intervenções realizadas, aliada à análise reflexiva dos resultados, contribuiu para o reforço da capacidade de adaptação do EE a contextos clínicos caracterizados por elevada complexidade, instabilidade e imprevisibilidade.

Por outro lado, a exposição contínua a realidades clinicamente exigentes constituiu um fator catalisador do amadurecimento pessoal e profissional, promovendo a interiorização de princípios éticos e deontológicos fundamentais, nomeadamente a empatia, a humanização dos cuidados e o sentido de responsabilidade profissional. A exposição constante a cenários de sofrimento, a instabilidade do estado clínico e a imprevisibilidade do prognóstico exigiram a necessidade de desenvolver mecanismos de resiliência e adotar estratégias eficazes de autorregulação emocional, essenciais para garantir a estabilidade e o desempenho profissional em contextos de elevada pressão emocional.

Finalmente, a componente clínica contribuiu de forma significativa para um papel determinante na consolidação da identidade profissional do EE, através da apropriação progressiva de competências diferenciadas e da afirmação do seu papel enquanto elemento central na resposta aos cuidados à PSC. A autonomia na tomada de decisão clínicas, a responsabilidade pela gestão integral dos cuidados e a capacidade de liderança em ambientes complexos constituem atributos essenciais adquiridos ao longo do percurso formativo, refletindo o amadurecimento progressivo da atuação clínica diferenciada.

PARTE II – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA OTIMIZAR A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A necessidade de fundamentar as intervenções de enfermagem com conhecimento científico rigoroso, aliado à experiência clínica e às preferências da pessoa, tem conduzido à adoção de uma abordagem estruturada designada por prática baseada na evidência (PBE). Embora a PBE seja frequentemente associada a intervenções técnicas, a sua aplicação nas práticas comunicacionais é igualmente essencial, dado que a comunicação eficaz com a família da pessoa em situação crítica (PSC) influencia diretamente a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

A PBE constitui uma abordagem metodológica estruturada que integra, de forma crítica, a melhor evidência científica disponível. Este enquadramento sustenta a tomada de decisão em saúde, garantindo intervenções seguras, eficazes e ajustadas às necessidades individuais, potenciando, assim, a otimização dos resultados clínicos. Tal como salienta Mendes et al. (2022), a PBE implica a utilização consciente, explícita e criteriosa da evidência mais atual no processo de cuidar, destacando o papel do enfermeiro enquanto promotor de práticas fundamentadas e baseadas na qualidade, proporcionando uma melhoria contínua dos cuidados de saúde.

A sua implementação requer um processo dinâmico e contínuo que compreende a formulação de questões clínicas pertinentes, a procura e análise crítica da literatura, a integração dos resultados com a experiência profissional e a consideração das preferências da pessoa. Paralelamente, é indispensável monitorizar os resultados das intervenções, de modo a avaliar a sua eficácia e introduzir os ajustamentos necessários. Assim, a PBE representa uma mudança paradigmática na prática clínica, orientando-a para uma abordagem mais reflexiva, informada e centrada na pessoa, podendo ser obtida por diferentes estudos de investigação, em particular, por revisões integrativas.

Uma RIL define-se como uma metodologia de investigação que permite reunir, avaliar e sintetizar criticamente estudos existente sobre um determinado tema, incluindo estudos de diferentes naturezas metodológicas de forma estruturada e rigorosa. O propósito deste método de investigação é obter uma compreensão profunda de um determinado fenómeno baseando-se em estudos secundários (Vilelas, 2025).

A PBE traduz resultados científicos em recomendações aplicáveis aos contextos de cuidados, ensino e gestão em serviços de saúde. Neste âmbito, o Joanna Briggs Institute (JBI, 2020) entidade internacional de referência em síntese de evidência, reforça a relevância da RIL

enquanto método que sustenta a tomada de decisão clínica fundamentada, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados (JBI, 2020). Deste modo, com recurso a uma RIL o presente capítulo dá resposta à questão de investigação: “Quais as estratégias, utilizadas pelos enfermeiros, para otimizar a comunicação com a família da Pessoa em Situação Crítica?”

2. SELEÇÃO DA TEMÁTICA: COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA

A família é um pilar indispensável em todo o processo de saúde/doença, desempenhando um papel fundamental tanto para a PSC como para os profissionais de saúde que a cuidam. Para além de ser a principal fonte de apoio emocional e social, a família é também mediadora de valores, crenças e preferências, que devem ser considerados no planeamento dos cuidados. A literatura em enfermagem de família reconhece que a doença não afeta apenas a pessoa, mas repercute-se em todo o sistema familiar, originando processos de adaptação e reorganização que influenciam diretamente o bem-estar de todos os seus membros (Wright & Leahey, 2019). A família deve, por isso, ser entendida como parte integrante dos cuidados, e não apenas como um elemento externo ou secundário. A sua inclusão no processo terapêutico favorece a humanização dos cuidados, aumenta a satisfação com o acompanhamento recebido e potencia melhores resultados clínicos e psicossociais, tanto para a PSC como para os familiares (Davidson et al., 2017; Society of Critical Care Medicine [SCCM], 2025). Assim, a proximidade e envolvimento da família revelam-se determinantes, não apenas como suporte à PSC, mas também como parceiros ativos na comunicação clínica e na tomada de decisão partilhada (Mackie et al., 2019).

Em contexto de cuidados à PSC, que vivencia maior vulnerabilidade, o processo de hospitalização é particularmente desafiador, não só para a pessoa como para a família, uma vez que impõe a separação inevitável da PSC com os seus familiares, tornando-se uma experiência geradora de sentimentos de ansiedade, medo, impotência e incerteza, que podem repercutir-se em sofrimento. Os familiares podem experienciar sintomas depressivos, perturbações do sono e até stress pós-traumático relacionados com o internamento de um familiar em unidade de cuidados intensivos (UCI) (Kentish-Barnes et al., 2019). Estes sentimentos negativos podem ser exacerbados pela ineficaz ou inexistente comunicação dos profissionais de saúde com a família.

A prestação de cuidados implica, inevitavelmente, processos comunicacionais contínuos entre profissionais, doentes e famílias. Não se pode, portanto, falar de saúde ou de enfermagem sem reconhecer a centralidade da comunicação como ferramenta essencial para o estabelecimento de relações terapêuticas, para a partilha de informação e para a construção de uma relação baseada na confiança (Fleischer, 2017; McCabe & Timmins, 2013; Silva, 2011).

A comunicação em saúde pode ser entendida como o processo de intercâmbio de informação, sentimentos e significados entre profissionais de saúde a PSC e a sua família, com vista à

promoção da compreensão, empatia e adesão terapêutica. É importante salientar que a comunicação envolve não apenas a transmissão de mensagens verbais, mas também componentes não verbais, como a postura, a expressão facial e o tom de voz, que desempenham um papel crucial na percepção e receção da mensagem (McCabe, 2014).

No contexto clínico, a comunicação eficaz deve ser clara, empática e ajustada ao nível de literacia em saúde da pessoa e da família, de forma a garantir que a mensagem é compreendida (Reifarth et al., 2024).

Em enfermagem, a comunicação é considerada uma competência nuclear, indispensável para a avaliação clínica e para a implementação de intervenções. É através da comunicação que o enfermeiro identifica necessidades, adapta cuidados e promove educação para a saúde, assegurando a continuidade dos cuidados.

A comunicação eficaz com a família da PSC exige a adoção de estratégias específicas que favoreçam a construção de uma relação terapêutica sólida, baseada na confiança, na escuta ativa e na empatia. Neste sentido, uma das estratégias essenciais é centrar a comunicação na família, reconhecendo-a como parceira ativa nos cuidados. Esta abordagem implica a utilização de uma linguagem clara, acessível e adaptada ao nível de literacia da família, tendo em conta a valorização dos seus sentimentos, crenças e necessidades. Por sua vez, a existência de reuniões estruturadas e regulares que envolvem um diálogo bidirecional, permitem esclarecer dúvidas e receios de forma a alinhar expectativas e capacitar a família nas decisões clínicas, promovendo um ambiente de maior segurança emocional e cooperação (Araújo et al., 2023).

Outra estratégia fundamental consiste na utilização de estruturas comunicacionais padronizadas, como o modelo *Ask–Tell–Ask* (perguntar - informar - perguntar), que promove uma comunicação mais clara e centrada na família. Esta abordagem envolve três momentos principais: questionar a família sobre o que compreende da situação clínica atual, fornecer a informação de forma acessível e humanizada, e, por fim, verificar a compreensão e acolher as reações emocionais. Esta estratégia favorece a construção de um diálogo terapêutico bidirecional, reduz ambiguidades e assegura que os familiares compreendem com exatidão o estado clínico da PSC e os passos subsequentes no plano terapêutico, contribuindo para melhores resultados em saúde (Jones, 2023; Reifarth et al., 2024).

Paralelamente, e de forma a otimizar a comunicação com a família é crucial a formação contínua dos profissionais de enfermagem em competências comunicacionais, nomeadamente no

domínio da escuta empática, na gestão de conversas difíceis e na adaptação cultural da linguagem. Esta última associada à estratégia de *Recipient Design*, que defende a adequação da mensagem ao nível de literacia e às características socioculturais da família (Reifarth et al., 2023; Jones, 2023). A comunicação não verbal assume também grande relevo, uma vez que o contacto visual, o tom de voz e a postura corporal do profissional deve ser cuidadosamente integrada e valorizada como suporte à verbalização, transmitindo empatia, respeito e disponibilidade (Ferreira et al., 2022; McCabe, 2014). Estas estratégias, quando implementadas de forma consistente e ética, são determinantes para fortalecer o vínculo entre a equipa de saúde e a família, promovendo cuidados mais humanizados, coerentes e eficazes.

Adicionalmente e não menos importante, a comunicação proativa e antecipatória constitui uma estratégia eficaz na gestão das expectativas da família, particularmente em contextos de instabilidade clínica. Esta prática pressupõe que os profissionais de saúde comuniquem de forma regular, mesmo na ausência de alterações clínicas significativas, reforçando assim, a transparência e a previsibilidade do processo terapêutico. A antecipação de possíveis cenários e a clarificação dos limites da intervenção clínica são aspetos que contribuem para a preparação antecipada da família, para possíveis desfechos da situação crítica. Desta forma, permite a redução de incertezas, evitando sentimentos de surpresa ou frustração por parte da família (Alves et al., 2022). Neste contexto, a consistência das mensagens entre os diferentes elementos da equipa também é essencial, pois previne informações contraditórias, garantindo a coesão e uniformidade comunicacional.

Por fim, a escuta reflexiva emerge como uma competência chave na comunicação terapêutica com a família. Esta técnica implica que o profissional, para além da escuta, tenha a capacidade de reflexão de forma a demonstrar à família a sua compreensão, validando as emoções expressas e proporcionando espaço para a clarificação de dúvidas. A escuta reflexiva favorece a construção de um espaço seguro para a expressão emocional e fortalece a aliança terapêutica, sobretudo em momentos de elevada complexidade clínica e de carga emocional (Timmins et al., 2023). Assim, a comunicação em enfermagem deixa de ser um ato meramente técnico e passa a assumir-se como um processo relacional, intencional e ético, fundamental para a dignificação dos cuidados à PSC e da sua família.

