

Barreiras à Comunicação entre Enfermeiros e Doentes em Contexto de Urgência: Perceções e Estratégias para a sua Superação

Aluno: Sónia Patrícia da Mota Miranda (a63987)

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

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

Março, 2026



Miranda, SPM. (2026). Barreiras à Comunicação entre Enfermeiros e Doentes em Contexto de Urgência: Perceções e Estratégias para a sua Superação – artigo de investigação. Relatório Final de Estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança, 2026

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso foram muitos os que caminharam ao meu lado, contribuindo para o meu sucesso e aprendizagem. Assim, agradeço:

À minha filha Francisca, que, sem se aperceber, me deu força para contrariar todas as adversidades e ultrapassar os dias mais difíceis.

Aos meus pais por me apoiarem sempre e por me ajudarem a todos os níveis.

Ao Valter, pelo apoio constante, pela paciência e compreensão nos dias de ausência, e por todo o alento e motivação nos momentos mais difíceis.

Aos meus colegas de mestrado e amigos Juliana, Fábio e Sérgio por todo o apoio, motivação, amizade e por nunca me deixarem desistir nos momentos mais difíceis nesta caminhada que percorremos juntos.

A todos os meus colegas do Serviço de Urgência, principalmente à minha (E)quipa, pelo apoio, paciência e ajuda nesta fase exigente do meu percurso.

A todos os meus amigos que estiveram comigo ao longo deste percurso e contribuíram para o meu sucesso.

À Professora Doutora Gorete Baptista, por todo o apoio, disponibilidade e simpatia na orientação deste trabalho, que contribuiu muito para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao En^o Marco Sousa, pela sua disponibilidade e incentivo na candidatura a este Mestrado.

Aos enfermeiros Nuno, Fernando, e Rosa, orientadores de estágio por toda a disponibilidade, paciência e partilha de conhecimentos e que contribuíram para o meu sucesso.

A todos o meu mais sincero obrigada!

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. O documento encontra-se estruturado em duas partes fundamentais que refletem o percurso de desenvolvimento de competências avançadas e a investigação científica.

A primeira parte consiste numa análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo dos três Estágios, realizados no Serviço de Hemodiálise, no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos). Esta secção evidencia a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, com especial foco na prestação de cuidados de elevada complexidade à pessoa em situação crítica, na gestão da melhoria contínua da qualidade e na promoção de um ambiente terapêutico seguro.

A segunda parte apresenta um estudo de investigação transversal, descritivo e de abordagem mista, intitulado "Barreiras à Comunicação entre Enfermeiros e Doentes em Contexto de Urgência: Perceções e Estratégias para a sua Superação", estruturado sob a forma de artigo científico. O estudo, que envolveu a participação de 78 enfermeiros através de questionários e 7 entrevistas semiestruturadas, teve como objetivo identificar os fatores que dificultam a comunicação neste contexto exigente e as estratégias sugeridas para mitigar esta problemática. Os resultados revelaram que as principais barreiras são de natureza organizacional (elevada carga de trabalho e interrupções), ambiental (ruído e falta de privacidade) e profissional (stress e falta de formação específica). O estudo conclui destacando a necessidade de intervenções organizacionais e de investimento na formação em competências comunicacionais para assegurar a qualidade e a humanização dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados Críticos; Serviço de Urgência; Comunicação em Saúde; Relação Enfermeiro-Doente.

ABSTRACT

This internship report was developed within the scope of the master's degree in medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing Care for the Person in Critical Condition, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Bragança. The document is organized into two main sections that reflect the process of advanced competency development and scientific research.

The first section consists of a critical and reflective analysis of the activities carried out throughout the three Clinical Placements, undertaken in the Hemodialysis Unit, the Emergency Department, and the Intensive Care Unit of Hospital Pedro Hispano (Local Health Unit of Matosinhos). This section highlights the acquisition and consolidation of both common and specific competencies of the Specialist Nurse, with particular emphasis on the provision of highly complex care to individuals in critical condition, the management of continuous quality improvement processes, and the promotion of a safe therapeutic environment.

The second section presents a cross-sectional, descriptive research study using a mixed-methods approach, entitled "*Barriers to Communication between Nurses and Patients in the Emergency Context: Perceptions and Strategies for Overcoming Them*", structured in the form of a scientific article. The study involved the participation of 78 nurses through questionnaires

and seven semi-structured interviews and aimed to identify the factors that hinder communication in this demanding clinical context. The findings revealed that the main barriers are organizational in nature (high workload and frequent interruptions), environmental (noise and lack of privacy), and professional (stress and insufficient specific training). The study concludes by emphasizing the need for organizational interventions and increased investment in communication skills training to ensure the quality and humanization of nursing care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critical Care; Emergency Department; Health Communication; Nurse-Patient Relations.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CVC – Cateter Venoso Central

DRC – Doença Renal Crónica

EEIH – Equipa de Emergência Intra Hospitalar

EEEMC – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMCPSC – Enfermagem Médico Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HD – Hemodiálise

HPH – Hospital Pedro Hispano

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAVI – Prevenção Associada à Ventilação Invasiva

PPCIRA – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PRHD – Programa Regular de Hemodiálise

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RH – Recursos Humanos

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM ..	11
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	13
1.1. Estágio de Opção	13
1.2. Serviço de Urgência.....	14
1.3. Serviço de Medicina Intensiva	16
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO	17
2.1. Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas	17
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal.....	17
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	19
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	20
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	21
2.2 Competências Específicas em Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica.....	22
2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	23
2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou emergência Multivítimas, da Conceção à Ação	28
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.....	29
SINTESE CONCLUSIVA	30
BIBLIOGRAFIA.....	31
PARTE II – “BARREIRAS À COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E DOENTES EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: PERCEÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA A SUA SUPERAÇÃO” – ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO	33
APÊNDICES E ANEXOS.....	55
Apêndice 1 - Formação à equipa do serviço sobre as guidelines do ERC em situações de PCR na sala de diálise.....	56
Apêndice 2 - Formação aos enfermeiros do SU sobre a hemodiálise e especificidades do doente hemodialisado	66

Apêndice 3 – Projeto de melhoria – plano de integração para enfermeiros no SU	74
Apêndice 4 – Flyer “No serviço de urgência como isolar?”	88
Apêndice 5 – Poster “Comunicação de más notícias no serviço de urgência”	90
Apêndice 6 – Apresentação à equipa do SMI – “Intervenções de enfermagem no sono do doente em cuidados intensivos”	92
Anexo 1 – Submissão do artigo “Barreiras à comunicação entre enfermeiros e doentes em contexto de urgência: perceções e estratégias para a sua superação” à revista Millenium Journal of Education, Technologies and Health	100

ÍNDICE DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Análise Descritiva e de Fiabilidade das dimensões	41
Tabela 2 - Barreiras na comunicação com o doente crítico em contexto de urgência/emergência.....	44
Tabela 3 – Barreiras na comunicação com o doente crítico em contexto de urgência/emergência consoante formação específica em comunicação clínica	45
Tabela 4 - “Como descreve, na sua experiência, a comunicação com os doentes em situação de urgência/ emergência?”	46

INTRODUÇÃO

A área da formação profissional assume uma particular importância no sentido de reforçar a capacidade de resposta da Enfermagem para novos desafios, dotando os profissionais de competências e conhecimentos e permitindo um exercício profissional de excelência e de realização pessoal, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021). Neste sentido, o ingresso no Mestrado surge com o intuito de complementar a minha formação teórica e prática e desenvolver competências e habilidades no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), contribuindo para a excelência do exercício profissional em Enfermagem.

O desenvolvimento deste relatório de estágio surge integrado no 2º ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, inserido na unidade curricular Opção I – Estágio Monovalente I e Opção II – Estágio Monovalente II, permitindo a sua conclusão, juntamente com a sua defesa pública, a obtenção do grau de Mestre.

O presente relatório é constituído por duas partes essenciais: a primeira é relativa à componente de desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC e tem como objetivo, analisar e descrever, através de uma reflexão crítica, as diferentes aprendizagens que ao longo dos Ensinos Clínicos proporcionaram o desenvolvimento das competências pessoais, sociais e profissionais, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, tendo como guias orientadores, o Regulamento no 140/2019 de 6 de Fevereiro (2021) e o Regulamento no 429/2018 de 16 de julho (2018) da OE.

A segunda parte diz respeito à componente de investigação, constituída por um estudo transversal e descritivo com o tema “Barreiras à Comunicação entre Enfermeiros e Doentes em Contexto de Urgência: Perceções e Estratégias para a sua Superação”, e será apresentada em forma de artigo. A escolha deste tema prendeu-se com o fato de exercer funções no Serviço de Urgência (SU), um serviço de elevada complexidade e com características muito específicas que por vezes dificultam a comunicação entre o doente e o enfermeiro. Após perceber esta problemática no SU, torna-se importante perceber quais as barreiras na comunicação mais frequentes e que estratégias poderão ser adotadas para mitigar esta questão.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA
EM ENFERMAGEM**

Os Estágios realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Enfermagem à PSC representam uma etapa fundamental na consolidação das competências avançadas do enfermeiro especialista. Estes ensinamentos visam articular o conhecimento teórico com a prática clínica em contextos altamente diferenciados, exigindo uma tomada de decisão rápida, fundamentada e ética, centrada na resposta às necessidades complexas do doente. Uma das formas do futuro Enfermeiro Especialista aprofundar os conhecimentos e desenvolver competências necessárias à formação profissional, é através da realização de ensinamentos clínicos (OE, 2018).

Assim, os estágios constituem não apenas um espaço de aprendizagem técnica e científica, mas também de desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a construção de um perfil de enfermeiro especialista capaz de influenciar positivamente os resultados em saúde e a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

A parte I do presente relatório é composta por uma breve caracterização dos locais onde decorreram os estágios, seguindo-se uma análise crítico-reflexiva das atividades de aprendizagem desenvolvidas, assim como experiências vivenciadas e que tornaram exequíveis o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC).

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Os Estágios Monovalente I e Opção II – Monovalente II que totalizaram 750 horas de contacto foram realizados nos Serviços de Hemodiálise (HD), SU e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) no Hospital Pedro Hispano (HPH) na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), no ano letivo de 2025/2026.

A escolha do Serviço de HD para realização do estágio de opção prendeu-se com o fato de muitos dos doentes com Doença Renal Crónica (DRC) sob tratamento de HD recorrerem ao serviço onde exerço funções atualmente, o SU, o que me fez sentir a necessidade pessoal de desenvolvimento de conhecimentos na área de Nefrologia e de doentes sob Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR).

As restantes horas de estágio foram realizadas no SU e no SMI, no âmbito do plano curricular do Mestrado e acordo com o previsto na alínea d) do n.º 1 do artigo 42º do Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro, que compete aos Colégios da Especialidade “elaborar os programas formativos da respetiva especialidade a propor ao conselho diretivo”.

Todos estes campos de estágio permitem a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC). Os objetivos definidos para os três campos de estágio foram estruturados com base nos domínios e nas unidades de competência definidos pela OE (2018) para os EEMC, na área da PSC:

- Criação e manutenção um ambiente terapêutico e seguro durante a permanência dos doentes nos diferentes serviços;
- Desenvolvimento de práticas de qualidade, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua com vista a desenvolver práticas de qualidade especializados;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos
- Fundamentação da minha praxis clínica especializada em padrões de conhecimentos nas diferentes áreas, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade.

1.1. Estágio de Opção

O estágio de opção foi realizado no serviço de HD do HPH em Matosinhos. A Unidade de Nefrologia do HPH está integrada no Departamento de Medicina e a sua área de influência

inclui os concelhos de Matosinhos, Vila do Conde e Póvoa de Varzim. Esta articula-se com a Unidade de Diálise Peritoneal do Centro Hospitalar do Porto –Hospital Geral de Santo António e com as Unidades de Transplante Renal deste mesmo Hospital e do Hospital de São João.