2.1 MÉTODO

A RIL foi desenvolvida de forma sequencial respeitando a orientação metodológica de Mendes, Silveira & Galvão (2008), que contempla seis etapas fundamentais. Trata-se de um método de

pesquisa abrangente, destinada a sintetizar o conhecimento disponível sobre um determinado tema, reunindo resultados de estudos empíricos e teóricos relevantes, com vista à produção de evidência científica aplicável à prática profissional.

A **primeira etapa** corresponde à **identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa**. Reconheceu-se que a comunicação entre enfermeiros e familiares da PSC constitui um elemento essencial na prática de enfermagem, contribuindo para a humanização, a redução do sofrimento emocional e a promoção da participação ativa da família nos cuidados de enfermagem. Contudo, a ausência de estratégias estruturadas compromete a eficácia da comunicação, gerando sentimentos de insegurança na família, fragilizando a relação terapêutica entre enfermeiro e familiares (Araújo et al., 2019). Com referência no protocolo dos autores supracitados a formulação de uma questão de investigação estruturada constitui um passo essencial na condução de RIL, pois orienta todo o processo de pesquisa, seleção e análise da evidência científica. Para esse efeito, a utilização da mnemónica **PICO** (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*) revela-se particularmente útil, ao permitir delimitar claramente a população-alvo, a intervenção a avaliar, a comparação a estabelecer e os resultados esperados. Esta mnemónica favorece a definição de questões focadas e clinicamente pertinentes, potenciando a obtenção de evidência rigorosa e aplicável à prática profissional em saúde (Tufanaru et al., 2020).

- **P (*Population* / População):** Família da PSC;
- **I (*Intervention* / Intervenção):** Estratégias de comunicação com a família da PSC;
- **C (*Comparison* / Comparação):** não se aplica;
- **O (*Outcome* / Resultados):** otimização da comunicação com a família da PSC

Deste modo, a versão da questão de investigação foi: “Quais as estratégias, utilizadas pelos enfermeiros, para otimizar a comunicação com a família da PSC? A resposta a esta inquietação teve como objetivo: sintetizar a evidência científica relativa às estratégias comunicacionais adotadas pelos enfermeiros com vista à otimização da comunicação com a família da PSC.

Na **segunda etapa**, referente ao **estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura**, a pesquisa foi realizada entre outubro e novembro de 2024 em duas plataformas principais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a plataforma *EBSCOhost*, esta última integrando bases de dados como a *CINAHL Complete*, *MEDLINE*

Complete. Ambas plataformas integram bases de dados científicas de elevada relevância para a enfermagem e para a saúde.

Foram definidos os seguintes limitadores: estudos publicados entre 1 de janeiro de 2019 e 1 de novembro de 2024; redigidos em português, inglês ou espanhol; e estudos com texto completo disponível. Como critérios de inclusão, consideraram-se os estudos que abordassem estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação com a família da PSC, cuja população - alvo incluíse adultos (≥ 18 anos). Por sua vez, foram excluídos artigos duplicados, publicações de carácter não científico (como editoriais, artigos de opinião e resumos de conferências), estudos exclusivamente pediátricos ou neonatais, investigações em contexto de cuidados paliativos, bem como estudos focados unicamente no contexto da pandemia de COVID-19, devido ao risco de enviesamento dos resultados. Uma vez que, apesar da sua relevância histórica, estes apresentam características específicas (restrições de visita, contextos epidemiológicos excecionais e políticas institucionais particulares) que poderiam condicionar a comparabilidade dos resultados e comprometer as evidências ao cenário atual de cuidados críticos.

Para garantir uniformização terminológica e maximizar a sensibilidade da pesquisa foram utilizados descritores validados nos vocabulários controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na BVS e *MeSH (Medical Subject Headings) na EBSCOhost*. Adicionalmente, para captar publicações não diretamente indexadas, recorreu-se ao termo livre em português e inglês, como: estratégias de comunicação / *communication strategies*. Os descritores foram colocados pela respetiva ordem apresentada usando os operadores booleanos "AND" e "OR".

Após a pesquisa dos descritores das palavras-chave foi construída a seguinte frase *booleana* na plataforma BVS: ("Estratégias de Comunicação" OR "Comunicação") AND ("Relações Enfermeiro-Paciente" OR "Relações Profissionais-Família") AND (Família OR "Relações Familiares" OR Cuidadores) AND (Enfermeiros OR "Equipa de Enfermagem") AND ("Pessoa em situação crítica" OR "Cuidados Críticos" OR "Unidades de Cuidados Intensivos"). Na plataforma *EBSCOhost*: ("*Communication Strategies*") AND (*Communication*) AND ("*Nurse-Patient Relations*" OR "*Professional-Family Relations*") AND (*Family* OR "*Family Relations*" OR *Caregivers*) AND (*Nurses* OR "*Nursing Staff*") AND ("*Critically Ill Patient*" OR "*Critical Care*" OR "*Intensive Care Units*").

Após a pesquisa na web, procedeu-se à triagem da evidência identificada, conforme representado no fluxograma de triagem que sintetiza o processo de seleção dos estudos incluídos (ver figura 2).

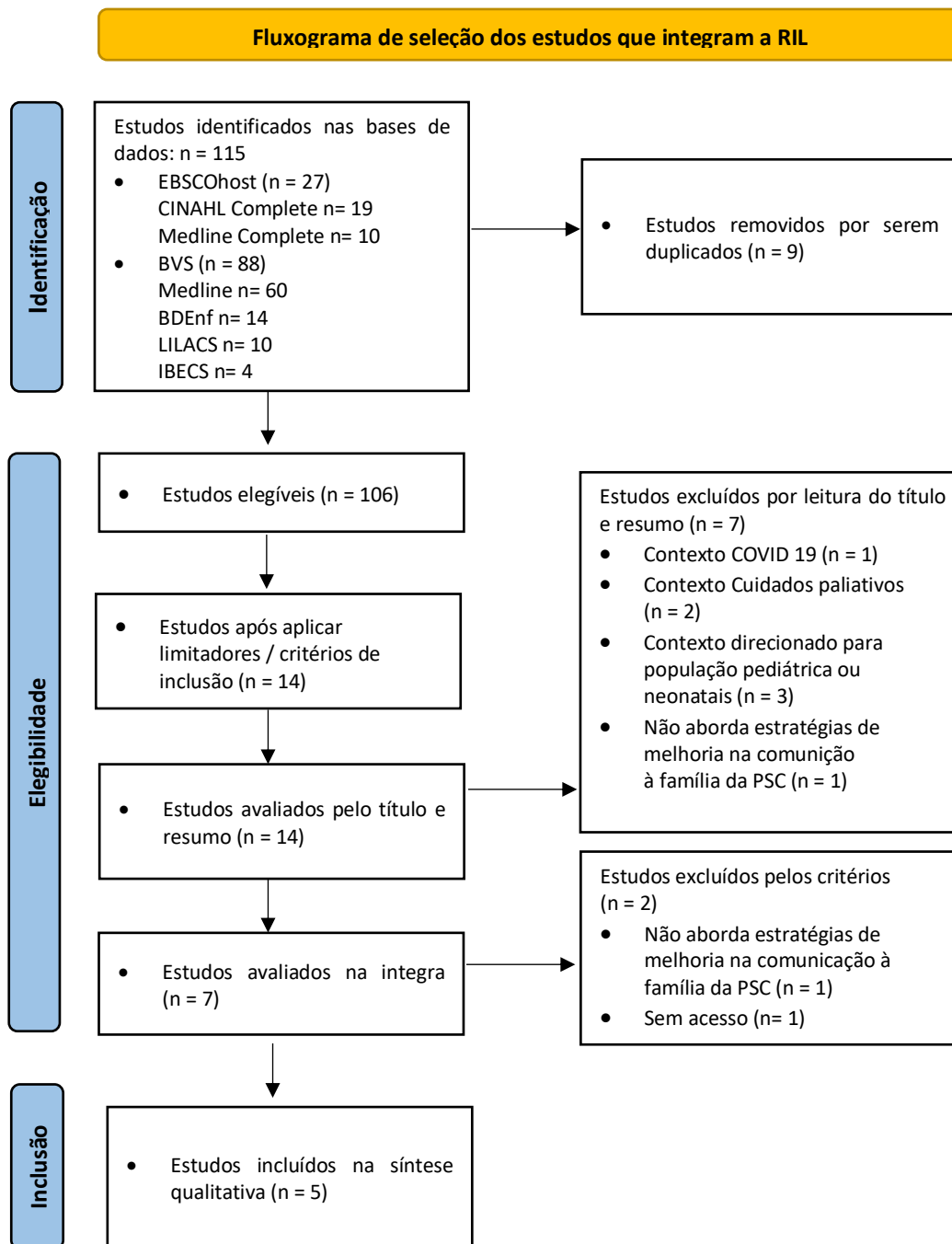


Figura 2. Fluxograma de seleção dos estudos que integram a revisão integrativa da literatura

Fonte: PRISMA 2020, adaptado.

O processo de seleção da evidência seguiu as orientações do PRISMA 2020, conforme as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement* (Page et al., 2021). Após a pesquisa nas bases de dados e a eliminação dos

duplicados, os estudos foram submetidos à triagem por título, resumo e texto integral, resultando na inclusão final de cinco artigos que cumpriram os critérios definidos.

A **terceira etapa** correspondeu à **definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos**, teve como objetivo organizar e resumir os dados de forma estruturada e uniforme, de modo a facilitar a análise crítica subsequente.

Foi elaborado um instrumento padronizado de extração de dados, sob a forma de tabela (ver Quadro 1), com o objetivo de sistematizar a caracterização dos estudos incluídos na RIL. Este quadro sintetiza os cinco estudos selecionados, centrando-se nas estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação com a família da PSC.

Cada estudo foi analisado com base nos seguintes critérios: identificação (autor, ano de publicação e país de origem), tipo de estudo, método e instrumento de colheita de dados, caracterização dos participantes, objetivo geral e principais resultados e conclusões.

Quadro 1. Síntese da evidência científica dos estudos incluídos da RIL

	Identificação do estudo	Tipos de estudo/Instrumento de colheita de dados	Participantes/Amostra	Objetivo geral
1º Artigo	Sá, F.L.G. & Henriques, H.M.S.R. / Estratégias de comunicação com a família da PSC. / Portugal / 2021	RIL / Pesquisa em bases de dados (CINAHL, Medline, PubMed, Cochrane, ScienceDirect) e literatura cinzenta.	16 artigos incluídos (2014–2019)	Identificar as intervenções de enfermagem que otimizam a comunicação com a família da PSC.
Principais Conclusões	Os enfermeiros desempenham um papel crucial na comunicação terapêutica com a família da PSC, reduzindo sofrimento emocional e ansiedade. As principais estratégias de comunicação incluem: comunicação atualizada em linguagem acessível; promoção de conferências familiares estruturadas; atitude empática (escuta ativa, contacto visual, toque terapêutico); acolhimento e entrega de informação escrita; promoção de confiança na equipa e apoio emocional orientado para a gestão de esperança e expectativas. O estudo conclui que a comunicação, enquanto instrumento do cuidar, é uma competência essencial em enfermagem que contribui para a saúde mental da família.			
2º Artigo	Reifarth, E.; Böll, B.; Kochanek, M.; Garcia Borrega, J. / Communication strategies for expressing empathy during	Estudo de métodos mistos / Inquérito online com	n = 94 familiares; n = 42 enfermeiros; n = 28 médicos; de duas UCI.	Explorar estratégias de comunicação para expressar empatia em

	family–clinician conversations in the ICU / Alemanha / 2024	perguntas fechadas, abertas e opções de resposta livre.		conversas entre familiares e profissionais em contexto de UCI.
Principais Conclusões	O estudo aborda um conjunto de estratégias de comunicação empática, salientando a importância de garantir que a PSC e sua família se sintam apoiados em todo o processo de doença. Para tal, torna-se importante que os profissionais reconheçam e validem as suas emoções, oferecendo apoio, acolhimento dos familiares e fornecendo informações de forma clara e compreensível. Foram ainda valorizadas as estratégias de comunicação não verbal, como a escuta ativa, evitar interrupções, comunicação honesta e a promoção da proximidade relacional. Os autores defendem que a eficácia comunicacional não depende apenas do conteúdo da mensagem, mas também da forma como esta é transmitida, sublinhando a relevância da comunicação relacional e empática na humanização dos cuidados.			
3º Artigo	Reifarth, E.; Böll, B.; Kochanek, M.; Garcia Borrega, J. / Communication strategies for effective family–clinician conversations in the ICU / Alemanha / 2023	Estudo de métodos mistos / Inquérito digital com questões abertas e fechadas, escalas e texto livre.	n = 1100 familiares; n = 42 enfermeiros; n = 28 médicos; de duas UCI.	Identificar as estratégias de comunicação eficazes durante conversas entre famílias e os profissionais em UCI.
Principais Conclusões	O estudo identificou estratégias comunicacionais estruturadas, com destaque para a utilização de modelos de comunicação, como o <i>Ask–Tell–Ask</i> (Perguntar - Informar - Perguntar) e o <i>recipient design</i> (adaptação da linguagem ao nível de compreensão da família). As práticas comunicacionais centradas na relação, como a escuta ativa, a promoção de um diálogo aberto e bidirecional, a manifestação de comportamentos empáticos e respeitosos e a evitação de perguntas fechadas foram reconhecidas como facilitadoras da			

	comunicação eficaz. Estas intervenções contribuem para uma maior compreensão por parte dos familiares, o fortalecimento da relação terapêutica e a promoção da tomada de decisão partilhada. partilhada.			
4º Artigo	Jones, M. / Improving family communication in critical care. The Canadian Journal of Critical Care Nursing, 34(1), 15–24 / Canadá / 2023	Revisão narrativa / Pesquisa em bases de dados sobre barreiras e estratégias de comunicação em cuidados críticos.	Não se aplica (revisão narrativa). (sem participantes diretos)	Explorar as barreiras à comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a família em contexto de cuidados, compreender as estratégias padronizadas de comunicação existentes e apoiar a sua implementação neste cenário clínico.
Principais Conclusões	Uma comunicação ineficaz aumenta o sofrimento e ansiedade dos familiares. Por outro lado, evidenciou que a utilização de modelos estruturados de comunicação clínica, tais como: READY; VALUE; PACE e treino em competências são fundamentais para garantir uma comunicação clara, empática e eficaz. O envolvimento das organizações é também essencial para fornecer recursos e formar equipas competentes.			
5º Artigo	Yoo, H.J.; Lim, O.B.; Shim, J.L. / <i>Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit.</i> / Coreia do Sul / 2020	Estudo qualitativo descritivo / Entrevistas semiestruturadas e grupos focais / Análise de Colaizz.	n = 16 enfermeiros de UCI de um hospital.	Avaliar as estratégias / experiências comunicacionais dos enfermeiros com doentes e familiares no contexto de UCI.

<p>Principais Conclusões</p>	<p>O estudo enfatiza as experiências comunicacionais dos enfermeiros com a família identificando a comunicação como parte essencial do cuidado. As principais estratégias incluem: uso de linguagem simples e acessível; escuta ativa; empatia e sinceridade na interação; utilização de comunicação não verbal (gestos, expressões); mediação entre médicos e famílias; reflexão sobre experiências para melhorar abordagens futuras. Conclui que é necessário investimento em treino contínuo e suporte institucional para otimizar a comunicação terapêutica.</p>
---	--

A categorização dos estudos com base nesses critérios permitiu criar uma base de dados organizada e acessível, fundamental para a comparação dos estudos, a identificação de padrões e a interpretação das evidências.

Na **quarta etapa**, referente à **avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa**, procedeu-se à análise sistemática das suas características metodológicas e dos principais contributos para o tema em estudo, de forma a garantir a validade, a relevância e a coerência da evidência selecionada.

Quadro 2. Avaliação dos estudos incluídos na RIL

Estudo	Tipo de Estudo	Qualidade Metodológica	Principais Limitações	Aplicabilidade à Prática	Grau de Evidência
Sá & Henriques (2021)	Revisão integrativa	Boa consistência metodológica; pesquisa em várias bases; critérios de inclusão claros.	Não descreve avaliação da qualidade dos estudos incluídos.	Elevada > estratégias transferíveis (empatia, escuta ativa, conferências familiares).	Moderado (nível intermédio de evidência).
Reifarth et al. (2024)	Métodos mistos (inquérito online)	Rigor metodológico e triangulação de perspetivas; combinação de dados quantitativos e qualitativos.	Amostra limitada; viés de autorrelato; inquérito online.	Média - alta > reforça a importância da empatia e comunicação relacional.	Moderado (boa consistência, mas limitação de generalização).
Reifarth et al. (2023)	Métodos mistos (inquérito digital, amostra alargada)	Desenho robusto; amostra ampla; identifica modelos estruturados (Ask-Tell-Ask).	Concentração geográfica; ausência de controlo de variáveis contextuais.	Alta > aplicável à formação e prática clínica.	Alto (forte validade interna e relevância prática).

Jones (2023)	Revisão narrativa	Síntese conceptual útil; contextualiza barreiras e estratégias.	Falta de metodologia explícita; risco de viés de seleção das fontes.	Média > útil para políticas e enquadramento teórico.	Moderado (evidência conceptual, sem base sistemática).
Yoo et al. (2020)	Qualitativo descritivo	Metodologia adequada; análise fenomenológica consistente.	Amostra reduzida; transferibilidade limitada; viés de desejabilidade.	Média-alta > útil para treino comunicacional e reflexão ética.	Moderado (boa profundidade, menor generalização).

Os estudos revelam coerência metodológica e relevância clínica, evidenciam que a comunicação é uma competência central do enfermeiro e um determinante essencial da qualidade e humanização dos cuidados em contexto crítico. As principais limitações relacionam-se com amostras reduzidas, contextos únicos e ausência de controlo de variáveis, o que condiciona a generalização dos resultados. Ainda assim, a evidência é considerada consistente e aplicável à prática, sustentando recomendações para a formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros em comunicação.

A **quinta etapa** consistiu na **interpretação dos resultados**. Foi realizada uma avaliação crítica e sistemática dos cinco estudos selecionados que integraram a RIL com o propósito de assegurar a qualidade metodológica e a validade das evidências sintetizadas.

O estudo de **Sá e Henriques (2021)**, uma revisão integrativa, aplicou uma metodologia que apesar de ser clara, com seleção estruturada de fontes e discussão fundamentada, apresentou como limitação, a ausência de uma ferramenta formal de avaliação da qualidade dos estudos incluídos. Por sua vez, os dois estudos de **Reifarth et al. (2023, 2024)**, ambos de abordagem mista, destacaram-se pela amostra diversificada e pela identificação de estratégias comunicacionais empáticas e estruturadas. O estudo de 2023 destacou a aplicação do modelo *Ask–Tell–Ask* e a adaptação da linguagem às necessidades da família, enquanto o estudo de 2024 enfatizou estratégias de empatia e escuta ativa. Ambos apresentaram elevada qualidade metodológica, ainda que tenham referido como limitação a ausência de informação pormenorizada sobre a validade dos instrumentos utilizados.

O estudo de **Jones (2023)**, uma revisão narrativa, ofereceu uma análise abrangente sobre modelos padronizados de comunicação em cuidados críticos. Por fim, o estudo qualitativo de **Yoo, Lim e Shim (2020)** demonstrou boa qualidade metodológica, com base em entrevistas e grupos focais analisados segundo o método de Colaizzi, embora tenha apresentado como limitação uma amostra reduzida.

Em suma, a avaliação crítica dos estudos selecionados, demonstrou que quatro dos cinco estudos apresentam qualidade metodológica moderada, reforçando a fiabilidade das evidências integradas. Por sua vez, a diversidade metodológica encontrada (qualitativa, revisão integrativa, métodos mistos) permitiu uma maior compreensão abrangente e contextualizada das estratégias comunicacionais entre enfermeiros e familiares da PSC. Assim sendo, os estudos com maior robustez empírica e rigor metodológico foram priorizados na síntese final, contribuindo

para uma revisão integrativa sólida, coerente e orientada para a prática clínica em contexto de cuidados críticos.

Por fim, a **sexta etapa** correspondeu à **apresentação da revisão / síntese do conhecimento** construído a partir da análise crítica dos estudos selecionados. Nesta fase, procedeu-se à integração dos resultados empíricos e teóricos, com o intuito de identificar padrões de evidência, convergências temáticas e lacunas existentes no conhecimento relativamente às estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com as famílias da PSC. Esta etapa visou consolidar os principais contributos científicos da RIL.

2.2 RESULTADOS

A análise crítica e sistematizada dos estudos selecionados permitiu identificar três eixos centrais e interdependentes no domínio da comunicação entre o enfermeiro e a família da PSC. O primeiro eixo, referente às **estratégias estruturadas**, contempla abordagens organizadas e formalizadas de interação que promovem clareza, consistência e continuidade comunicacional como evidenciado nos estudos de Reifarth et al. (2023), Jones (2023) e Sá & Henriques (2021). O segundo eixo, centrado nas **estratégias relacionais e empáticas**, valoriza a construção de vínculo, o reconhecimento emocional e o estabelecimento de uma relação terapêutica segura, aspetos explorados nos estudos de Reifarth et al. (2024), Yoo, Lim & Shim (2020) e Sá & Henriques (2021).

Por sua vez, o terceiro eixo, correspondente à **estratégia organizacional e interprofissional**, evidencia que a eficácia da comunicação transcende as competências individuais dos enfermeiros, exigindo uma cultura institucional colaborativa, suporte formativo contínuo e políticas estruturadas que sustentem uma prática comunicacional centrada na pessoa e na família, como defendido por Jones (2023) e Reifarth et al. (2024).