A equipa de Nefrologia garante o seu apoio em regime de presença física ou prevenção 24 horas ao HPH. A atividade da Unidade de Nefrologia consiste em realização de HD a pessoas com Lesão Renal Aguda, doentes internados em Programa Regular de Hemodiálise (PRHD) ou em programa de Ambulatório. O serviço presta também apoio aos doentes em PRHD do concelho de Matosinhos, nomeadamente em situações de urgência e complicações com necessidade de internamento. Em internamento orienta o tratamento de cerca de 300 doentes/ano, internados nas diferentes alas do Departamento de Medicina.

Realiza técnicas invasivas nomeadamente colocação de Cateter Venoso Central (CVC) tunelizados ou provisórios e biópsias renais que são realizadas na Imagiologia com apoio ecográfico. Realiza também Plasmaferese e Consulta Externa especificamente de: Acessos Vasculares, Esclarecimento de Modalidades Terapêuticas, Tratamento Médico Conservador, Reavaliação Precoce e *Follow-Up*.

A sala de HD tem capacidade para realizar em simultâneo 3 tratamentos, realizando atualmente tratamento dialítico a cerca de 40/45 doentes por semana. Os tratamentos consistem em sessões de mais ou menos de 4 horas, sendo que os doentes crónicos realizam tratamento 3 vezes por semana.

A nível de Recursos Humanos (RH), a equipa multidisciplinar é constituída por médicos especialistas em Nefrologia, enfermeiros, assistentes operacionais e assistente técnica. Relativamente à estrutura física, a unidade de Nefrologia dispõe de uma sala de HD com 4 monitores e respetivo sistema de tratamento de água, uma sala para doentes com necessidade de isolamento com 1 monitor e respetivo sistema de tratamento de água, armazém, copa, gabinetes médicos, vestiários e instalações sanitárias para os doentes assim como para funcionários.

1.2. Serviço de Urgência

O SU está integrado no departamento de Emergência e Medicina Intensiva do HPH – ULSM e presta cuidados hospitalares diretos à população adulta do concelho de Matosinhos e ainda cuidados hospitalares de referência à população de Vila do Conde e Póvoa de Varzim.

Trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) que dá resposta 24 horas por dia e é o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital que dispõe das valências clínicas de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Obstetrícia.

O SUMC do HPH está localizado no piso -1 e ocupa uma área considerável do piso que se divide em áreas clínicas e em áreas administrativas e de apoio.

As áreas clínicas do serviço organizam-se em diferentes espaços destinados à avaliação, tratamento e vigilância dos doentes. Incluem a área de triagem e a Sala de Emergência (SE), localizada à entrada do serviço e com capacidade para atender vários doentes em simultâneo. O serviço dispõe ainda da Área Laranja 1, espaço para doentes autónomos, e Área Laranja 2, com camas de vigilância, duas com monitorização. O OBS Cirúrgico é destinado a doentes proveniente da Pequena Cirurgia, Cirurgia e Ortopedia. A Área Amarela integra gabinetes médicos, sala de enfermagem e salas para observação em macas ou cadeirões, enquanto a Área Verde/Azul se destina a doentes com menor prioridade clínica. O serviço inclui ainda Área Cirúrgica, OBS com camas para monitorização, áreas de imagiologia (Raio X e Tomografia Axial Computorizada), gabinete de eletrocardiografia, sala de técnicas para procedimentos invasivos e gabinete de isolamento para doentes com suspeita de doenças que requerem isolamento. As áreas não clínicas incluem diferentes espaços de apoio ao funcionamento do serviço e ao bem-estar de profissionais e doentes. Existem também áreas de apoio para os profissionais, como copa e instalações sanitárias, bem como copa e quatro casas de banho destinadas aos doentes.

O SUMC dispõe de médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica e profissionais administrativos. Além disso, trabalha de forma direta com o laboratório de análises clínicas disponível 24h constituído por técnicos de Patologia clínica e Hemoterapia e com o apoio da farmácia.

A equipa de administrativos responsáveis pelo atendimento no balcão de admissão dos doentes é constituída por dois elementos durante 24h.

Quanto aos RH médicos estes estão distribuídos pelas diferentes áreas, que se encontra de acordo com regulamento da constituição das equipas médicas nos SU (Ordem dos Médicos, 2022), entre os quais com as especialidade de Clínica Geral, Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, que se encontram de forma permanente no SU e outras que estão à chamada e fisicamente noutros serviços do Hospital (Neurologia, Anestesia, Cardiologia, Nefrologia, Radiologia, Hemoterapia, Pediatria e Neonatologia). As restantes especialidades encontram-se presencialmente em horário laboral, durante a semana.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de noventa e sete enfermeiros distribuídos por seis equipas, um enfermeiro Gestor(a) e um enfermeiro(a) de referência. Em cada equipa existe um coordenador responsável e um elemento que o substitui em caso de ausência.

Os técnicos auxiliares de saúde são cinquenta e oito e estão sob a orientação do enfermeiro gestor e/ou coordenador.

1.3. Serviço de Medicina Intensiva

O SMI pertence ao Departamento de Emergência e Medicina Intensiva da ULSM, e configura-se como uma unidade de cuidados intensivos polivalente de níveis II e III. Esta unidade destina-se ao acompanhamento e tratamento de doentes com falência multiorgânica ou em risco iminente de a desenvolver.

Enquanto unidade diferenciada pertencente a um hospital distrital, o SMI mantém articulação hierárquica superior com a Unidade Local de Saúde de São João e com a Unidade Local de Saúde de Santo António, e articulação inferior com a Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, assegurando, assim, a continuidade e complementaridade dos cuidados prestados.

O serviço conta com o apoio de diversas especialidades médicas, permitindo a prestação de cuidados médico-cirúrgicos em todas as áreas, excetuando neurocirurgia, cirurgia cardiotorácica e cirurgia vascular. Nestas situações, o tratamento da fase aguda ocorre nos hospitais de articulação superior, podendo posteriormente os doentes ser admitidos no SMI para continuidade dos cuidados.

Sendo o HPH o único estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde dotado de uma unidade de Medicina Hiperbárica, o SMI recebe doentes críticos provenientes de todo o território nacional que necessitem de tratamento através de Oxigenoterapia Hiperbárica.

A unidade dispõe de um total de 21 camas (das quais 14 encontram-se atualmente ativas). Destas, 16 correspondem a unidades fechadas, sendo 13 com pressão negativa e 2 com sistemas de pressão negativa/positiva destinados ao isolamento de proteção máxima. O rácio enfermeiro/doente é, no máximo, de um enfermeiro para dois doentes, com o trabalho organizado em três turnos: manhã, tarde e noite.

Além dos enfermeiros que prestam cuidados diretos, existe um Enfermeiro Responsável de Turno (Enfermeiro Especialista) que substitui a enfermeira-chefe ou enfermeiro de referência na sua ausência e integra a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH), sediada no SMI. Nos turnos da manhã e da tarde está também presente um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O SMI valoriza fortemente a melhoria contínua e a segurança do doente, promovendo grupos de trabalho dedicados a temáticas como: analgesia, sedação e *delirium*; consultas de *follow-up*; enfermagem baseada na evidência; *mindfulness*; notificação de eventos adversos; curso multidisciplinar de lavagem das mãos; comunicação eficaz na transição de cuidados; infeções do trato urinário; pneumonia associada à intubação; humanização dos cuidados (Projeto HU-CI); práticas seguras na administração da medicação; e comunicação à cabeceira do doente

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

Este capítulo contempla a análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências adquiridas na prestação de cuidados à PSC, ajustando continuamente os objetivos delineados às oportunidades e necessidades que foram surgindo. Os estágios realizados nos serviços de HD, SU e SMI constituíram uma mais-valia neste percurso formativo, ao possibilitar a consolidação e o aprofundamento de competências, tanto comuns como específicas. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021), estas competências conferem ao enfermeiro uma capacitação acrescida nos respetivos domínios de atuação.

As competências do enfermeiro especialista transcendem o domínio técnico, integrando dimensões éticas, pedagógicas, organizacionais e investigativas. De acordo com a OE (2021), estas competências permitem-lhe intervir com elevada diferenciação em contextos clínicos específicos, colaborar de forma eficaz em equipas interdisciplinares, liderar processos de melhoria contínua e contribuir para a inovação em cuidados de saúde.

Assim, o enfermeiro especialista constitui uma figura essencial no sistema de saúde, sendo um agente ativo na transformação das práticas e na resposta aos desafios contemporâneos em saúde.

2.1. Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas

O EEMC assume um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde diferenciados à PSC ou com processos de doença complexos, e possui um conjunto de competências avançadas que lhe permitem responder de forma eficaz às necessidades dos doentes, das famílias e das equipas de saúde, promovendo cuidados seguros, baseados na evidência científica e centrados na pessoa.

Independentemente da área de responsabilidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

Segundo a OE (2011), fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste sentido, o enfermeiro especialista deve ter a capacidade de demonstrar tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões com base em valores, princípios e normas deontológicas que orientam o exercício profissional.

Enquanto profissional, procuro atuar de acordo com princípios éticos, assegurando o respeito pela dignidade humana, pelas escolhas individuais, crenças e religião do doente, com o objetivo de promover o seu bem-estar, estabilidade, conforto, privacidade, intimidade e dignidade. Estes aspetos assumem particular relevância na prática de enfermagem, uma vez que o cuidado deve ser centrado no doente e orientado para a proteção dos seus direitos fundamentais.

O desenvolvimento de uma prática profissional e ética constitui um elemento essencial na atuação do enfermeiro EEMC. No exercício das suas funções, o enfermeiro deve orientar a sua prática pelos princípios éticos, legais e deontológicos que regulam a profissão, garantindo que as decisões clínicas são fundamentadas no conhecimento científico, na reflexão crítica e no respeito pela dignidade humana. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) estabelece que o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, devendo atuar com autonomia técnica e científica, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas no âmbito da sua intervenção profissional (OE, 2015).

A prática ética em enfermagem também se fundamenta nos princípios da bioética, nomeadamente os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, descritos por Beauchamp e Childress (2019). Estes princípios orientam o processo de tomada de decisão ética na prestação de cuidados de saúde, promovendo uma atuação que respeita os direitos, valores e preferências da pessoa cuidada. Neste sentido, o enfermeiro especialista deve garantir que os cuidados prestados respeitam a autonomia do doente, promovendo a sua participação ativa nas decisões relativas à sua saúde, assegurando simultaneamente a proteção contra danos e a distribuição justa dos cuidados.

De igual modo, a reflexão ética na prática clínica implica um processo deliberativo que considera diferentes valores e perspetivas na tomada de decisão. A deliberação ética permite analisar os problemas morais presentes na prática clínica, ponderando as alternativas possíveis e escolhendo a ação mais prudente e adequada à situação concreta (Diego Gracia, 2011). Assim, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências de reflexão crítica e deliberativa que lhe permitam lidar com dilemas éticos complexos, especialmente em contextos de elevada exigência clínica.

Paralelamente, a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais constitui uma dimensão fundamental da prática de enfermagem especializada. O enfermeiro deve assegurar a proteção da privacidade, da confidencialidade da informação clínica e do consentimento informado, contribuindo para uma

abordagem centrada no doente e culturalmente sensível. De acordo com o REPE, compete ao enfermeiro defender os direitos da pessoa em situação de saúde ou doença, garantindo que os cuidados são prestados com respeito pela dignidade, integridade e valores individuais (OE, 2015). Desta forma, o enfermeiro especialista assume também um papel de advocacia do doente, promovendo práticas de cuidado éticas, seguras e humanizadas no contexto da equipa multidisciplinar.

A atuação do enfermeiro em contextos de emergência representa um desafio significativo, exigindo decisões fundamentadas em evidência científica e sustentadas por conhecimento técnico e competências clínicas. Contudo, nem sempre é simples escolher a melhor conduta em cenários complexos, uma vez que a linha que separa a vida e a morte é extremamente delicada. Nestes contextos, a tomada de decisão deve integrar não apenas critérios clínicos, mas também princípios éticos e valores profissionais que orientam a prática de enfermagem (Beauchamp & Childress, 2019; Gracia, 2011).

Apesar da tomada de decisão ser, na maioria das vezes, realizada em equipa, tendo por base princípios éticos e deontológicos, cabe também ao enfermeiro prestar suporte e acompanhamento à família, reconhecendo o impacto emocional das situações de doença crítica. Esta experiência contribuiu para o reforço de competências no apoio ao doente e à família em momentos de fragilidade emocional, promovendo também a sua inclusão no processo de cuidados.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade constitui um desafio permanente, sobretudo no âmbito da saúde, onde a complexidade das situações clínicas e a diversidade das necessidades dos doentes exigem cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Neste contexto, a gestão da qualidade assume-se como um domínio essencial nas competências do EEMC, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados e para a segurança do doente. A promoção da qualidade em enfermagem implica a adoção de práticas baseadas na evidência, bem como a participação ativa dos profissionais na avaliação e melhoria dos processos assistenciais (Neto et al., 2023).

Fazem parte das competências deste domínio (OE,2011):

- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias institucionais na área da governação clínica;
- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

De acordo com a OE (2001), os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados, sendo responsáveis pela implementação de práticas seguras, pela monitorização dos resultados em saúde e pela participação em iniciativas de melhoria contínua que contribuam para a excelência dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem constituem uma referência orientadora para a prática profissional, promovendo a avaliação sistemática das intervenções e a melhoria contínua dos cuidados prestados (Neto et al., 2023).

No âmbito da conceção e gestão de programas de melhoria, procurei adotar uma postura proativa e identificar algumas das necessidades dos serviços onde realizei os ensinamentos clínicos ao nível da melhoria contínua da qualidade. Neste sentido, no Serviço de HD, foi desenvolvida e implementada uma ação de formação dirigida à equipa multidisciplinar, centrada nas recomendações do European Resuscitation Council para a abordagem da paragem cardiorrespiratória em contexto de sala de diálise (Apêndice 1). A pertinência da implementação desta formação fundamenta-se na ausência de atualização formativa nesta área há um período considerável, comprometendo potencialmente a prontidão e a adequação da resposta da equipa. Acresce ainda o facto de, no decurso das sessões de HD, se verificarem situações de descompensação clínica dos doentes com relativa frequência, reforçando a necessidade de capacitação contínua dos profissionais para uma atuação célere, eficaz e baseada na evidência científica. Paralelamente, desenvolvi uma ação de formação dirigida ao SU sobre a HD e as especificidades do doente hemodialisado, procurando estabelecer uma articulação entre o local de estágio e o serviço onde exerço funções atualmente, o SU (Apêndice 2). No ensino clínico realizado no SU, elaborei ainda um projeto de melhoria no qual consta um manual de acolhimento e um plano de integração para novos enfermeiros que iniciem funções neste serviço (Apêndice 3), procurando facilitar o processo de integração profissional e promover a uniformização de práticas, contribuindo assim para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Por outro lado, a criação de um ambiente terapêutico seguro constitui igualmente uma área de incidência das competências do enfermeiro especialista. Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem ser prestados de forma contínua e vigilante, privilegiando sempre o doente na gestão do ambiente onde este se encontra. A promoção de ambientes seguros e terapêuticos contribui para a prevenção de eventos adversos e para o fortalecimento da qualidade e segurança dos cuidados, aspetos fundamentais na prática de enfermagem (Neto et al., 2023).

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Segundo a OE (2011), fazem parte das competências deste domínio:

- Gerir os cuidados de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Durante os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de observar diversas funções de gestão desempenhadas pelos enfermeiros especialistas, principalmente no SU e no SMI, procurando adquirir competências relativamente à gestão de cuidados, liderança, tomada de decisão e gestão de materiais.

Na minha prática profissional, procuro estabelecer corretamente as prioridades nos cuidados prestados. Ao longo dos estágios realizados, aperfeiçoei competências relacionadas com a gestão de prioridades, bem como com a organização de materiais e do tempo necessário para assegurar uma prestação de cuidados eficaz e segura. A definição de prioridades assume particular relevância em contextos clínicos complexos, onde a rápida avaliação das necessidades do doente e a adequada gestão dos recursos disponíveis são fundamentais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados.

A tomada de decisão constitui um processo que se desenvolve progressivamente ao longo da prática profissional, tornando-se mais eficaz à medida que o enfermeiro adquire experiência e contacta com diferentes situações clínicas. Neste sentido, Benner (2001) descreve que o desenvolvimento das competências em enfermagem ocorre de forma gradual, passando por diferentes níveis de proficiência, desde o enfermeiro iniciante até ao especialista. De acordo com esta autora, a experiência clínica e a reflexão sobre a prática contribuem para o desenvolvimento da capacidade de julgamento clínico e para uma tomada de decisão mais rápida e eficaz em situações complexas.

Desta forma, procuro atualizar os meus conhecimentos e desenvolver competências que me permitam definir prioridades no cuidado ao doente crítico, bem como contribuir para uma gestão mais eficiente dos cuidados e dos recursos disponíveis, promovendo uma prestação de cuidados segura, eficaz e centrada no doente.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

É pela aprendizagem e formação constantes que evoluímos e desenvolvemos competências que nos permitem ser mais eficazes nas tarefas que realizamos.

Segundo a OE (2011), fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

O progresso tecnológico na área da saúde tem ocorrido de forma acelerada, exigindo uma atualização constante face à produção contínua de novas evidências científicas e à necessidade de desenvolvimento permanente de competências. O processo de autoconhecimento, aliado à compreensão e consciência dos meus próprios limites pessoais e profissionais, tem contribuído para uma melhor gestão emocional e para o reforço da capacidade de resolução de conflitos, sendo fundamental desenvolver competências que promovam a estabilidade emocional e a resiliência profissional. Neste sentido, a abordagem de Benner (2001) enfatiza que a aquisição de competências em enfermagem não é apenas uma questão de formação teórica, mas também de experiência prática reflexiva, onde o profissional evolui do estágio de principiante para o de especialista, consolidando o conhecimento e a capacidade de tomada de decisão clínica com segurança e eficácia.

2.2 Competências Específicas em Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC, foi aprovado por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de novembro de 2010 (OE, 2010).

Define-se PSC aquela que apresenta um risco de vida por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e para a qual seja necessário recorrer a meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para garantir a sua sobrevivência. Com efeito, os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes devem ser altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2010).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem na PSC são (OE, 2011):

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As doenças súbitas e a agudização de doenças crônicas, cada vez mais frequentes, conduzem à deterioração progressiva e rápida das funções vitais do doente, onde existe uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade. Torna-se assim emergente que os profissionais de saúde, detenham competências e capacidade para lidar com a PSC. Novas exigências pedem novas competências e novas formas de ação, sendo o enfermeiro especialista uma mais-valia para o cuidar da pessoa em situação crítica.

2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada e incisiva nesta área, maximizando os resultados e potenciando a recuperação total. Assim, é exigido ao Enfermeiro Especialista EMCPSC, competências específicas para lidar com as situações urgentes e emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes ao doente que vivenciou alterações ao seu dia a dia (OE, 2011).

As competências do Enfermeiro Especialista EMCPSC são:

a) Presta cuidados à pessoa em situação emergente, identificando focos de instabilidade:

A realização dos ensinamentos clínicos nos campos de estágio permitiu-me lidar com doentes em situação de doença crítica e falência orgânica, promovendo a aquisição de novos conhecimentos e competências na prestação de cuidados à PSC. A prestação de cuidados ao doente crítico representa um desafio significativo, exigindo dos enfermeiros um conjunto amplo de competências científicas, cognitivas, técnicas e relacionais. A vivência com procedimentos e intervenções de elevada complexidade contribuiu para o desenvolvimento de novas competências e para o reforço da minha autonomia na prática clínica quotidiana (Benner, 2001).

A identificação de focos de instabilidade e de sinais precoces de deterioração hemodinâmica constituiu um momento determinante no desenvolvimento do meu julgamento clínico. A intervenção junto da PSC, bem como o acompanhamento na SE no SU, permitiram-me compreender que a excelência na prática especializada não se limita à resposta à instabilidade instalada. Pelo contrário, exige a capacidade de reconhecer padrões subtis de descompensação, antecipar riscos e implementar estratégias preventivas sustentadas na evidência científica. Este processo implicou a mobilização de autonomia profissional, responsabilidade ética e capacidade de liderança clínica, particularmente na articulação eficaz com a equipa multidisciplinar, assumindo um papel ativo na tomada de decisão e na gestão diferenciada do cuidado à PSC (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

Ao longo dos estágios, desenvolvi de forma significativa a competência de prestar cuidados à PSC, identificando precocemente focos de instabilidade clínica. Estes contextos exigiram de mim uma vigilância contínua, sistematizada e intencional, sustentada em raciocínio clínico crítico e tomada de decisão fundamentada na evidência científica. No SMI, tive ainda a oportunidade de acompanhar o enfermeiro que integra a EEIH, observando a aplicação prática de protocolos avançados de monitorização e intervenção em doentes críticos.

Ao cuidar da PSC, confrontei-me frequentemente com quadros de instabilidade hemodinâmica, respiratória, neurológica e metabólica, que exigiam uma leitura integrada dos dados clínicos. A monitorização invasiva e não invasiva, a interpretação de gasimetrias arteriais, a análise de parâmetros ventilatórios e a avaliação neurológica sistemática tornaram-se ferramentas essenciais para antecipar deteriorações clínicas. Progressivamente, fui desenvolvendo maior capacidade de reconhecer padrões subtis de descompensação, compreendendo que, nestes contextos, a identificação precoce de pequenas alterações pode ser determinante para o prognóstico da PSC.

A reflexão sobre a minha prática à luz da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001) permitiu-me atribuir maior significado às intervenções realizadas. Em contexto de Medicina Intensiva, a PSC apresenta, na maioria das vezes, um déficit total de autocuidado, encontrando-se incapaz de satisfazer necessidades básicas devido à gravidade da sua condição e à dependência de suporte tecnológico. Neste sentido, reconheci que assumo predominantemente um sistema de enfermagem totalmente compensatório, substituindo-me ao doente na manutenção das funções vitais e na prevenção de complicações.

Contudo, esta substituição não deve ser entendida apenas como execução técnica de intervenções complexas. Exige sensibilidade ética, respeito pela dignidade humana e consciência de que, mesmo inconsciente ou sedado, o doente mantém a sua singularidade. Assim, ao identificar focos de instabilidade, não estou apenas a corrigir parâmetros fisiológicos, mas a responder a um déficit profundo de autocuidado, garantindo a preservação da vida e criando condições para uma eventual recuperação da autonomia (Orem, 2001).

No âmbito da prestação de cuidados à PSC, elaborei uma apresentação realizada através de uma pesquisa bibliográfica à equipa de enfermeiros do SMI, acerca das últimas evidências relativamente às intervenções no sono do doente em cuidados intensivos (apêndice 6).