Com base nestes três eixos, emergiram **quatro categorias temáticas** principais, que sustentam a compreensão das estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros. Na abordagem aos modelos estruturados de comunicação clínica destacam-se metodologias como o **1) Ask-Tell-Ask, VALUE, PACE e READY**, que guiam o processo comunicacional de forma sequencial, centrada nas necessidades cognitivas e emocionais da família, promovendo uma comunicação compreensível, bidirecional e empática (Reifarth et al., 2023; Jones, 2023; Reifarth et al., 2024); **2) competências relacionais e comunicacionais do enfermeiro**, como a escuta ativa, a empatia, o apoio emocional, a relação terapêutica e o uso consciente da linguagem não verbal,

evidenciam que a comunicação é, acima de tudo, uma competência relacional e ética (Reifarth et al., 2023; Jones, 2023; Reifarth et al., 2024); **3)** Os impactos comunicacionais na vivência familiar, evidenciam que estratégias comunicacionais eficazes contribuem para reduzir o impacto emocional negativo e favorecer o envolvimento familiar (Reifarth et al., 2024; Yoo, Lim & Shim, 2020; Jones, 2023); **4)** surgem as condicionantes organizacionais e formativas da comunicação, que incluem fatores como a formação contínua dos profissionais de saúde em competências comunicacionais, a supervisão reflexiva e a existência de políticas institucionais que promovam uma cultura de comunicação centrada na pessoa e na família (Jones, 2023; Reifarth et al., 2023; Reifarth et al., 2024)

2.3 Discussão

A presente RIL, alicerçada na análise crítica de cinco estudos publicados entre 2020 e 2024, permitiu reunir evidência científica consistente e recente sobre as estratégias comunicacionais utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação com a família da PSC, em diferentes contextos clínicos e culturais, nomeadamente em Portugal, Alemanha, Canadá e Coreia do Sul. Apesar da heterogeneidade metodológica e geográfica dos estudos, verificou-se uma forte convergência quanto ao reconhecimento da comunicação como eixo estruturante dos cuidados de enfermagem em contexto crítico, não apenas enquanto meio de transmissão de informação, mas sobretudo como intervenção terapêutica, relacional e ética.

A análise transversal dos estudos evidencia que a eficácia da comunicação entre enfermeiro e família está ancorada na articulação equilibrada entre três dimensões interdependentes, **estratégias estruturadas, estratégias relacionais e empáticas e estratégias organizacionais e interprofissionais** que sustentam e potenciam a prática comunicacional. Esta tripla dimensão permite compreender que a comunicação não decorre exclusivamente de competências individuais, mas inscreve-se num quadro mais amplo de cultura institucional e de práticas colaborativas.

No que se refere às estratégias estruturadas, destaca-se o contributo de modelos e protocolos formais de comunicação clínica, como o Ask–Tell–Ask, o recipient design, e os modelos VALUE, PACE e READY. Estes modelos visam sistematizar a interação e adaptar a linguagem às necessidades cognitivas e emocionais das famílias. Estes instrumentos, ao padronizarem a interação, promovem clareza, consistência e segurança comunicacional, facilitando o alinhamento de expectativas e a tomada de decisão partilhada. Neste domínio, a comunicação

estabelecida com familiares estruturadas emergem como momentos privilegiados de negociação, partilha e reconstrução do significado da experiência crítica, favorecendo a confiança e o envolvimento familiar. Este aspeto é amplamente reforçado por autores como Jones (2023) e Sá & Henriques (2021), que sublinham a importância da intencionalidade e do planeamento na prática comunicacional.

Contudo, a comunicação eficaz não se esgota nas estruturas formais. As evidências salientadas nos estudos revelam que a dimensão relacional e empática constitui um eixo determinante na promoção de uma comunicação terapêutica e humanizada. Estratégias como a escuta ativa, o apoio emocional, o toque terapêutico e o acolhimento emergem como expressões concretas da presença empática do enfermeiro, contribuindo para a redução do sofrimento e para a criação de um ambiente de segurança emocional. Neste sentido, os estudos de Reifarth et al. (2024) e Yoo, Lim & Shim (2020) realçam a importância da comunicação não verbal e da atitude empática como elementos essenciais para fortalecer a relação de confiança com os familiares, reconhecendo o enfermeiro como mediador afetivo num momento de elevada vulnerabilidade da PSC.

Paralelamente, torna-se evidente que a qualidade da comunicação não depende exclusivamente da competência individual do enfermeiro, mas requer suporte organizacional estruturado. A literatura analisada aponta para a necessidade de políticas institucionais que promovam a formação contínua em comunicação, supervisão reflexiva e a valorização do trabalho interprofissional. Jones et al (2023), em particular, sublinham que a comunicação centrada na família deve ser compreendida como uma responsabilidade coletiva da equipa de saúde, sustentada por uma cultura institucional que privilegie a ética do cuidado e a humanização das práticas clínicas.

Importa, ainda, destacar que a dimensão cultural atravessa de forma subtil a prática comunicacional, exigindo dos profissionais, sensibilidade intercultural e capacidade de adaptação. A mediação cultural do enfermeiro, evidenciada no estudo de Yoo et al. (2020), ilustra a complexidade das interações comunicacionais em contextos multiculturais e a necessidade de adoção de estratégias diferenciadas para garantir a compreensão e o envolvimento da família no processo de cuidado.

Assim, a análise crítica dos cinco estudos incluídos permite afirmar que a comunicação eficaz com a família da PSC não resulta da mera aplicação de técnicas, mas da integração dinâmica entre estrutura, relação e contexto organizacional. Esta integração requer do enfermeiro

competências comunicacionais refinadas, sensibilidade relacional, suporte institucional e uma ética de cuidado que reconheça a família como parte integrante do processo terapêutico. A comunicação emerge, portanto, como um processo comunicacional dinâmico e colaborativo, que se desenvolve na relação terapêutica e que influencia diretamente a qualidade dos cuidados prestados, a segurança nos cuidados e a experiência vivenciada pela família da PSC.

Limitações: Importa reconhecer algumas limitações inerentes à presente RIL. A inclusão de apenas cinco estudos, limita a abrangência e a generalização dos resultados, sobretudo considerando a complexidade do fenómeno comunicacional em diferentes contextos culturais e organizacionais. A heterogeneidade dos desenhos metodológicos, que abrange desde estudos qualitativos até revisões narrativas, dificulta a uniformização dos critérios de qualidade e a comparação direta entre os dados empíricos. O facto de a maioria dos estudos resultar de contextos hospitalares e de UCI pode igualmente restringir a aplicação dos resultados a outros contextos de cuidados críticos, nomeadamente em SU.

Contributos para a prática clínica: apesar das limitações referenciadas, os contributos da presente RIL para a prática clínica sobrepõem-se. Evidência fornece aos profissionais de enfermagem uma base que pode orientar a sua intervenção junto das famílias da PSC. A distinção entre estratégias estruturadas, relacionais e organizacionais permite uma abordagem holística à comunicação terapêutica, destacando a necessidade de integrar protocolos formais com atitudes empáticas e suporte institucional. Os resultados salientam a importância da comunicação como competência essencial no exercício profissional do enfermeiro, apontando para a urgência de formação específica, supervisão clínica e desenvolvimento de políticas organizacionais que sustentem uma cultura de cuidados centrados na PSC e na família.

Neste sentido, a presente RIL constitui não apenas um contributo teórico, mas também um recurso prático para o desenvolvimento de intervenções clínicas mais eficazes e humanizadas, sustentadas em evidência científica atualizada e contextualizada. Ao reconhecer a comunicação como pilar da qualidade e segurança em saúde, esta análise convida à reflexão crítica sobre a prática profissional e promove o fortalecimento da competência comunicacional como eixo central dos cuidados em contextos de elevada complexidade e vulnerabilidade.

2.4 CONCLUSÃO

A presente RIL demonstrou que a comunicação eficaz entre os enfermeiros e os familiares da PSC constitui uma estratégia essencial para garantir a qualidade, segurança e humanização dos

cuidados. A análise dos estudos permitiu identificar um conjunto de estratégias comunicacionais eficazes, de natureza estruturada, relacional e empática e estratégia organizacional e interprofissional. As estratégias estruturadas incluem reuniões familiares formais, utilização de modelos padronizados de comunicação e ferramentas institucionais que promovem clareza, consistência e compreensão da informação partilhada com a família.

As estratégias relacionais baseiam-se na escuta ativa, empatia, validação das emoções, apoio emocional e adaptação da linguagem às necessidades e literacia em saúde da família. Estas estratégias favorecem a construção de uma relação terapêutica de confiança, reduzem a ansiedade, medo e incerteza e promovem o envolvimento ativo da família na tomada de decisões clínicas. A comunicação não-verbal, o acolhimento da família no ambiente hospitalar, a transparência e o respeito também se destacaram como componentes relevantes de uma comunicação humanizada.

Evidenciou-se ainda, que a eficácia destas estratégias depende de um suporte organizacional consistente. A sua implementação requer formação contínua em comunicação terapêutica, políticas institucionais que valorizem a comunicação centrada na família e liderança clínica comprometida com a promoção de ambientes colaborativos. Apesar dos avanços, persistem obstáculos à aplicação sistemática destas estratégias, como a falta de tempo, formação específica e diretrizes claras. A aplicação do conhecimento científico para a prática clínica revelou-se, por isso, fundamental para consolidar uma comunicação mais eficaz, estruturada e centrada nas necessidades da família da PSC.

3. CONTRIBUTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS AO GRAU DE MESTRE

O desenvolvimento do presente trabalho de investigação constituiu, mais do que um requisito académico, uma oportunidade privilegiada de autorreflexão crítica sobre a prática profissional e de consolidação da identidade enquanto EEEMC-PSC. Este percurso traduziu-se num espaço de crescimento científico, técnico e humano, fundamental para sustentar uma prática clínica segura e centrada na PSC e na sua família, em contextos caracterizados por elevada complexidade e imprevisibilidade.

Neste âmbito, a realização da RIL assumiu um papel central no fortalecimento da capacidade de localizar, analisar criticamente e sintetizar evidência científica recente. Para além do desenvolvimento técnico-metodológico, esta etapa permitiu questionar e problematizar a aplicabilidade do conhecimento produzido à prática concreta dos cuidados. Assim, a RIL revelou-se não apenas um exercício académico, mas um impulso da PBE, evidenciando, contudo, os desafios persistentes na sua operacionalização quotidiana, designadamente a limitação de tempo, a sobrecarga de trabalho e a variabilidade organizacional dos contextos clínicos.

Ao longo do ENP, a investigação constituiu um elemento potenciador do desenvolvimento de intervenções de enfermagem fundamentadas, seguras, eficazes e humanizadas. Neste processo, destacou-se o foco na comunicação com a família da PSC, eixo central do presente RENP e dimensão essencial do cuidar especializado. A articulação entre a experiência clínica e a análise da evidência permitiu identificar a tensão entre as orientações normativas e as realidades da prática assistencial, nomeadamente no que respeita à ausência de protocolos formais, às barreiras comunicacionais interprofissionais e às limitações de recursos humanos e institucionais.

O trabalho de RIL proporcionou, ainda, o aprofundamento de um olhar crítico e reflexivo sobre os próprios pressupostos da prática profissional, promovendo uma consciencialização acerca dos seus limites, dilemas e potenciais transformadores. Esta perspetiva crítica reforçou a importância da adaptação do conhecimento científico aos contextos singulares da PSC, da família e dos profissionais de saúde, desafiando uma visão normativa e estandardizada da prática clínica.

A reflexão sobre os desafios concretos vivenciados durante o ENP, como a subvalorização da comunicação enquanto intervenção clínica, a carência de formação estruturada em

competências comunicacionais e a escassez de espaços institucionais que privilegiem a escuta ativa e o envolvimento familiar, evidenciou a investigação como instrumento impulsionador de inovação organizacional, pedagógica e ética. Neste sentido, a experiência investigativa favoreceu igualmente o reforço de competências transversais fundamentais à prática especializada, como o pensamento crítico, a autonomia na decisão, a liderança e a gestão da qualidade em saúde.

Em estreita articulação com os referenciais normativos definidos pelo Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a) e pelo Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018), o trabalho de investigação contribuiu de forma inequívoca para o desenvolvimento e consolidação das competências exigidas ao EEEMC-PSC, nomeadamente nos domínios da gestão de cuidados, da comunicação clínica e da humanização dos cuidados. Esta apropriação crítica das competências, mais do que o cumprimento de requisitos regulamentares, materializou-se como expressão de um compromisso ético e profissional com a dignidade, segurança e centralidade da PSC e da sua família.

Em síntese, o presente RENP constituiu um processo profundamente formativo e transformador, que permitiu integrar conhecimento teórico, evidência científica e prática clínica num percurso de crescimento pessoal e profissional. A capacidade desenvolvida para analisar criticamente os desafios, as limitações e as implicações da prática de enfermagem em contexto da PSC reforçou o compromisso com uma prática especializada, ética, baseada na evidência e orientada para a excelência e a dignidade dos cuidados prestados à PSC e família.

CONCLUSÃO

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) constituiu um marco essencial no meu percurso de desenvolvimento académico, científico e profissional, permitindo integrar conhecimentos teóricos, aplicar e desenvolver competências relacionais, cuidados especializados e aprofundar a reflexão crítica sobre a prática especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC). As vivências em três contextos distintos de cuidados, nomeadamente no Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos (UCIC) e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), possibilitou a consolidação do desenvolvimento de competências técnico-científicas avançadas e a compreensão da importância da comunicação com a família da PSC como eixo estruturante dos cuidados.

A experiência formativa permitiu articular as competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE], conforme o Regulamento n.º 140/2019 - *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a), com as competências específicas do EEEMC-PSC, estabelecidas no Regulamento n.º 429/2018 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica* (OE, 2018), dando ênfase à prestação, supervisão e gestão de cuidados centrados à PSC e à família, à promoção da melhoria contínua da qualidade e à tomada de decisão clínica fundamentada em princípios éticos e na evidência científica.

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) permitiu sintetizar a evidência científica de forma a compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para otimizar a comunicação com a família da PSC, evidenciando que uma comunicação baseada em estratégias estruturadas, relacionais e organizacionais contribuem para a humanização dos cuidados.

O suporte teórico proporcionado pela Teoria das Transições de Meleis revelou-se fundamental para compreender a experiência vivenciada pela família da PSC, como um processo dinâmico de vulnerabilidade, adaptação e reconstrução. Neste contexto, EE assume um papel fundamental enquanto facilitador da comunicação terapêutica, sensível às manifestações de sobrecarga emocional da família, sendo o principal promotor de estratégias comunicacionais que favoreçam respostas positivas e adaptativas.

Em suma, o relatório de estágio de natureza profissional (RENPP) reflete não apenas o percurso realizado no âmbito do ENP, mas também o compromisso ético, humano e científico que

sustenta o exercício profissional do EEEMC-PSC. A consolidação das competências especializadas aliada à investigação científica desenvolvida, permitiu fortalecer uma prática clínica reflexiva, competente e centrada na PSC e na família. Reitera-se, por fim, a necessidade contínua de investir em políticas institucionais, promovam uma comunicação eficaz, segura e humanizada nos contextos de cuidados à PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R. (2024). *Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre o ruído na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica* [Relatório de Estágio de Mestrado]. Repositório Comum. <https://comun.rcaap.pt/handle/10400.26/44623>
- Araújo, B. L. O., Oliveira, R. D. S., Santos, E. A. A. D., & Silva, M. C. N. D. (2019). *A comunicação com a família no cuidado em saúde: reflexões para a prática da enfermagem*. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 89(27), 1–6. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.228>
- Azoulay, É., Cariou, A., Kentish-Barnes, N., Chaize, M., & Jaber, S. (2022). Family participation during ICU ward rounds: A randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, 48(3), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06687-1>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Prentice Hall.
- Boehm, L. M., Vasilevskis, E. E., Mion, L. C., & Daly, B. J. (2021). Family presence during ICU rounds: A systematic review of the literature. *American Journal of Critical Care*, 30(1), 55–64. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021551>
- Costa, J. F. N. (2021). *Vivências do cuidar em situação crítica: Um desenvolvimento pessoal até à especialização em enfermagem médico-cirúrgica* [Dissertação de Mestrado]. Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/35842>
- Curtis, J. R., & White, D. B. (2022). Practical guidance for family meetings in the intensive care unit to support communication and decision-making. *Critical Care Medicine*, 50(1), 102–110. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000005235>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., & Curtis, J. R. (2017). *Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU*.

Critical Care Medicine, 45(1), 103–128.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2017). *Family response to critical illness: Postintensive care syndrome—family*. *Critical Care Medicine*, 45(2), 267–273.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Decreto-Lei n.º 161/96, 4 de setembro. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série-A, n.º 206, 2959–2962.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Despacho n.º 19124/2005, de 8 de setembro. *Aprova a utilização do protocolo de Triagem de Manchester nos serviços de urgência*. Diário da República, 2.ª série, n.º 173.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/19124-2005-208536>

Despacho n.º 15423/2013, de 5 de dezembro. *Criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 235. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-257262>

Despacho n.º 10319/2014, de 8 de agosto. *Reorganização da rede de urgência e emergência*. Diário da República, 2.ª série, n.º 152. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-256998>

Despacho n.º 9715/2020, de 8 de outubro. *Unidades de Cuidados Intensivos: Organização e tipologia*. Diário da República, 2.ª série, n.º 197.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9715-2020-145383044>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. *Estratégia nacional para a segurança do doente 2021–2026*. Diário da República, 2.ª série, n.º 187.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-174142986>

Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. *Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 174. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-191150768>

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Circular normativa n.º 02/DGCG de 2001 — Urgências e emergências em saúde*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde: Programa de implementação para a Rede Nacional de Cuidados de Saúde*. <https://www.dgs.pt>.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017a, 8 de fevereiro). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-2017-dgs.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA): Relatório anual*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *STOP Infeção Hospitalar 2.0*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/stop-infecao-hospitalar-20.aspx>

Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., & Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, *286*(21), 2703–2710. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>

Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Inouye, S. K., Bernard, G. R., & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, *291*(14), 1753–1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe-2022 data report*. ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2022>

- Ferreira, M. A., Silva, R. M., & Santos, M. R. (2020). Humanização e cuidado em enfermagem: Interfaces com o saber-ser do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e19086. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Fleischer, S. (2017). *Patient-centred communication in nursing: Theory, practice and research*. Springer.
- Freitas, B. C. G. (2023). *Especializado em enfermagem médico-cirúrgica: Da pessoa em situação crítica à pessoa com doença hemato-oncológica maligna em contexto de internamento* [Relatório de Estágio de Mestrado]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44295>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2022, 28 de março). *Nova edição do Desafio STOP Infecção Hospitalar*. <https://gulbenkian.pt/noticias/nova-edicao-do-desafio-stop-infeccao-hospitalar/>
- Gonçalves Ferreira, C. G., & Baptista, M. G. J. (2024). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros na realização da Triagem de Manchester e fatores associados*. *Servir*, 2(09), e32664. <https://doi.org/10.48492/servir0209.32664>
- Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para Enfermagem*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Instituição de saúde (2024). *Auditoria à operacionalidade do carro de emergência* (Documento interno, ref. IMP.084.06/07/2024)
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da saúde 2020*. INE. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual de triagem em incidentes com múltiplas vítimas*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/manual_triagem.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM]. (2020). *Suporte avançado de vida em adulto: Manual do curso*. <https://inem.pt/category/formacao/manual-formacao/>

- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Jones, M. (2023). Improving family communication in critical care. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 34(1), 15–24. <https://doi.org/10.5737/23688653>
- Karnatovskaia, L. V., Johnson, M. M., Varga, K., & Benzo, R. P. (2023). Stress and coping of family members in adult intensive care units: A systematic review. *Journal of Critical Care*, 73, 154192. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154192>
- Kentish-Barnes, N., Siminoff, L. A., Walker, W., & Perez, C. (2019). A narrative review of family members' experience of organ donation request and procurement process. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(4), 413–421. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001549>
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriél, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, J. Y., Floccard, B., Renault, A., Vinatier, I., Mathonnet, A., Mathonnet, F., & Azoulay, E. (2019). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, 54(3), 190–200. <https://doi.org/10.1183/13993003.00234-2019>
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>
- Kling, R., Corwin, D. S., Ryan, D., & Zawistowski, C. (2012). ICU environment and patient outcomes: Noise, light, and communication. *Journal of Critical Care*, 27(5), 515.e1–515.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.02.004>
- Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. *Lei de Bases da Proteção Civil*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 127, 4752–4756. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2006-260132>
- Lei n.º 15/2014, de 21 de março (a). *Consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 55. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 15/2014, de 21 de março (b). Estabelece as bases gerais da política pública de saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 56. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-499303>

- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 180, 7110–7122. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70181601>
- Lindsay, G. M., Smith, C., & Bell, R. (2018). Facilitators and barriers to transitions in critical illness: An integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.10.002>
- Lopes, M. J., Oliveira, M. C., & Pereira, A. F. (2018). Formação contínua e desenvolvimento profissional do enfermeiro: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 133–142. <https://doi.org/10.12707/RIV18027>
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* [Relatório de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu].
- Mackie, B. R., Mitchell, M., & Marshall, A. P. (2019). Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 359–370. <https://doi.org/10.1111/scs.12631>
- McCabe, C., & Timmins, F. (2013). *Communication skills for nursing practice*. Palgrave Macmillan.
- McCabe, C. (2014). Nurse–patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1245–1256. <https://doi.org/10.1111/jocn.12278>
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