Ao longo deste percurso, compreendi também a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e da comunicação eficaz, especialmente na articulação com a família, que frequentemente assume um papel fundamental no processo de transição e recuperação. Esta experiência contribuiu para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista,

reforçando a necessidade de integrar conhecimento científico, fundamentação teórica e reflexão crítica na prática clínica.

Considero que o desenvolvimento desta competência consolidou a minha capacidade de atuar de forma autónoma, segura e fundamentada perante situações de elevada complexidade, reforçando o meu compromisso com uma prática especializada centrada no doente, mesmo quando este se encontra em situação de extrema vulnerabilidade.

b) Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos:

A aquisição de competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos revelou-se fundamental no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Durante a minha prática clínica, procurei desenvolver capacidades relacionadas com a preparação, administração e monitorização de terapêuticas complexas, garantindo o cumprimento rigoroso das prescrições médicas e das normas de segurança estabelecidas no serviço (Potter & Perry, 2018).

No SMI, tive oportunidade de conhecer e aplicar alguns protocolos existentes no serviço, nomeadamente: Prevenção Associada à Ventilação Invasiva (PAVI), técnica ISBAR – Passagem estruturada de informação; práticas seguras na administração de medicação; comunicação à cabeceira do doente; projetos desenvolvidos pela equipa, como diário para doente e família, Consultas de Follow-up e o Projeto HU-CI – Humanização dos Cuidados.

Foi essencial manter uma vigilância contínua da PSC, avaliando a resposta às intervenções terapêuticas e identificando precocemente possíveis efeitos adversos ou complicações associadas aos tratamentos instituídos. A gestão destes protocolos exigiu igualmente a mobilização de conhecimentos técnico-científicos, raciocínio clínico e capacidade de priorização, de forma a assegurar uma intervenção segura, eficaz e adequada à condição clínica do doente.

Paralelamente, procurei atuar em articulação com a equipa multidisciplinar, reconhecendo a importância da comunicação e da partilha de informação na gestão de regimes terapêuticos complexos, frequentemente caracterizados pela administração de múltiplas terapêuticas intravenosas, fármacos vasoativos, sedação e analgesia, entre outros.

O desenvolvimento desta competência contribuiu significativamente para a prestação de cuidados de enfermagem mais seguros, fundamentados e centrados nas necessidades da PSC, reforçando a importância de protocolos estruturados, vigilância contínua e prática baseada em evidência científica (Potter & Perry, 2018).

c) Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica:

A dor ocorre frequentemente em doentes críticos, sendo o seu controlo um elemento essencial no tratamento destes doentes. No entanto, a sua avaliação apresenta desafios

significativos, especialmente porque muitos doentes se encontram sedados ou inconscientes, comprometendo a comunicação verbal e dificultando a identificação e quantificação precisas da dor (Kerbage et al., 2021).

Apesar dessas limitações, a dor deve ser sempre reconhecida e valorizada. Quando o doente se encontra em condições de comunicar, constitui a fonte mais fidedigna para descrever a experiência dolorosa. Em situações em que a comunicação verbal não é possível, torna-se necessário recorrer a sinais não verbais de dor, como alterações na frequência cardíaca, agitação motora ou expressões faciais de desconforto (Kerbage et al., 2021).

No contexto da prática clínica, procurei desenvolver a minha atuação considerando a importância da identificação e valorização das manifestações de dor na PSC, reconhecendo-a como um indicador relevante do seu estado clínico e do seu conforto. As intervenções implementadas incluíram estratégias farmacológicas (administração de analgésicos e sedativos conforme protocolos terapêuticos e prescrições médicas, garantindo segurança e eficácia) e não farmacológicas (medidas de conforto, posicionamento adequado, comunicação terapêutica e promoção de um ambiente tranquilo e seguro, favorecendo o bem-estar da pessoa cuidada).

A prática orientada para o controlo eficaz da dor permitiu centrar a atenção na abordagem holística da PSC, contribuindo para a diminuição do sofrimento, promoção do conforto e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O desenvolvimento destas competências mostrou-se essencial para uma intervenção de enfermagem consciente, humanizada e baseada em evidência científica (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

No âmbito da prática do enfermeiro especialista em EMCPSC, a prestação de cuidados exige uma abordagem altamente diferenciada, sustentada em competências técnico-científicas avançadas e numa visão holística da pessoa. Neste contexto, a Teoria do Conforto de Kolkaba (1994) constitui um referencial teórico relevante, permitindo integrar a dimensão humanizada no cuidado à pessoa em situação crítica, frequentemente submetida a ambientes altamente tecnologizados e a situações de instabilidade clínica.

A aplicação desta teoria traduz-se na valorização do conforto enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem, entendido não apenas como ausência de dor, mas como um estado dinâmico que engloba alívio, tranquilidade e transcendência, nas dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Assim, o enfermeiro especialista assume um papel central na avaliação contínua das necessidades da pessoa em situação crítica, implementando intervenções dirigidas à estabilização hemodinâmica e ventilatória, ao controlo rigoroso da dor e do desconforto, bem como à prevenção de complicações associadas à imobilidade e à gravidade da condição clínica.

Paralelamente, a promoção do conforto estende-se à dimensão psicoespiritual, através da preservação da dignidade da pessoa, da redução da ansiedade e da humanização

dos cuidados, mesmo em situações de sedação ou inconsciência. A inclusão da família, sempre que possível, e o respeito pelos valores e crenças individuais refletem a atenção à dimensão sociocultural, contribuindo para uma abordagem centrada na pessoa. Adicionalmente, a gestão do ambiente, nomeadamente o controlo do ruído, da luminosidade e da organização do espaço, assume particular relevância na promoção do conforto e na prevenção de fatores de stress adicionais (Kolkaba, 1994).

Deste modo, a integração dos princípios da Teoria do Conforto na prática clínica do enfermeiro especialista permite não só a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, como também a otimização dos resultados em saúde, evidenciando que, mesmo em contextos de elevada complexidade, o conforto constitui um indicador fundamental da qualidade e da excelência dos cuidados de enfermagem.

A valorização da dor como um indicador clínico relevante reforça a importância de monitorização contínua, avaliação sistemática e comunicação multidisciplinar, sustentando a segurança e a eficácia dos cuidados prestados em contextos críticos. Desta forma, a minha prática procurou centrar-se numa abordagem holística da PSC, contribuindo para a diminuição do sofrimento, para a promoção do conforto e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O desenvolvimento destas competências revelou-se essencial para uma intervenção de enfermagem mais consciente, humanizada e baseada na evidência científica.

d) Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais, estabelecendo uma relação terapêutica:

Neste contexto, as competências emocionais do enfermeiro revelam-se fundamentais, uma vez que é através delas que o profissional consegue responder de forma eficaz à instabilidade emocional vivida pelo doente e pela família, resultante da situação crítica em que se encontram.

Nestes campos de estágio tive a perceção que o impacto entre a família e o doente em situação crítica pode envolver um choque emocional. Por um lado, no serviço de HD, o doente pode desenvolver a perceção de que estará dependente da HD de forma permanente, o que pode representar um desafio emocional e psicológico significativo. A Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis (1994), constitui uma referência relevante para a compreensão das experiências vivenciadas por pessoas com doença renal crónica em programa de hemodiálise. A iniciação e manutenção deste tratamento implicam múltiplas transições, nomeadamente a transição saúde-doença, transições situacionais associadas à integração de um regime terapêutico complexo, e transições de papel decorrentes das alterações na autonomia e no desempenho das atividades de vida diária.

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central na facilitação de transições saudáveis, através da identificação de fatores condicionantes, como o nível de conhecimento, o suporte social e o estado emocional do doente (Meleis, 1994).

Por outro lado, no SU ou SMI, tive a oportunidade de acompanhar a família e desenvolver uma relação terapêutica. Ao serem confrontados com questões relacionadas com o doente e com a própria dinâmica familiar — muitas vezes difíceis de aceitar — surgem frequentemente sentimentos de angústia, frustração ou resistência, que acabam por influenciar a forma como o doente ou os familiares lidam com a situação e tomam decisões sobre o tratamento. No sentido de abordar a comunicação de más notícias, elaborei um poster acerca da comunicação de más notícias no âmbito do Serviço de Urgência (Apêndice 5).

A comunicação com o doente e respetiva família constitui um desafio para a prática de enfermagem, sendo essencial a adoção de uma comunicação eficaz e assertiva para a prestação de cuidados de alta qualidade. Neste sentido, o tema do meu projeto de Investigação, integrante na Parte II deste relatório, tem como tema a comunicação no SU e as suas barreiras e estratégias.

2.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou emergência Multivítimas, da Conceção à Ação

De acordo com a OE (2018), o enfermeiro especialista, perante cenários de emergência, exceção ou catástrofe, deve intervir através da conceção, planeamento e gestão da resposta de forma célere e estruturada, garantindo a eficácia e eficiência da atuação, sem descuidar a preservação de vestígios ou indícios que possam estar associados à prática de um crime. Trata-se de contextos de elevada complexidade, especialmente quando o número de doentes em situação crítica é significativo.

Durante os estágios, procurei familiarizar-me com normas e protocolos, especialmente os relacionados com atuação em catástrofes, bem como com planos de emergência internos e externos. Estar devidamente preparado e possuir competências adequadas é essencial para agir de forma assertiva no momento certo. Para que a resposta seja eficaz, é imprescindível que todo o processo esteja previamente estruturado e treinado, uma vez que a formação e treino específicos em situações de catástrofe aumentam significativamente a prontidão, conhecimento e competências dos enfermeiros na resposta a emergências (Nikitara et al., 2025).

No ensino clínico realizado no SU, tive a oportunidade de ter como orientador um dos membros da Comissão de Catástrofe do Hospital, o que foi uma mais-valia pelos conhecimentos que me transmitiu neste âmbito.

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

A prestação de cuidados de saúde em ambiente hospitalar está associada ao risco de transmissão de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), as quais são adquiridas pelos doentes como consequência direta dos cuidados e procedimentos realizados. A utilização de técnicas invasivas, bem como o recurso frequente a terapêuticas antibióticas agressivas ou imunossupressoras, torna os doentes particularmente suscetíveis ao desenvolvimento de diversas infeções (DGS, 2022).

As IACS representam um desafio significativo, pois contribuem para o prolongamento do tempo de internamento e para o aumento dos custos hospitalares, assumindo, por isso, uma relevância acrescida na gestão e qualidade dos cuidados de saúde.

Nestes campos de estágio, procurei executar os cuidados preventivos de infeção em todos os procedimentos realizados no âmbito dos três ensinamentos clínicos.

Por outro lado, também foi uma preocupação a adoção de uma atitude responsável na prevenção e controlo de infeção, cumprindo normas existentes e fazendo uso correto de colocação e remoção dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), lavagem e desinfecção das mãos.

No serviço de HD, colaborei na realização de auditorias à higienização das mãos com o enfermeiro que desempenha funções como elo do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). No SU, elaborei um *flyer* informativo com a informação relativa aos diferentes tipos de isolamento que poderão ocorrer no serviço e quais os respetivos EPI a utilizar, com base no PPCIRA (Apêndice 4). No SMI procurei atuar conforme os protocolos do serviço, dando especial atenção à implementação de medidas preventivas relacionadas com a PAVI e à prevenção da infeção associada ao CVC e cumprimento das *bundles* existentes no serviço, adotando práticas seguras e baseadas na evidência científica. Adicionalmente, procurei cumprir outros protocolos relevantes do serviço, nomeadamente os relacionados com a higienização das mãos, a prevenção de infeções associadas ao cateter urinário, manutenção de dispositivos invasivos, assepsia na realização de procedimentos, bem como a correta utilização de EPI. Estas intervenções visaram reduzir o risco de infeção, promover a segurança da pessoa em situação crítica e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, a minha atuação centrou-se numa prática responsável e vigilante, reconhecendo que a adesão rigorosa aos protocolos de controlo de infeção constitui um elemento essencial na prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos.

O enfermeiro especialista deve assumir uma responsabilidade redobrada na constante atualização, na área de prevenção e controlo da infeção, tendo presente os riscos acrescidos que a PSC representa.

SINTESE CONCLUSIVA

Este relatório traduz o registo do percurso desenvolvido ao longo dos estágios, sendo apresentada uma contextualização dos ensinamentos clínicos, bem como uma reflexão e análise crítica sobre as minhas perspetivas e objetivos pessoais e profissionais. Ao analisar o caminho percorrido, com base nas competências exigidas ao Enfermeiro Especialista EMCPSC, chego à conclusão de que houve evolução e aquisição de competências neste âmbito.

Olhando em retrospectiva, considero que estes campos de estágios proporcionaram uma aprendizagem abrangente. O contacto com doentes em tratamento de hemodiálise revelou-se particularmente enriquecedor. Esta unidade acolhe doentes provenientes de diversos serviços, nomeadamente do SU, onde exerço funções habitualmente.

A aquisição de competências de Enfermeiro Especialista no SU, onde exerço funções, foi bastante produtiva na medida em que, as questões relacionadas com a integração na equipa e no serviço estavam ultrapassadas, possibilitando direcionar o meu foco em questões relacionadas com o doente crítico e com projetos de melhoria a realizar no serviço. No SMI, tive possibilidade de contactar com várias técnicas e protocolos nomeadamente no que diz respeito a acessos vasculares, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, suporte renal e sedação e analgesia.

Nestes contextos, houve muitas oportunidades de aprendizagem, permitindo-me desenvolver novas competências e consolidar as já adquiridas. Assim, através da descrição e reflexão crítica presentes neste relatório, considero que os objetivos que defini no início dos estágios foram alcançados.

A elaboração deste relatório levou-me a refletir profundamente sobre a prática de cuidados, contribuindo para o enriquecimento do meu conhecimento e promovendo melhorias na prestação dos mesmos. Reconheço que o processo de aprendizagem é contínuo e há sempre espaço para evolução.

Em síntese, esta experiência formativa permitiu-me compreender com maior clareza a importância e o impacto dos cuidados prestados pelo EEEMC.

BIBLIOGRAFIA

- 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*. Prentice Hall.
- Berbiglia, V. A., & Banfield, B. E. (2018). Dorothea E. Orem: Self-care deficit theory of nursing. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work*. Elsevier.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos em Portugal (2017)*. DGS.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Triacastela.
- ICN – International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. Geneva: ICN.
- Kerbage, S. H., Garvey, L., Lambert, G. W., & Willetts, G. (2021). Pain assessment of the adult sedated and ventilated patients in the intensive care setting: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 122, 104044. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104044>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184.
- Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Nursing Research*.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice* (Third edition.). Wolters Kluwer Health.
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Marta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 82. <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Nikitara, M., Kalu, A., Latzourakis, E., Constantinou, C. S., & Velonaki, V. S. (2025). Training Nurses for Disasters: A Systematic Review on Self-Efficacy and Preparedness. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(24), 3323. <https://doi.org/10.3390/healthcare13243323>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 4744–4750. <https://www.dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas áreas de pessoa em situação crítica, paliativa, peri operatória e crónica. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 16 de julho de 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: Pessoa em situação crítica, crónica, paliativa e peri operatória (Aviso n.º 4511/2021). Diário da República, 2.ª série, n.º 49, 11 de março de 2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/4511-2021-159219809>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2018). *Fundamentos de enfermagem* (9.ª ed.). Elsevier.

**PARTE II – “BARREIRAS À COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS
E DOENTES EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: PERCEÇÕES E
ESTRATÉGIAS PARA A SUA SUPERAÇÃO” – ARTIGO DE
INVESTIGAÇÃO**

ORIGINAL ARTICLE

BARREIRAS À COMUNICAÇÃO COM OS DOENTES EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO

Barriers to communication with patients in an emergency context: nurses' perceptions and strategies to overcome them

Barreras en la comunicación con los pacientes en un contexto de urgencias: percepciones de los enfermeros y estrategias para superarlas

RESUMO

Introdução: A comunicação entre enfermeiros e doentes constitui um elemento fundamental da qualidade, segurança e humanização dos cuidados de saúde, assumindo particular relevância no contexto do Serviço de Urgência, caracterizado por elevada pressão assistencial e complexidade clínica.

Objetivo: Explorar as barreiras à comunicação percecionadas pelos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, bem como as estratégias utilizadas para a sua superação.

Métodos: Estudo de abordagem mista, transversal e descritiva realizado num Serviço de Urgência de um Hospital do Norte de Portugal. A componente quantitativa envolveu 78 enfermeiros, através da aplicação de um questionário estruturado com análise estatística descritiva e inferencial. A componente qualitativa integrou entrevistas semiestruturadas a 7 enfermeiros, analisadas tematicamente com recurso ao NVivo.

Resultados: Os resultados evidenciaram barreiras predominantemente organizacionais (elevada carga de trabalho, limitação temporal e interrupções frequentes), fatores ambientais (ruído e a ausência de privacidade), bem como fatores profissionais e clínicos (uso de linguagem técnica, o stress e a falta de formação específica em comunicação clínica). Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas na perceção de determinadas barreiras entre enfermeiros com e sem formação específica em comunicação clínica. Os dados qualitativos corroboraram os resultados quantitativos, evidenciando o impacto das dificuldades comunicacionais na prestação de cuidados.

Conclusão: A comunicação em contexto de urgência é condicionada por múltiplas barreiras interligadas, sendo necessário investir em intervenções organizacionais e na formação em competências comunicacionais para promover cuidados de enfermagem de qualidade.

Palavras-chave: Comunicação; Serviço de Urgência; Relação Enfermeiro-Paciente; Capacitação em Serviço; Recursos Humanos de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Communication between nurses and patients constitutes a fundamental element of the quality, safety, and humanization of healthcare, assuming relevance in the context of the Emergency Department, characterized by high care pressure and clinical complexity.

Objective: To explore the barriers to communication perceived by nurses working in the Emergency Department, as well as the strategies used to overcome them.

Methods: A mixed-methods, cross-sectional, and descriptive study conducted in the Emergency Department of a hospital in Northern Portugal. The quantitative component involved 78 nurses through the administration of a structured questionnaire, with descriptive and inferential statistical analysis. The qualitative component included semi-structured interviews with 7 nurses, thematically analyzed using NVivo.

Results: The results revealed predominantly organizational barriers (high workload, time constraints, and frequent interruptions), environmental factors (noise and lack of privacy), as well as professional and clinical factors (use of technical language, stress, and lack of specific training in clinical communication). Statistically significant differences were identified in the perception of certain barriers between nurses with and without specific training in clinical communication. The qualitative data corroborated the quantitative findings, highlighting the impact of communication difficulties on care delivery.

Conclusion: Communication in the emergency context is conditioned by multiple interrelated barriers, making it necessary to invest in organizational interventions and training in communication skills to promote high-quality nursing care.

Keywords: Communication; Emergency Service; Nurse-Patient Relations; Inservice Training; Nursing Staff.

RESUMEN

Introducción: La comunicación entre enfermeros y pacientes constituye un elemento fundamental de la calidad, la seguridad y la humanización de la atención sanitaria, adquiriendo especial relevancia en el contexto del Servicio de Urgencias, caracterizado por una elevada presión asistencial y complejidad clínica.

Objetivo: Explorar las barreras de comunicación percibidas por los enfermeros que trabajan en el Servicio de Urgencias, así como las estrategias utilizadas para su superación.

Métodos: Estudio de enfoque mixto, transversal y descriptivo realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital del Norte de Portugal. La componente cuantitativa incluyó a 78 enfermeros mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, con análisis estadístico descriptivo e inferencial. La componente cualitativa integró entrevistas semiestructuradas a 7 enfermeros, analizadas temáticamente con el apoyo de NVivo.

Resultados: Los resultados evidenciaron barreras organizativas (elevada carga de trabajo, limitación temporal e interrupciones), ambientales (ruido y falta de privacidad) y profesionales/clínicas (lenguaje técnico, estrés y falta de formación en comunicación). Se observaron diferencias significativas entre enfermeros con y sin formación específica. Los datos cualitativos confirmaron el impacto de estas dificultades en la prestación de cuidados.

Conclusión: La comunicación en el contexto de urgencias está condicionada por múltiples barreras interrelacionadas, siendo necesario invertir en intervenciones organizativas y en la formación en competencias comunicativas para promover cuidados de enfermería de calidad.

Palabras Clave: Comunicación; Servicios Médicos de Urgencia; Relaciones Enfermero-Paciente; Capacitación en Servicio; Personal de Enfermería

INTRODUÇÃO

A comunicação constitui um elemento central na prestação de cuidados de saúde de qualidade, integrando as responsabilidades fundamentais dos enfermeiros. No exercício da prática clínica, a capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz assume particular relevância na construção da relação terapêutica, especialmente em situações de maior complexidade clínica. Neste contexto, ao Enfermeiro Especialista compete gerir a comunicação interpessoal de forma intencional e adequada, demonstrando conhecimentos em técnicas comunicacionais e em estratégias facilitadoras que promovam a compreensão, a confiança e a tomada de decisão informada da pessoa em situação crítica. Enquanto instrumento terapêutico, a comunicação contribui para a redução da dor e do sofrimento, promovendo conforto, bem-estar e segurança nos cuidados, sendo reconhecida como um elemento essencial para cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade (Babaii, Mohammadi, & Sadooghiasl, 2021).

No Serviço de Urgência (SU), a comunicação enfrenta desafios acrescidos decorrentes da instabilidade clínica dos doentes, da elevada afluência e da pressão temporal característica deste contexto. Estas condições podem comprometer a qualidade, a eficiência e a eficácia dos cuidados de enfermagem, tornando a interação comunicacional mais complexa quando comparada com outros contextos assistenciais (Bozorgzad et al., 2021). Neste sentido, o estudo pretende explorar as barreiras à comunicação percebidas pelos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, bem como as estratégias utilizadas para a sua superação, justificando a relevância do tema e sustentando o desenvolvimento do presente estudo de investigação.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os fatores organizacionais, ambientais, clínicos e profissionais que dificultam a comunicação entre enfermeiros e doentes em contexto de urgência;
- Analisar a perceção das barreiras à comunicação entre enfermeiros e doentes em contexto de urgência, comparando-a em função da formação específica em comunicação clínica;
- Explorar, através da abordagem qualitativa, as experiências e perceções dos enfermeiros relativamente às dificuldades comunicacionais em contexto de urgência;
- Sistematizar estratégias utilizadas ou sugeridas pelos enfermeiros para promover uma comunicação eficaz com o doente em contexto de urgência.

1. COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A comunicação terapêutica é um processo profissional e intencional que promove a identificação das necessidades do doente e o cuidado integral (Pavlova, 2024).

A comunicação centrada no doente reforça os cuidados de enfermagem individualizados e eficazes e é essencial para melhores resultados terapêuticos, adesão ao tratamento, confiança e satisfação do doente (Kwame & Petrucka, 2021). A comunicação terapêutica assenta em componentes emocionais (confiança mútua, empatia, respeito, sinceridade) e informativas (recolha de informações, a educação do doente e a gestão de expectativas). A satisfação do doente está diretamente relacionada com a sua comunicação e interação com a equipa de saúde (Pavlova, 2024).