- Mendes, F., Marçal, C., & Viana, J. (2022). Prática baseada em evidência em enfermagem: Fundamentos e aplicação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e21139. <https://doi.org/10.12707/RV21139>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério da Saúde. (2013). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência em Medicina Intensiva*. MS.
- Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012–2016: Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-saude-2012-2016-extensao-a-2020-pdf.aspx>.
- Ministério da Saúde. (2021). *Plano de Ação Nacional para a Segurança do Doente 2021–2030*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/Plano-Nacional-de-Seguranca-do-Doente-2021-2030.pdf>
- Miranda, D. R., Nap, R. E., Rijk, A., Schaufeli, W., & Lapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CA>
- Murray, C. J. L., Ikuta, K. S., Sharara, F., Swetschinski, L., Robles Aguilar, G., Gray, A., Han, C., Bisignano, C., Rao, P., Wool, E., Johnson, S. C., Browne, A. J., Chipeta, M. G., Fell, F., Hackett, S., Haines-Woodhouse, G., Hamadani, B. H. K., Kumaran, E. A. P., McManigal, B., ... Naghavi, M. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*, 399(10325), 629–655. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)
- O’Neill, J. (2016). *Tackling drug-resistant infections globally: Final report and recommendations*. Review on Antimicrobial Resistance. https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Enquadramento conceptual da qualidade dos cuidados de enfermagem*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico dos enfermeiros. Diário da República, 2.ª série, n.º 48. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/128-2011-143065>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-116181571>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem*. Diário da República, 2.ª série, n.º 89. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-122024173>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 428/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República*, 2.ª série, n.º 92. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2019-122203208>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Domínio da melhoria contínua da qualidade – *Competências do enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Referencial de Normas Profissionais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Medicação segura: Relatório da OMS sobre os incidentes com medicamentos*. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). Cardiovascular diseases (CVDs) - Fact sheet. OMS. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Plano de ação global para a segurança do doente 2021–2030: Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Relatório global sobre prevenção e controlo de infeções*. <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240051164>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ...

- Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>
- Pereira, A. (2024). *Debriefing após paragem cardiorrespiratória: A perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica* [Relatório de Estágio de Mestrado]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44957>
- Reifarth, E., Böll, B., Kochanek, M., & Garcia Borrega, J. (2023). Communication strategies for effective family–clinician conversations in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 74, 103497. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103497>
- Reifarth, E., Böll, B., Kochanek, M., & Garcia Borrega, J. (2024). Communication strategies for expressing empathy during family–clinician conversations in the intensive care unit: A mixed methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 81, 103601. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103601>
- Sá, F. L. G., & Henriques, H. M. S. R. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 25, 85–92. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Santos, L. C., Almeida, T. R., & Nogueira, P. J. (2023). Prática baseada em evidências em enfermagem: Contributos para a tomada de decisão clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(Suppl 1), e20220713. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0713>
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., ... & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Silva, M. J. (2011). *Comunicação em saúde: Competências essenciais para a prática clínica*. Lidel.

- Silva, C., Pereira, F., & Marques, A. (2021). Gestão de recursos humanos em unidades de cuidados intensivos: Implicações na qualidade dos cuidados. *Revista de Enfermagem em Cuidados Intensivos*, 10(1), 45–52.
- Silva, J. P., Costa, R. M., & Cardoso, A. L. (2021). Competências relacionais do enfermeiro especialista em contextos críticos: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, Serie V* (8), e20138. <https://doi.org/10.12707/RV20138>
- Silva, S. C. D. (2024). *A triagem em contexto extra-hospitalar: O contributo do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica* [Relatório de Estágio de Mestrado]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44713>
- Society of Critical Care Medicine. (2025). Guidelines and resources for family-centered critical care. <https://www.sccm.org>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis* (pp. 407–447). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Vilelas, J. (2025). *Investigação: O processo de construção do conhecimento científico* (4.ª ed.). Edições Sílabo.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company
- 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), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS)

NURSING ACTIVITIES SCORE

(Adaptado à População Portuguesa)

CUIDADOS BÁSICOS		Pontuação
1	Controlo e monitorização	
1 a	Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.	4,5
1 b	Presença à cabeceira e observação contínua ou atividade durante 2 horas ou mais em qualquer turno, por razões de segurança, gravidade ou terapêutica, tais como: ventilação mecânica não invasiva, procedimentos relacionados com desmame, agitação, desorientação, decúbito ventral, procedimentos relacionados com a doação de órgãos, preparação e administração de fluidos ou medicação, colaboração em procedimentos específicos.	12,1
1 c	Presença à cabeceira e atividade durante 4 horas ou mais, em qualquer turno por razões de segurança, gravidade ou terapêutica tais como os exemplos anteriormente mencionados (1b).	19,6
2	Colheitas laboratoriais para bioquímica e microbiologia	4,3
3	Medicação, com exceção de fármacos vasoativos	5,6
4	Procedimentos de higiene	
4 a	Execução de procedimentos de higiene tais como: pensos de feridas e cateteres intravasculares, mudança de roupa da cama, higiene do doente em caso de incontinência, vômito, queimaduras, feridas exsudativas, tratamento de feridas cirúrgicas complexas com necessidade de irrigação e procedimentos especiais (ex: doentes em isolamento, prevenção de infeções cruzadas associadas aos cuidados de saúde, desinfeção de unidades infetadas, higiene dos profissionais de saúde).	4,1
4 b	A execução dos procedimentos de higiene foi superior a 2 horas em qualquer turno.	16,5
4 c	A execução dos procedimentos de higiene foi superior a 4 horas em qualquer turno.	20,0
5	Cuidados prestados a drenos: todos (exceto sonda gástrica)	1,8
6	Mobilização e posicionamentos, incluindo procedimentos tais como: alternância de decúbitos, mobilização do doente, levantar para o cadeirão, mobilização do doente em equipa (ex: doentes sem mobilidade, com tração, em decúbito ventral)	
6 a	Execução do(s) procedimento(s) até três vezes em 24 horas.	5,5
6 b	Execução do(s) procedimento(s) mais do que três vezes em 24 horas, ou com dois enfermeiros, independentemente da frequência.	12,4
6 c	Execução do(s) procedimento(s) com três ou mais enfermeiros, independentemente da frequência.	17,0
7	Apoio e cuidados aos familiares e doentes, incluindo procedimentos tais como: telefonemas, entrevistas, aconselhamento. O apoio e o cuidar, quer dos familiares quer dos doentes, permite que os enfermeiros continuem a desempenhar outras atividades (ex.: comunicar com os doentes durante os procedimentos de higiene, comunicar com os familiares enquanto se observa o doente à cabeceira)	

Atividades administrativas e de gestão

8 a	Execução de tarefas habituais tais como: processamento de dados clínicos, pedidos de exames, transmissão de ocorrências (ex: passagem de turno).	4,2
8 b	Execução de tarefas administrativas e de gestão que exijam dedicação total até 2 horas em qualquer turno, tais como: atividades de investigação, utilização de protocolos, procedimentos de admissão e alta de doentes.	23,2
7 a	Apoio e cuidado aos familiares e doentes que exijam dedicação exclusiva até 1 hora em qualquer turno, seja para explicar o estado clínico, lidar com a dor e apoio emocional e com circunstâncias familiares difíceis.	4,0
7 b	Apoio e cuidado aos familiares e doentes que exijam dedicação exclusiva até 3 horas ou mais em qualquer turno, seja por situações de morte ou situações exigentes (ex: presença de vários familiares, problemas de comunicação, familiares conflituosos).	32,0
8		
8 c	Execução de tarefas administrativas e de gestão que exijam dedicação total até 4 horas ou mais em qualquer turno, tais como: situações de morte ou doação de órgãos, coordenação com profissionais de saúde de outras especialidades.	30,0

SUPORTE VENTILATÓRIO

9	Suporte ventilatório: qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva (PEEP), com ou sem a utilização de relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem PEEP, com ou sem tubo endotraqueal e oxigenioterapia por qualquer método	1,4
10	Cuidados a vias aéreas artificiais: tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia	1,8
11	Técnicas para melhorar a função pulmonar: cinesioterapia respiratória, espirometria, aerosolterapia, aspiração endotraqueal	4,4

SUPORTE CARDIOVASCULAR

12	Terapêutica vasoativa, independentemente do tipo ou dose	1,2
13	Reposição endovenosa de grande perda de fluidos. Administração de fluidos superior a 3L/m²/dia, independentemente do tipo de fluido administrado	2,5
14	Monitorização da pressão na aurícula esquerda: cateter da artéria pulmonar, com ou sem avaliação do débito cardíaco	1,7
15	Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (excluindo murro precordial)	7,1

SUPORTE RENAL		
16	Técnicas de hemofiltração, técnicas dialíticas	7,7
17	Avaliação do débito urinário (ex: por cateter vesical)	7,0
SUPORTE NEUROLÓGICO		
18	Avaliação da pressão intracraniana	1,6
SUPORTE METABÓLICO		
19	Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada	1,3
20	Nutrição parentérica	2,8
21	Nutrição entérica por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia)	1,3
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS		
22	Intervenções específicas na unidade de cuidados intensivos: entubação endotraqueal, colocação de pacemaker, cardioversão, endoscopias, cirurgia de urgência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica; excluem-se intervenções habituais sem consequências diretas para o estado clínico do doente: radiografias, ecografias, eletrocardiograma, inserção ou realização de pensos e cateteres venosos ou arteriais	2,8
23	Intervenções específicas realizadas fora da unidade de cuidados intensivos: procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico	1,9

Em relação aos itens 1, 4, 6, 7 e 8, apenas um subitem (a, b, c) pode ser registado. As ponderações representam a percentagem de tempo dedicado por um enfermeiro na atividade mencionada no item, se executada.

Fonte: Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* [Relatório de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Adaptação do instrumento original: Miranda, D. R., Nap, R. E., Rijk, A., Schaufeli, W., & Lapichino, G. (2003). *Nursing activities score. Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CA>

ANEXO II - METODOLOGIA ISBAR

Mnemónica ISBAR	
<p style="text-align: center;">I Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p style="text-align: center;">S Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p style="text-align: center;">B Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p style="text-align: center;">A Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p style="text-align: center;">R Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; Informação sobre b) consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt>

ANEXO III - AUDITORIA À OPERACIONALIDADE DO CARRO DE EMERGÊNCIA

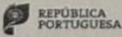

**AUDITORIA À OPERACIONALIDADE
DO CARRO DE EMERGÊNCIA**

SERVIÇO: _____ DATA: _____
 AUDITOR: _____ HORA INICIO: _____
 AUDITADO: _____ HORA FIM: _____

SIM NÃO NA

CONSIDERAÇÕES GERAIS			
1	Cartaz algoritmo de atuação visível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Registo de teste diário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Registo de verificação mensal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	4 Registo de abertura atualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Carro selado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 O número do selo do carro é correspondente com o número registado no formulário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Localização do carro correta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Carro conservado e limpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOMATÓRIO PARCIAL			<input type="checkbox"/>
ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO			
8	O insuflador manual está devidamente montado e funcionante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	A bala de oxigénio está cheia e com manómetro funcionante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	O laringoscópio está funcionante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	11 Os espaços destinados à medicação estão devidamente identificados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	A medicação está toda dentro dos prazos de validade (prazo superior a três meses relativamente à "data hoje")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	O material existente no carro está íntegro e dentro dos prazos de validade para utilização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	O material existente no carro está de acordo com o previsto no formulário respetivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOMATÓRIO PARCIAL			<input type="checkbox"/>
TOTAIS			
SOMATÓRIO TOTAL			<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES/ COMENTÁRIOS			

IMP.084.06/07/2024

Pág. 1/1

Fonte: Documento interno de uma instituição de saúde. *Auditoria à operacionalidade do carro de emergência*. Documento interno, ref. IMP.084.06/07/2024.