Segundo Alharazi et al. (2025), a comunicação eficaz e interativa é essencial para alcançar uma relação satisfatória entre enfermeiro e doente. A comunicação efetiva favorece o estabelecimento da confiança, a interação e a relação enfermeiro- doente, sendo necessário fundamentar o cuidado de enfermagem numa comunicação eficaz, essencial para uma relação terapêutica baseada na interação e confiança (Lacerda, 2021).

O enfermeiro deve garantir essa relação, ultrapassando as barreiras que dificultam a comunicação (Alharazi et al., 2025). A compreensão das barreiras e facilitadores é essencial para otimizar a prática clínica (Kwame & Petrucka, 2021).

1.1 Características, barreiras e estratégias de comunicação

No SU, a comunicação entre enfermeiros e doentes é frequentemente condicionada pela pressão do tempo e pela elevada afluência de doentes, comprometendo a eficácia da interação (Lacerda et al., 2021). A evidência demonstra que a qualidade da comunicação influencia diretamente a perceção dos cuidados, a adesão ao tratamento e a redução da ansiedade em contexto de emergência (Bahari et al., 2024).

A comunicação eficaz entre enfermeiro e doente é uma componente fundamental para assegurar uma prestação de cuidados de qualidade, especialmente em contextos de urgência, onde o tempo e a precisão das informações assumem uma importância crucial (Lacerda, 2021).

O estudo de Kordkolaee et al. (2024), concluiu que os maiores obstáculos à comunicação eficaz entre o enfermeiro e o doente situaram-se ao nível dos recursos humanos de enfermagem (escassez de enfermeiros e sobrecarga de trabalho) no SU, o que vai de encontro ao que AL-Kalaldeh (2020) concluiu no seu artigo. Por outro lado, também Moreira et al. (2022), Gheshlagh et al. (2024) e Zaman et al. (2025), indicam estas barreiras,

acrescentando a carga horária excessiva, como as mais importantes e frequentes na comunicação entre enfermeiros e doentes em contexto de urgência.

A falta de conhecimento e de formação sobre competências de comunicação foram variáveis encontradas nos resultados obtidos por Al-Kalaldeh et al. (2020) e Souza et al. (2021). Também Kordkolaee et al. (2024) e Gheshlagh et al. (2024) descrevem o conhecimento inadequado dos enfermeiros relativamente a competências da comunicação.

Outros autores apontaram a falta de reconhecimento da profissão e das funções e responsabilidades dos enfermeiros por parte dos doentes como barreiras nos SU (Kordkolaee et al., Gheshlagh et al., 2024). Também Aisha et al. (2023) acrescenta a falta de compreensão dos doentes em relação aos enfermeiros e vice-versa.

No âmbito dos doentes, as barreiras descritas foram, essencialmente, a presença de acompanhantes, o comportamento inadequado ou agressividade dos mesmos para com o profissional de saúde (Kordkolaee et al.; Gheshlagh et al., 2024; Aisha et al., 2023).

Foram descritas outras barreiras importantes, mas não tão frequentes como a escassez de espaços físicos que garantam a privacidade para uma comunicação eficaz (Souza et al., 2021; Gheshlagh et al., 2024) e a insatisfação dos enfermeiros relativamente à profissão (Gheshlagh et al., 2024).

Ainda, Zaman et al. (2025) referem que o uso de linguagem médica pode condicionar uma comunicação eficaz.

A comunicação eficaz em contexto de urgência exige estratégias estruturadas e baseadas em evidência científica. A utilização de linguagem clara e adaptada ao nível de compreensão do doente, aliada à gestão do ambiente — redução de ruído e interrupções —, contribui para minimizar erros, reduzir o stress profissional e aumentar a segurança do doente (Tuohy & Wallace, 2024). As estratégias como escuta ativa, empatia e promoção da autonomia do doente fortalecem a relação de confiança e o suporte emocional, melhorando o cuidado e adesão ao tratamento (Sequeira, 2016; Lacerda, 2021). O respeito pela privacidade do paciente está associado a uma recolha de dados mais precisa e maior satisfação, reforçando práticas centradas no doente (Alshahrani et al., 2024). A formação estruturada e treino contínuo em competências da comunicação, incluindo clareza, empatia e respeito mútuo, são determinantes para aprimorar as competências dos enfermeiros (Chen et al., 2023; Tuohy & Wallace, 2024; Alghamdi et al., 2023).

Em suma, as barreiras consideradas mais frequentes na comunicação entre o enfermeiro e o doente no SU são relacionadas com as condições de trabalho dos enfermeiros (escassez de profissionais e excessiva carga horária de trabalho) e a falta de competências na comunicação e formação nesse âmbito, dando também ênfase à falta de reconhecimento da profissão e das funções e responsabilidades dos enfermeiros por parte dos doentes. Por outro lado, a comunicação eficaz em contexto de urgência depende da integração de

estratégias ambientais, competências interpessoais e formação contínua, constituindo um pilar fundamental para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

2. MÉTODOS

Este estudo adota uma abordagem mista, com desenho transversal, descritivo. Tem como objetivo explorar as barreiras à comunicação percebidas pelos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, bem como as estratégias utilizadas para a sua superação. A escolha deste desenho metodológico permite a identificação de barreiras específicas neste contexto, sem manipulação de variáveis, favorecendo uma abordagem objetiva e estatisticamente analisável. Simultaneamente, a componente qualitativa possibilita uma compreensão aprofundada das experiências e percepções dos participantes, conferindo ao estudo maior riqueza interpretativa.

2.1. Amostra

A população-alvo deste estudo é constituída por 97 enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência de um Hospital no Norte do País.

A amostra é uma amostra não probabilística, composta por enfermeiros deste serviço que cumpram os critérios de inclusão e aceitem participar no estudo. Não foi realizado cálculo formal do tamanho amostral, tratando-se de um estudo exploratório com amostra de conveniência. Foram definidos critérios de inclusão (enfermeiros a exercer funções no SU, com prestação direta de cuidados aos doentes, com pelo menos 6 meses de experiência no serviço) e exclusão (enfermeiros com funções exclusivamente de gestão). Estes foram aplicados, tendo sido excluídos 2 enfermeiros (por serem enfermeiros exclusivamente com cargo de gestão) e 17 que optaram por não responder ao questionário, totalizando um total de 78 inquiridos para questionário.

2.2. Instrumentos de Recolha de Dados

O questionário estruturado, elaborado pela autora, com questões fechadas, incluindo uma escala de Likert de cinco pontos, para avaliar as percepções dos enfermeiros relativamente às barreiras à comunicação, foi composto por duas partes: caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (sexo, idade, experiência profissional, formação) e percepções sobre barreiras comunicacionais, abordando fatores organizacionais, ambientais, emocionais e clínicos.

Não foi realizada validação psicométrica formal, contudo, procedeu-se à análise da consistência interna das dimensões através do cálculo do alfa de Cronbach e de coeficientes de correlação, permitindo avaliar a fiabilidade do instrumento no contexto do estudo.

As entrevistas semiestruturadas seguiram um guião com perguntas abertas, permitindo ao entrevistado expressar livremente a sua experiência e opinião sobre o tema em estudo, e foram aplicadas a uma subamostra reduzida (7 participantes) com o objetivo de aprofundar a dimensão qualitativa do estudo.

A recolha de dados decorreu durante o mês de Setembro de 2025, através do questionário disponibilizado e enviado para o email institucional dos Enfermeiros do Serviço de Urgência. Após a recolha, os dados foram armazenados em formato digital pela investigadora, que também informou os participantes acerca dos objetivos do estudo e sobre o caráter voluntário da sua participação. Não foram identificados conflitos de interesse. O projeto obteve aprovação da Comissão de Ética da Instituição (0058/CES/JAS, em 11 de Julho de 2025).

Os itens do questionário foram organizados em cinco dimensões conceptuais previamente definidas com base na literatura: organizacional, ambiental, clínica, profissional e estratégias/percepções. Cada dimensão foi composta pelo conjunto de itens correspondentes, sendo o respetivo score calculado através da média aritmética das respostas em escala de Likert (1 – Discordo totalmente a 5 – Concordo totalmente). Valores médios mais elevados indicam maior percepção da presença da barreira ou maior concordância com as estratégias avaliadas.

Tabela 1 – Análise Descritiva e de Fiabilidade das dimensões

	Nº itens	Análise de Fiabilidade	Média	Desvio Padrão
Organizacional	3	Alpha de Cronbach de 0,778 (boa fiabilidade)	4,4	0,7
Ambiental	2	Coefficiente de correlação de Spearman de 0,530 (p<0.001). Boa Fiabilidade	4,4	0,5
Clínica	2	Coefficiente de correlação de Spearman de 0,269 (p<0.001). Fiabilidade Razoável	3,6	0,9
Profissional	3	Alpha de Cronbach de 0,689 (fiabilidade aceitável)	4,3	0,7
Estratégias/ Percepções	3	Alpha de Cronbach de 0,610 (fraca fiabilidade)	3,9	0,8

Na tabela 1 apresenta-se a descrição e a fiabilidade das dimensões do questionário. Foi analisada a fiabilidade interna das dimensões. Essa análise foi obtida através do alpha de Cronbach, tendo sido adotados os seguintes intervalos na sua consideração: < 0,5 – Inaceitável; 0,5 a 0,6 – Pobre; 0,6 a 0,7 – Questionável; 0,7 a 0,8 – Aceitável; 0,8 a 0,9 – Bom; > 0,9 – Excelente (George & Mallery, 2003). Nos casos em que as dimensões eram compostas apenas por dois itens foi examinado o coeficiente de correlação de Spearman e respetiva significância estatística.

As dimensões Organizacional ($\alpha = 0,778$) e ambiental ($r = 0,530$; $p < 0,001$) evidenciam boa fiabilidade, médias elevadas (4,4) e baixa variabilidade, demonstrando maior consistência e homogeneidade das respostas. A dimensão Profissional apresenta fiabilidade aceitável ($\alpha = 0,689$) e média igualmente elevada (4,3).

Por sua vez, a dimensão Clínica revela fiabilidade mais baixa ($r = 0,269$; $p < 0,001$), média inferior (3,6) e maior dispersão, indicando maior heterogeneidade nas respostas. A dimensão Estratégias/Percepções apresenta a fiabilidade mais fraca ($\alpha = 0,610$), média intermédia (3,9) e variabilidade relativamente elevada. No geral, as dimensões organizacional e ambiental destacam-se pela maior consistência e homogeneidade das respostas, enquanto clínica e estratégias/percepções mostram maior variabilidade e fiabilidade inferior.

2.3. Análise Estatística

Os dados quantitativos foram tratados com estatística descritiva, recorrendo a frequências, médias e desvios padrão para caracterizar a amostra e descrever as variáveis, bem como a testes inferenciais de associação, nomeadamente testes de associação como o qui-quadrado.

As variáveis foram analisadas através de quadros de distribuição de frequências (variáveis nominais) e ao exame de medidas como média, desvio padrão, mínimo e máximo (variáveis quantitativas). Privilegiou-se o tratamento quantitativo das questões sobre barreiras na comunicação com o doente crítico em contexto de urgência/emergência, por serem avaliadas numa escala de Likert.

Para detetar diferenças estatisticamente significativas nas percepções das barreiras na comunicação em função da formação específica em comunicação clínica, recorreram-se a testes t de Student para duas amostras independentes. Quando não se verificou o pressuposto da normalidade populacional, utilizou-se a alternativa não paramétrica do teste de Mann-Whitney. Para a amostra sem formação específica em comunicação clínica ($n=67$), aplicou-se o teorema do limite central para permitir o uso de testes paramétricos.

O nível de significância adotado para rejeição da hipótese nula foi de 5% (0,05). Todas as análises estatísticas e procedimentos de recodificação foram realizados com o IBM SPSS Statistics 30.0 (Chicago, IL).