ANEXO V - ESCALA DE AGITAÇÃO-SEDAÇÃO DE RICHMOND (*RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE – RASS*)

Classificação	Termo	Descrição
+4	Combativo	Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal
+3	Muito agitado	Puxa ou retira tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, luta contra o ventilador
+1	Inquieto	Ansioso mas os movimentos não são agressivos
0	Desperto e calmo	
-1	Sonolento	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contacto dos olhos) à voz (> 10 segundos)
-2	Sedação ligeira	Acorda breves períodos com contacto dos olhos à voz (< 10 segundos)
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos à voz (mas sem contacto dos olhos)
-4	Sedação profunda	Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo tátil
-5	Não despertável	Não responde à voz ou ao estímulo tátil

Fonte: Documento interno de uma instituição de saúde. *Escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*. Adaptado de: Sessler et al. (2002).

ANEXO VI - FOLHA DE CATÁSTROFE - EXEMPLO DO REGISTO DE ADMISSÃO NO POSTO TRIAGEM

Plano de Catástrofe - HB

Modelo 2

EXEMPLO DO REGISTO DE ADMISSÃO NO POSTO TRIAGEM

Nº	Nome	Sexo	Triagem - cor				
1	Colar 1ªetiqueta (doente não identificado. Apenas com número de episódio)	Colar 2ªetiqueta (doente identificado)	M	VERMELHO	AMARELO	VERDE	PRETO
			F				
2	Colar 1ªetiqueta (doente não identificado. Apenas com número de episódio)	Colar 2ªetiqueta (doente identificado)	M	VERMELHO	AMARELO	VERDE	PRETO
			F				
3	Colar 1ªetiqueta (doente não identificado. Apenas com número de episódio)	Colar 2ªetiqueta (doente identificado)	M	VERMELHO	AMARELO	VERDE	PRETO
			F				
4	Colar 1ªetiqueta (doente não identificado. Apenas com número de episódio)	Colar 2ªetiqueta (doente identificado)	M	VERMELHO	AMARELO	VERDE	PRETO
			F				
5	Colar 1ªetiqueta (doente não identificado. Apenas com número de episódio)	Colar 2ªetiqueta (doente identificado)	M	VERMELHO	AMARELO	VERDE	PRETO
			F				

Fonte: Documento interno de uma instituição de saúde. *Folha de Catástrofe – Registo de Admissão no Posto de Triagem*. Ref. interna, 2024.

APÊNDICES

Designação do Projeto: “sistema de identificação de medicação através da impressão de etiquetas”.

1. Identificação do problema:

A complexidade no processo de identificação, preparação e administração de medicação no Serviço de Urgência (SU) pode comprometer a segurança da pessoa. A introdução de um sistema de identificação mais eficaz é fundamental para minimizar erros e melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

2. Descrição do problema:

No ambiente hospitalar, especialmente no SU, a preparação e administração de medicação de forma segura constituem um dos maiores desafios para a equipa de Enfermagem. O risco de erro está presente em todas as etapas do processo, desde a prescrição médica até à administração ao doente, podendo advir de múltiplos fatores, como falhas de comunicação (identificação dos fármacos), condições de trabalho adversas, excesso de carga horária ou falta de recursos. Estes erros representam uma ameaça significativa à segurança do doente, exigindo, por isso, uma abordagem rigorosa e sistematizada por parte das equipas de Enfermagem.

3. Identificação das causas:

- Falta de um sistema de identificação eficiente para os fármacos administrados no SU.
- Erros na transcrição de nome do fármaco, via, dose e hora de administração.
- Processos manuais demorados na verificação de dados relacionados com a prescrição e administração de fármacos.

4. Enquadramento teórico:

A segurança da pessoa é uma prioridade internacional nos cuidados de saúde, sendo definida pela OMS como a redução de danos evitáveis durante a prestação de cuidados de saúde. A medicação é uma das áreas com maior risco de incidentes e erros, que podem ocorrer durante a prescrição, distribuição e administração dos fármacos (OMS, 2002). O erro de medicação é uma das causas mais comuns de danos às pessoas, com implicações diretas na segurança e no bem-estar das mesmas (OMS, 2017). A implementação de estratégias de segurança que utilizem tecnologia e automatizem processos é reconhecida como uma medida eficaz para reduzir esses riscos.

A utilização de tecnologias de apoio, como sistemas automatizados de gestão de medicação, pode ser uma forma eficaz de garantir a segurança da pessoa.

5. Objetivos a alcançar:

- Garantir a correta identificação da medicação administrada no SU, incluindo o nome, dose, hora e via de administração do fármaco, bem como o nome da pessoa.
- Facilitar a identificação da pessoa e o número do processo associando as informações sobre a medicação de forma clara e precisa.
- Promover a segurança na preparação e administração de medicação, minimizando erros.
- Facilitar o trabalho da equipa de enfermagem do SU, reduzindo o tempo com processos manuais.
- Melhorar a gestão de recursos humanos do SU.

6. Planeamento ações:

Fase 1: Levantamento de requisitos técnicos e avaliação das plataformas informáticas atuais no SU.

Fase 2: Desenvolvimento de um sistema que, após a validação da prescrição médica, gera automaticamente a etiqueta com as informações do fármaco (nome, dose, via, hora de administração), contendo o nome da pessoa e o respetivo número do processo.

Fase 3: Testes piloto no SU para validar a eficácia e a precisão do sistema.

Fase 4: Formação da equipa de enfermagem e médica sobre o uso do sistema de geração de etiquetas.

Fase 5: Implementação no SU e monitorização contínua da eficácia do sistema.

Fase 6: Avaliação do seu impacto na segurança da administração da medicação à pessoa que recorre ao SU.

Ver Figura 1 - Fluxograma do sistema de identificação de medicação através da impressão de etiquetas, gerada com auxílio de inteligência artificial (ScholarGPT, 2024).

7. Resultados esperados:

- Redução significativa de erros de medicação.
- Aumento da segurança devido à identificação clara e precisa da medicação, da prescrição à administração.
- Maior eficiência no processo de preparação e administração de medicação.
- Redução de tempo em processos manuais, melhorando a gestão de recursos humanos.

8. Recursos necessários:

- Sistema informático compatível com a geração de etiquetas automáticas (hardware e software).
- Impressoras para imprimir as etiquetas no formato adequado.

- Formação da equipa de enfermagem e médica sobre o novo processo.

9. Divulgação de resultados:

Os resultados serão avaliados através de reuniões com a equipa multidisciplinar e sessões de feedback com os profissionais de enfermagem, através de questionários de satisfação. Será possível, avaliar a eficácia do projeto através de indicadores como a redução de erros de medicação e diminuição do tempo usado para a preparação e administração da mesma.

10. Outras considerações:

Este projeto pode ser escalável para outras áreas do hospital e, eventualmente, para outras instituições de saúde, criando um modelo de segurança do medicamento que pode ser adotado amplamente.

11. Referências bibliográficas:

- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Medicação segura: Relatório da OMS sobre os incidentes com medicamentos*. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Segurança do doente: Estratégia global para melhorar a segurança do paciente*. Organização Mundial da Saúde.
- ScholarGPT. (2024). *Fluxograma do circuito de etiquetagem de fármacos injetáveis* [Imagem gerada por IA]. Sider.ai.

12. Termos utilizados:

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

ULS - Unidade Local de Saúde

ELABORADO POR: Nuno Fontes da Fonseca (aluno mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica - Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave).

ORIENTADO POR: Enfermeira _____ (Enfermeira Especialista Serviço de Urgência - ULS).

Proposta de etiquetas para “sistema de identificação de medicação através da impressão de etiquetas”



Figura 1. Fluxograma do sistema de identificação de medicação através da impressão de etiquetas, gerada com auxílio de inteligência artificial (ScholarGPT, 2024).

Designação do Projeto: "Envio de SMS aos familiares e/ou acompanhantes da pessoa no SU".

1. Identificação do problema:

No Serviço de Urgência (SU), verifica-se a inexistência de um sistema estruturado e eficiente de informação com os familiares e/ou acompanhantes da pessoa que recorre a este serviço. Esta lacuna compromete a atualização regular sobre o atendimento da pessoa, desde o momento da admissão no SU.

2. Descrição do problema:

Os familiares e/ou acompanhantes da pessoa em contexto de SU, frequentemente enfrentam dificuldades em obter informações precisas e em tempo razoável sobre a evolução de atendimento dos seus familiares e/ou acompanhantes desde o momento da sua admissão. A ausência de informação clara e eficaz dos profissionais de saúde conduz a sentimentos como ansiedade, medo, insegurança e stress. Esta problemática é evidenciada no horário de visitas, em que os familiares e/ou acompanhantes demonstram desinformação sobre o atendimento da pessoa desde o momento da sua admissão.

3. Identificação das causas:

- Ausência de um sistema informático que permita a informação contínua sobre o atendimento da pessoa com os seus familiares e/ou acompanhantes;
- Reduzida disponibilidade dos profissionais de saúde em fornecer informação presencial aos familiares e/ou acompanhantes.

4. Enquadramento teórico:

Os direitos dos familiares/accompanhantes regem-se pela legislação em vigor, nomeadamente a Lei nº 15/2014 de 21 de março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde.

Os familiares/accompanhantes têm o direito a serem informados adequadamente e em tempo razoável sobre a situação da pessoa nas diferentes fases do atendimento, salvo em caso de indicação expressa em contrário da pessoa ou em caso de matéria reservada por segredo clínico (Lei nº 15/2014, artigo. 15.º, n.º 1).

Assim, aquando da admissão da pessoa ao SU, o/a assistente técnico/a deverá informar a pessoa da possibilidade de um acompanhante, por si designado, para que esta possa receber informação sobre as diferentes fases de atendimento, via SMS.

Se a pessoa autorizar deverá identificar o nome, o contato telefónico e o grau de parentesco do familiar e/ou acompanhante, a quem devem ser enviadas as mensagens. O/a assistente técnico/a, por sua vez, registrará estes dados no sistema informático do SU. Sempre que exista uma alteração no atendimento da pessoa, o acompanhante receberá essa mesma atualização da informação, em tempo útil. Mesmo que não exista qualquer evolução no atendimento, ao fim de 60 minutos o sistema envia automaticamente nova mensagem repetindo a última informação enviada.

5. Objetivos a alcançar:

- Melhorar a informação entre os profissionais de saúde e os familiares e/ou acompanhantes da pessoa que recorre ao SU;
- Reduzir sentimentos ansiogénicos dos familiares e/ou acompanhantes da pessoa que recorre ao SU;
- Implementar um sistema informático que registe e envie automaticamente as mensagens de atualização sobre as diferentes fases de atendimento da pessoa para os familiares e/ou acompanhantes;
- Garantir a conformidade com a legislação em vigor, nomeadamente a Lei nº 15/2014 de 21 de março.