Relativamente à análise qualitativa das entrevistas dos enfermeiros, procurou-se identificar os padrões temáticos através de uma análise que contabilizasse a frequência das respostas e compreendesse a ramificação do discurso dos participantes. Após uma codificação inicial, com organização dos segmentos de texto em categorias, procedeu-se a uma codificação focalizada, selecionando o material mais relevante segundo categorias definidas a posteriori.

As categorias temáticas não foram previamente estabelecidas, tendo emergido dos dados numa abordagem indutiva, com atribuição de códigos à medida que o investigador analisava cada resposta.

A distribuição de frequências (n) incidiu na contagem dos temas (nós) referidos e na respetiva percentagem de cobertura no total de temas por questão, tendo sido incluídas citações e unidades de contexto para melhor compreensão dos temas identificados.

A análise qualitativa foi realizada com o NVIVO 15.0, que permitiu organizar as fontes, codificar os dados e criar *tree nodes* (árvores de nós), possibilitando a rotulagem, ramificação do discurso e contabilização das frequências absolutas.

3. RESULTADOS

Relativamente aos principais traços socioprofissionais caracterizadores da amostra dos 78 enfermeiros inquiridos, verificou-se que a média de idades se situa nos 36,9 anos com uma amplitude entre os 23 e os 59 anos, a amostra é predominantemente feminina (74,4%) e a maioria dos inquiridos (85,9%) não possui formação específica em comunicação clínica, o que pode representar uma lacuna significativa em contextos de interação terapêutica. Em relação à experiência profissional, os enfermeiros apresentam em média 13.6 anos de prática, sendo que no Serviço de Urgência essa média é de 10,3 anos o que revela uma considerável familiaridade com ambientes clínicos exigentes e de resposta rápida como o Serviço de Urgência.

Tabela 2 - Barreiras na comunicação com o doente crítico em contexto de urgência/emergência

	Dimensão	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
A elevada carga de trabalho dificulta a interação comunicativa com o doente.	Organizacional	4.3	0.8	2	5
A falta de tempo impede uma comunicação eficaz em contexto de urgência.	Organizacional	4.3	0.7	2	5
As interrupções constantes comprometem a troca de informação com o doente.	Organizacional	4.6	0.5	3	5
O ruído e o movimento constante dificultam a concentração na comunicação.	Ambiental	4.6	0.5	3	5
A falta de privacidade inibe uma comunicação clara e empática com o doente.	Ambiental	4.2	0.8	1	5
A gravidade clínica do doente torna difícil a obtenção de consentimento informado.	Clínica	3.2	1.0	1	5
O estado de consciência alterado do doente limita a comunicação eficaz.	Clínica	3.9	0.8	2	5
Sinto que não tenho formação suficiente em comunicação clínica para contextos de urgência.	Profissional	4.2	0.8	1	5
Sob stress, torna-se difícil manter uma comunicação clara e objetiva.	Profissional	3.9	0.8	2	5
A linguagem técnica pode dificultar a compreensão por parte do doente.	Profissional	4.6	0.6	2	5
Utilizo estratégias para adaptar a minha comunicação ao estado do doente.	Estratégias/ Perceções	4.2	0.8	1	5
Considero que a comunicação com o doente é uma prioridade, mesmo em contextos críticos.	Estratégias/ Perceções	4.3	0.8	2	5
A minha equipa promove uma cultura de comunicação centrada no doente.	Estratégias/ Perceções	3.4	0.8	2	5

Nota: escala de 1 – Discordo Totalmente a 5 – Concordo Totalmente

A Tabela 2 evidencia as barreiras significativas à comunicação com o doente crítico, distribuídas em 5 dimensões, sendo as barreiras organizacionais consideradas como mais impactantes, sobretudo as interrupções constantes, a elevada carga de trabalho e a falta de tempo.

Na dimensão ambiental, o ruído constante e a falta de privacidade surgem como fatores que comprometem a concentração e a empatia comunicacional. As barreiras clínicas

revelam limitações importantes como a gravidade do doente ou alterações da consciência, dificultando a interação verbal. Na dimensão profissional, evidencia-se o uso de linguagem técnica, a perceção de insuficiência formativa e o impacto do stress como objetos relevantes. No âmbito das estratégias, verifica-se a valorização da comunicação como prioridade; contudo, a promoção de uma cultura comunicacional pela equipa apresenta média inferior, sugerindo fragilidades a nível coletivo.

Tabela 3 – Barreiras na comunicação com o doente crítico em contexto de urgência/ emergência consoante formação específica em comunicação clínica

Formação Específica em Comunicação Clínica							
	SIM			NÃO			P
	Média	Desvio padrão	Ordenação média	Média	Desvio padrão	Ordenação média	
A elevada carga de trabalho dificulta a interação comunicativa com o doente.	4.3	0.8	38.1	4.6	0.5	48.0	0.142**
A falta de tempo impede uma comunicação eficaz em contexto de urgência.	4.3	0.7	38.9	4.4	0.9	43.2	0.518**
As interrupções constantes comprometem a troca de informação com o doente.	4.5	0.6	38.0	4.8	0.4	48.6	<0,05**
O ruído e o movimento constante dificultam a concentração na comunicação.	4.5	0.5	38.4	4.7	0.5	46.0	0.234**
A falta de privacidade inibe uma comunicação clara e empática com o doente.	4.2	0.9	40.6	4.0	0.8	32.6	0.415*
A gravidade clínica do doente torna difícil a obtenção de consentimento informado.	3.3	1.0	40.1	3.1	0.8	36.1	0.613*
O estado de consciência alterado do doente limita a comunicação eficaz.	3.9	0.9	39.9	3.9	0.3	37.1	0.670**
Sinto que não tenho formação suficiente em comunicação clínica para contextos de urgência.	4.2	0.9	39.8	4.2	0.8	37.9	0.965*
Sob stress, torna-se difícil manter uma comunicação clara e objetiva.	4.0	0.7	41.7	3.3	1.0	26.2	<0,05*
A linguagem técnica pode dificultar a compreensão por parte do doente.	4.6	0.6	38.8	4.7	0.5	43.5	0.452**
Utilizo estratégias para adaptar a minha comunicação ao estado do doente.	4.2	0.8	38.5	4.5	0.7	45.5	0.298**
Considero que a comunicação com o doente é uma prioridade, mesmo em contextos críticos	4.3	0.8	40.0	4.3	0.6	36.2	0.564**
A minha equipa promove uma cultura de comunicação centrada no doente.	3.4	0.9	40.6	3.1	0.7	32.7	0.251**

Nota: *teste t de student para duas amostras independentes; ** teste Mann-Whitney

Na tabela 3 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas em duas barreiras comunicacionais quando comparadas com os grupos com e sem formação específica em comunicação clínica. Os profissionais com formação atribuem maior impacto às interrupções constantes na troca de informação. Por outro lado, os profissionais sem formação em comunicação revelam maior dificuldade em manter uma comunicação clara e objetiva sob stress, o que sugere que a formação contribui para uma melhor gestão emocional em contextos de stress.

Posteriormente, apresentam-se os resultados relativamente às entrevistas realizadas a 7 enfermeiros, nos diferentes domínios abordados.

Na análise qualitativa, procedeu-se à codificação das entrevistas com identificação de unidades de significado, sendo estas contabilizadas por frequência temática. Assim, os valores “n” apresentados nas tabelas referem-se ao número de ocorrências dos temas emergentes e não ao número de participantes (n=7), podendo um mesmo entrevistado contribuir para várias categorias.

Assim, a hierarquia de nós sustenta simultaneamente uma leitura macro e micro dos dados, reforçando a robustez analítica e a clareza interpretativa do processo de codificação. (Richards, 2009).

Experiência comunicacional dos enfermeiros no Serviço de Urgência

Tabela 4 - “Como descreve, na sua experiência, a comunicação com os doentes em situação de urgência/ emergência?”

	n	%
Comunicação desafiante	7	77.8%
Dificultada pelo ambiente de urgência	3	33.3%
Situação do doente	2	22.2%
Constantes alterações no SU	1	11.1%
Interrupções	1	11.1%
Ambiente entropicamente dinâmico	1	11.1%
Pouco eficaz	2	22.2%
Linguagem demasiadamente técnica	1	11.1%
Tempo limitado	1	11.1%

De uma forma geral, os enfermeiros descrevem a comunicação neste contexto como um processo desafiante, frequentemente ineficaz e condicionado tanto pela situação clínica e emocional do doente como pelas características do serviço. O ambiente é descrito como

dinâmico, ruidoso e marcado pela falta de tempo, o que dificulta o estabelecimento de uma comunicação clara e empática. Além disso, o uso de linguagem técnica e as limitações físicas ou psicológicas dos doentes contribuem para tornar a interação mais complexa. (ver Tabela 4).

A elevada afluência de doentes (20%) e a gestão do stress (20%) revela-se como os desafios mais expressivos identificado pelos entrevistados. A sobrecarga de trabalho e o ruído, embora com percentagens menores (13.3%), reforçam a ideia de um contexto laboral exigente marcado por várias solicitações ao mesmo tempo e condições ambientais adversas. São mencionados também desafios relacionados com a falta de literacia em saúde (13.3%), a utilização de linguagem simples (6.7%) e a presença de familiares do doente (6.7%).

Principais barreiras comunicacionais identificadas pelos enfermeiros

“Que fatores considera que mais dificultam a comunicação (tempo, ambiente, estado clínico do doente, etc.)?” (n=14)

Destacam-se como barreiras o ambiente ruidoso (28.6%), a elevada carga de trabalho (14.3%), estado clínico e emocional do doente (14.3%), a falta de privacidade (14.3%) e a falta de tempo (7.1%).

“Há momentos em que sente que a comunicação falha? Porquê?” (n=7)

Todos os participantes (100%) reconhecem a existência de momentos em que a comunicação falha e a causa mais apontada é a baixa literacia em saúde por parte dos doentes e/ou familiares (57.1%), fator que dificulta e compromete a eficácia do processo comunicativo. Outros fatores mencionados, como a prioridade atribuída à estabilização do doente (14.3%), a comunicação de más notícias (14.3%) e a falta de privacidade refletem (14.3%) as pressões e constrangimentos do contexto clínico.

Impacto das dificuldades comunicacionais no cuidado ao doente

“Acredita que as dificuldades comunicacionais influenciam o resultado clínico ou o bem-estar do doente?” (n=7)

Todos os entrevistados acreditam que as dificuldades comunicacionais têm impacto no resultado clínico ou no bem-estar do doente, embora nem todos tenham tido a disposição para explicitar claramente essa relação. As principais consequências estão na adesão

terapêutica do doente e na prestação dos cuidados (“Sim, claro. Estas podem interferir com a prestação de cuidados e a adesão terapêutica do doente.”)

Já testemunhou situações em que a falha de comunicação teve consequências?” (n=7)

Quando questionados, quase todos os entrevistados responderam já terem testemunhado situações em que a falha de comunicação teve consequências, dando alguns exemplos, nomeadamente a não compreensão da terapêutica, hostilidade (comportamentos agressivos) por parte do doente e outros maus entendidos de uma forma geral.

Estratégias e propostas de melhoria da comunicação

“Que estratégias utiliza para tentar melhorar a comunicação?” (n=13)

A estratégia mais referida foi realizar a comunicação em ambiente calmo e pouco ruidoso (23.1%), a adequação da linguagem clínica para linguagem corrente (15.4%), destacando a importância do contexto físico na eficácia comunicacional.

Foram evidenciados aspetos verbais e não verbais: adequação da linguagem clínica (15.4%), tom de voz adequado e calmo (15.4%), postura empática (15.4%) e antecipação informativa dos procedimentos (7.7%).