6. Planeamento ações:

- Fase de Planeamento:
 - > Recolher requisitos técnicos e operacionais junto das equipas de saúde.
 - > Estudar a implementação do sistema de SMS dentro do aplicativo Glintt.
 - > Realizar reuniões com o Conselho de Gestão para aprovar o projeto.
- Fase de Implementação:
 - > Configurar o sistema informático (Glintt) de forma a integrar a funcionalidade de envio de SMS para familiares e/ou acompanhantes.
 - > Formar os assistentes técnicos para garantir o registo adequado dos dados do familiar e/ou acompanhante.
 - > Testar o sistema num ambiente controlado com um número reduzido de pessoas e respetivos familiares e/ou acompanhantes.
- Fase de Monitorização e Avaliação:
 - > Monitorizar a eficácia do sistema durante um período determinado (exemplo: 3 meses).
 - > Recolher feedback dos familiares e/ou acompanhantes sobre o grau de satisfação relativamente à informação recebida por este sistema.

> Recolher feedback dos assistentes técnicos sobre possíveis planos de melhoria.

7. Resultados esperados:

- Melhorar a satisfação dos familiares e/ou acompanhantes relativamente à informação contínua sobre o atendimento da pessoa.
- Diminuir sentimentos como a ansiedade e o stress dos familiares e/ou acompanhantes da pessoa que recorre ao SU.
- Respeitar a conformidade com as leis e regulamentos em vigor relativos ao direito à informação disponibilizada aos familiares/accompanhantes da pessoa que recorre ao SU.

8. Recursos necessários:

- Computador: Equipamento para a equipa de assistentes técnicos que permitirá o registo e envio das informações.
- Aplicativo Informático Glintt: Sistema de gestão utilizado no SU, para registo e monitorização das atualizações.
- Equipamento de Comunicação: Sistema de envio de SMS integrado com o Glintt.

9. Divulgação de resultados:

A informação disponibilizada aos familiares e/ou acompanhantes será registada no aplicativo Glintt e esses dados serão utilizados exclusivamente para o envio de SMS com atualizações regulares nas diferentes fases do atendimento. Não será permitido o uso de dados para qualquer outro fim, de forma a assegurar a confidencialidade e respeitar a Lei de Proteção de Dados Pessoais e o Regulamento Geral de Proteção de Dados - RGPD).

10. Outras considerações:

Este projeto deverá ser implementado, respeitando e cumprindo a legislação vigente relativamente ao direito à informação dos familiares e/ou acompanhantes, bem como à privacidade dos dados fornecidos. (Lei n.º 15/2014, 21 de março). O envolvimento dos profissionais de saúde e do Conselho de Gestão será essencial para a que a implementação deste projeto seja eficaz de forma a garantir que este esteja alinhado com as melhores práticas do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

11. Referências bibliográficas:

- Lei n.º 15/2014, de 21 de março (a). *Consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República*, 1.ª série, n.º 55. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. Jornal Oficial da União Europeia, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

12. Termos utilizados:

CG – Conselho de Gestão

GLINTT – *Global Intelligent Technologies* – Tecnologias Inteligentes Globais

SMS – *Short Message Service* – Serviço de mensagens curtas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

ULS - Unidade Local de Saúde

ELABORADO POR: Nuno Fontes da Fonseca (aluno mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica - Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave).

ORIENTADO POR: Enfermeira _____ (Enfermeira Especialista Serviço de Urgência - ULS).

Designação do Projeto: "Sala de Comunicação à Família"

1. Identificação do problema:

A ausência de um espaço adequado, acolhedor e com privacidade destinado à comunicação à família na UCIC (Unidade de Cuidados Intermédios Cardíacos).

2. Descrição do problema:

Durante o Estágio de Natureza Profissional (ENP), identifiquei uma lacuna significativa no que respeita à comunicação com as famílias das pessoas internados na UCIC. Constatei que estes momentos de comunicação ocorrem, frequentemente, em espaços com condições inadequadas, nomeadamente em ambientes com pouco conforto, ausência de privacidade e carência de uma sala própria e destinada para esta finalidade.

Esta realidade é particularmente preocupante numa UCIC, onde as pessoas se encontram em situação clínica crítica, muitas vezes instável, e os familiares experienciam elevados níveis de ansiedade, medo e incerteza. A comunicação nestes contextos é, por isso, um momento sensível e determinante na relação entre a equipa de saúde e a família, sendo essencial que ocorra num ambiente propício à escuta ativa, à empatia e ao apoio emocional.

A inexistência de um espaço reservado compromete a confidencialidade da informação clínica transmitida, infringe os princípios éticos e legais associados à privacidade e à dignidade da pessoa e da sua família, e pode prejudicar a qualidade da relação terapêutica e a confiança na equipa de saúde. Além disso, pode agravar o sofrimento emocional dos familiares, dificultando a compreensão da situação clínica e a tomada de decisões partilhadas.

Assim, considera-se pertinente propor um projeto de melhoria que vise a criação e/ou adaptação de um espaço físico adequado à comunicação com os familiares na UCIC, que reúna condições de conforto, privacidade e acolhimento, contribuindo para uma prática centrada na pessoa e na humanização dos cuidados.

3. Identificação das causas:

A comunicação com as famílias ocorre numa sala "open space", não proporcionando um ambiente acolhedor e com privacidade no momento de comunicação com a família.

4. Enquadramento teórico:

A comunicação com as famílias em unidades especializadas como a UCIC, é um tema amplamente discutido, devido ao impacto que uma comunicação ineficaz tem, na experiência da Pessoa em Situação Crítica (PSC) e dos seus familiares. O ambiente da UCIC é caracterizado pela complexidade das situações clínicas e pela necessidade de uma comunicação clara, contínua e empática entre os profissionais de saúde e os seus familiares.

De acordo com estudos recentes, ambientes de comunicação inadequados podem aumentar o nível de stress das famílias e comprometer a compreensão das informações transmitidas, além de dificultar o processo de decisão em momentos críticos (Levine et al., 2020). A criação de espaços específicos para este fim tem sido apontada como uma medida eficaz para melhorar a qualidade da comunicação e reduzir a ansiedade dos familiares (Rapoport et al., 2019).

5. Objetivos a alcançar:

- Criar uma sala destinada à comunicação com as famílias, dotada de condições físicas e ambientais adequadas, que proporcione um espaço emocionalmente acolhedor, confortável e seguro.
- Promover a humanização no cuidado à PSC, melhorando a qualidade da interação dos profissionais de saúde e respetivas famílias.
- Facilitar a compreensão, por parte das famílias, do estado clínico dos seus entes queridos, através de uma comunicação clara, empática e centrada na pessoa.
- Melhorar a qualidade da comunicação com os familiares da PSC de forma a reduzir sentimentos de medo e ansiedade.

6. Planeamento ações:

- Expor e solicitar a autorização do projeto ao Enfermeiro chefe e ao conselho de administração.

Data de execução: maio 2025.

- Analisar os recursos necessários para a implementação da "Sala de Comunicação à família" (ver figura 1), incluindo a infraestrutura, mobiliário e equipamentos adequados.

Data de execução: setembro 2025 > Responsável pela implementação: Enfermeiro Chefe.

- Colaborar na conceção de um espaço físico que seja funcional, acolhedor, confortável e que promova a privacidade.

Data de execução: junho 2025 > Responsável pela colaboração: Enfermeiro chefe e enfermeiros.

- Adquirir mobiliário e equipamentos de forma a criar e decorar a "Sala de Comunicação à família".

Data de execução: setembro 2025 > Responsável pela aquisição: diretor da manutenção.

- Monitorizar e avaliar: acompanhamento contínuo da utilização da sala e avaliação da sua eficácia através de inquéritos de satisfação aos familiares e aos profissionais de saúde

Data de execução: novembro 2025

7. Resultados esperados:

- Criação de um espaço físico adequado, com privacidade, intimidade e conforto, que permita uma comunicação à família mais empática e eficaz.
- Aumento da eficiência da comunicação, em que a equipa de profissionais de saúde poderá dedicar mais tempo e atenção às famílias, respondendo às necessidades das mesmas, evitando interrupções e distrações durante estas interações.
- Atenuar o impacto emocional negativo vivenciado pelas famílias na UCIC, promovendo um ambiente mais humanizado, acolhedor e propício à comunicação eficaz.

8. Recursos necessários:

- Espaço físico: área na UCIC a ser adaptada para a nova sala.
- Equipamentos para a criação do ambiente (mobiliário, decoração, materiais de apoio).
- Investimento necessário para a execução do projeto.
- Profissionais de arquitetura e engenheiros.
- Enfermeiro e médico previamente destacado para a "Sala de Comunicação à Família".

9. Divulgação de resultados:

A divulgação dos resultados de um projeto de melhoria é fundamental para garantir a partilha do conhecimento, a sustentabilidade da intervenção e a replicação de boas práticas.

Os indicadores deste projeto serão monitorizados por:

- Realização de questionários de satisfação das famílias e profissionais de saúde sobre a implementação da "Sala de Comunicação à família".
- Reuniões periódicas de feedback com os profissionais de saúde e familiares para avaliar a eficácia da sala e discutir possíveis planos de melhoria.
- Reunião com a Direção Clínica e de Enfermagem: para apresentar os principais resultados, impacto e propostas de continuidade.

Caso os resultados sejam positivos, divulgar o estudo e o projeto, tendo em conta a revisão de literatura atualizada.

- Apresentação em eventos científicos: para partilhar a experiência com colegas e docentes.

10. Outras considerações:

Este projeto visa não apenas melhorar o ambiente físico, mas também transformar a cultura organizacional em torno da comunicação à família.

A criação de uma Sala de Comunicação à família pode ser um marco importante na humanização do atendimento e no apoio à PSC e suas famílias.

11. Referências bibliográficas:

- Autor desconhecido. (s.d.). *Imagem de interior com mobiliário moderno* [Imagem digital]. Fonte não identificada. Uso académico.
- Levine, M., et al. (2020). Communication in Critical Care: Improving Family Experiences. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(3), 297-307.
- Rapoport, J., et al. (2019). "Creating a Dedicated Family Room in Intensive Care Units." *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 246-253.

12. Termos utilizados:

UCIC - Unidade Cuidados Intermédios Cardíacos

ENP - Estágio de Natureza Profissional

PSC - Pessoa em Situação Crítica

S.D - Sem Data

ULS - Unidade Local de Saúde

ELABORADO POR: Nuno Fontes da Fonseca (aluno mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica - Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave).

ORIENTADO POR: Enfermeiro _____ (Enfermeiro Especialista Serviço de Cardiologia - ULS).

Proposta para "Sala de Comunicação á Família"



Figura 1 - Imagem de interior com mobiliário moderno. Autor e fonte não identificados. Uso exclusivo para fins académicos.