“A instituição onde trabalha promove boas práticas de comunicação? Há formação?” (n=7)

Observa-se uma perceção maioritariamente negativa relativamente à promoção institucional de boas práticas comunicacionais, sendo apontada a inexistência de formação específica e de iniciativas estruturadas nesta área por parte da instituição.

“Que sugestões daria para melhorar este aspeto na sua prática e na da equipa?” (n=11)

Numa fase final da entrevista, foi solicitado aos enfermeiros que se pronunciassem sobre sugestões para melhorar as boas práticas na comunicação. As principais sugestões residem numa maior aposta de formação nesta área (“Sugiro a promoção de formações regulares dirigidas a todos os elementos da equipa de urgência”), a criação da sala de comunicação de más notícias (“...criação de uma sala mais reservada para haver mais privacidade para comunicar com os doentes/ familiares principalmente em contextos difíceis como situações de luto ou fim de vida”). Foram dadas também sugestões no sentido de minimizar ruídos e melhorar o ambiente e contexto para a comunicação com os doentes.

4. DISCUSSÃO

A análise dos resultados permitiu responder ao objetivo geral do estudo, identificando a percepção dos enfermeiros relativamente às múltiplas barreiras à comunicação entre enfermeiros e doentes em contexto de urgência, bem como estratégias utilizadas para a sua superação. A integração da abordagem quantitativa e qualitativa possibilitou uma compreensão mais aprofundada do fenómeno, permitindo não apenas identificar a frequência das barreiras, mas também compreender o seu impacto na prática clínica.

Os resultados evidenciaram que as barreiras organizacionais assumem maior expressão, destacando-se as interrupções constantes, a elevada carga de trabalho e a limitação temporal. Estes achados corroboram os estudos de Al-Kalaldeh (2020), Moreira et al. (2022), Gheshlagh et al. (2024) e Zaman et al. (2025), que identificam a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos humanos como fatores centrais que comprometem a comunicação em contexto de urgência. Contudo, mais do que meros constrangimentos estruturais, os dados qualitativos sugerem que estas barreiras são percecionadas como elementos intrínsecos ao funcionamento do Serviço de Urgência, contribuindo para uma normalização das interrupções e da pressão assistencial, o que pode dificultar a implementação de mudanças estruturais.

Na dimensão ambiental, o ruído, o movimento constante e a falta de privacidade apresentaram médias elevadas, sendo igualmente referidos nas entrevistas como fatores que comprometem a concentração e a empatia comunicacional. Estes resultados encontram consonância com Souza et al. (2021) e Gheshlagh et al. (2024), que salientam a insuficiência de espaços adequados à comunicação como entrave significativo. A triangulação dos dados evidencia que o ambiente físico não constitui apenas um elemento contextual, mas influencia diretamente a qualidade da interação terapêutica, afetando a clareza da informação e a percepção de segurança por parte do doente.

Relativamente às barreiras profissionais e clínicas, destaca-se o uso de linguagem técnica, o impacto do stress e a percepção de insuficiência formativa. Estes resultados são consistentes com Al-Kalaldeh et al. (2020), Souza et al. (2021), Gheshlagh et al. (2024) e Kordkolaee et al. (2024), que apontam o défice de competências comunicacionais como fator limitador da prática. Importa salientar que, neste estudo, os enfermeiros sem formação específica evidenciaram maior dificuldade em manter clareza comunicacional sob stress, sugerindo que a formação pode atuar como fator protetor na gestão emocional e na estruturação da mensagem em contextos críticos. Este dado aproxima-se da evidência apresentada por Chen et al. (2023), que demonstram que competências comunicacionais podem ser desenvolvidas e aprimoradas através de treino estruturado.

Os relatos qualitativos reforçam ainda que as falhas comunicacionais podem ter repercussões concretas na adesão terapêutica, na ocorrência de conflitos e na compreensão dos procedimentos, o que converge com Bahari et al. (2024), que associam a qualidade da comunicação à confiança do doente e aos resultados clínicos. Curiosamente, enquanto Kordkolae et al. (2024), Gheshlagh et al. (2024) e Aisha et al. (2023) descrevem a agressividade dos doentes como barreira à comunicação, neste estudo essa agressividade surge também como possível consequência de falhas comunicacionais, sugerindo uma relação bidirecional entre comunicação ineficaz e tensão relacional.

No que respeita às estratégias de melhoria, os enfermeiros referem a adequação da linguagem, a criação de ambientes mais reservados e a adoção de postura empática e escuta ativa, alinhando-se com Tuohy e Wallace (2024), Sequeira (2016) e Lacerda (2021), que defendem a centralidade da comunicação clara, empática e adaptada ao contexto clínico. Adicionalmente, Alghamdi et al. (2023) e Alshahrani et al. (2024) reforçam que práticas comunicacionais estruturadas promovem maior satisfação e segurança do doente.

Apesar da valorização individual da comunicação, os resultados indicam fragilidades ao nível institucional, nomeadamente na promoção de formação estruturada e de uma cultura organizacional centrada na comunicação terapêutica. Este aspeto assume particular relevância quando articulado com Kwame e Petrucka (2021), que defendem que a comunicação centrada no doente depende não apenas de competências individuais, mas também de suporte organizacional e políticas institucionais adequadas.

Globalmente, a abordagem mista revelou-se fundamental para aprofundar a compreensão do fenómeno, permitindo identificar não só a magnitude das barreiras, mas também o seu significado experiencial. Por outro lado, a convergência entre os dados quantitativos e qualitativos reforça a robustez dos resultados e evidencia que a comunicação em contexto de urgência constitui um fenómeno complexo, influenciado por fatores estruturais, ambientais e individuais, exigindo intervenções multidimensionais.

Limitações do estudo

Importa reconhecer algumas limitações inerentes ao presente estudo, nomeadamente no que concerne ao tamanho e à natureza da amostra. A utilização de uma amostra de conveniência, constituída por 78 inquiridos e 7 participantes em entrevistas, poderá condicionar a representatividade dos resultados e, consequentemente, limitar a sua generalização para outras populações ou contextos assistenciais. O estudo foi realizado num único Serviço de Urgência, o que pode limitar a extrapolação dos achados para outras realidades institucionais. Adicionalmente, o recurso a um questionário elaborado pela autora, sem validação psicométrica extensiva, constitui uma limitação metodológica, embora a

abordagem mista tenha permitido aprofundar e triangular os dados obtidos. Por fim, a utilização de dados autorrelatados pode estar associada a viés de desejabilidade social.

Implicações para a prática

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de investir na melhoria das condições organizacionais e ambientais no SU, nomeadamente ao nível da gestão da carga de trabalho, redução de interrupções e criação de espaços que garantam maior privacidade na comunicação com o doente. A identificação de dificuldades comunicacionais associadas à ausência de formação específica reforça a importância da implementação de programas formativos em comunicação clínica, adaptados ao contexto de urgência. Adicionalmente, destaca-se a necessidade de promover uma cultura institucional centrada na comunicação terapêutica, reforçando a qualidade, segurança e humanização dos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo explorar as barreiras à comunicação percecionadas pelos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência, bem como as estratégias utilizadas para a sua superação. Os resultados evidenciam a existência de múltiplas barreiras à comunicação, de natureza organizacional, ambiental, clínica e profissional, que condicionam a eficácia da interação comunicacional no Serviço de Urgência. Relativamente às estratégias de superação, os resultados do estudo sugerem que a adequação da linguagem, a utilização de um tom de voz calmo e adequado e a adoção de uma postura empática e a promoção da comunicação em ambientes calmos e ruidosos são estratégias sugeridas para a melhoria da comunicação terapêutica.

Ficou patente que a comunicação entre enfermeiros e doentes, neste contexto exigente e dinâmico, constitui uma competência que ultrapassa a dimensão técnica, exigindo suporte institucional e investimento contínuo na formação em competências comunicacionais. A pressão do tempo, a imprevisibilidade do serviço e a elevada afluência de doentes reforçam a complexidade do Serviço de Urgência e os desafios associados à manutenção de uma comunicação eficaz e centrada no doente.

Os resultados permitem ainda identificar fragilidades na promoção institucional da comunicação em saúde, com potenciais repercussões na qualidade dos cuidados, na relação terapêutica e no bem-estar do doente. Neste sentido, a adoção de estratégias comunicacionais adequadas e ajustadas ao contexto clínico surge como um elemento essencial para promover uma comunicação eficaz, contribuindo para a qualidade, segurança

e humanização dos cuidados de enfermagem, sem comprometer a relação terapêutica entre enfermeiro e doente.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA RESULTANTE DO ESTUDO

Este estudo foi submetido à Revista Millennium – Journal of Education, Technologies and Health (Anexo 1).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alghamdi, A. A., Hmed, G. S., Aloqbawi, A. M., Almutairi, B. A., Alsumari, F. A., Alharbi, M. K., Al Nemer, R. A., & Alshehri, R. A. (2023). Patient-healthcare worker communication in emergency departments: Patient perspectives. *Saudi Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.24911/SJEMed/72-1663353347>
- Alharazi, R. M., Abdulrahim, R. J., Mazuzah, A. H., Almutairi, R. M., Almutary, H., & Alhofaian, A. (2025). Barriers and Factors Affecting Nursing Communication When Providing Patient Care in Jeddah. *Clinics and practice*, 15(1), 19. <https://doi.org/10.3390/clinpract15010019>
- Alshahrani, S. A. A., Al-Dossari, A. A., Alanazi, H. J. B., Alanazi, A. M., Asiri, N. H., Alanezy, L. M., Alotebi, N. S. M., & Assiri, A. A. (2024). Effective nurse-patient communication: Strategies, barriers, and impacts on patient care and outcomes. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 871–875. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.891>
- Babaii, A., Mohammadi, E., & Sadooghiasl, A. (2021). O significado da comunicação empática enfermeiro-doente: Um estudo qualitativo. *Jornal Experimental do Doente*. <https://doi.org/10.1177/23743735211056432>.
- Bahari, Z., Vosoghi, N., Ramazanzadeh, N., Moshfeghi, S., & Aghamohammadi, M. (2024). Patient trust in nurses: Exploring the relationship with care quality and communication skills in emergency departments. *BMC Nursing*, 23, 595. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02241-z>
- Bozorgzad, P., Ghezeljeh, T. N., Haghani, H., & Fallah, B. (2021). The Productivity and Quality of Work Life in Emergency Nurses. *Iranian Nursing Journal*, 34(130), 73. <https://doi.org/10.52547/ijn.34.130.73>
- Chen, X., Zeng, Y., Jiang, L., Tian, L., Yi, J., He, H., Li, F., Long, Y., & Li, L. (2023). Assessing emergency department nurses' ability to communicate with angry patients and the factors that influence it. *Frontiers in public health*, 11, 1098803. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1098803>
- George, D. & Mallery, P. (2003) SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. Boston: Pearson Education.
- Gheshlagh, R. G., Nemati, S. M., Negarandeh, R., Bahramnezhad, F., Saqqezi, P. S., Mahmoodi, H. (2024). Identifying communication barriers between nurses and patients from the perspective of Iranian nurses: A Q-methodology-based study. *BMC Nursing*, 23, 458. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02136-z>

- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse–patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Lacerda, J. F. E. de, Santos, P. S. P. dos., Maia, E. R., Oliveira, D. R. de., Viana, M. C. A., & Cavalcante, E. G. R. (2021). Effective communication in the nurse-patient relationship in the light of Transcultural Interprofessional Practice model. *Rev Rene*, 22, e61443. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261443>
- Moreira, W. C., Rodrigues Lira, L., Rodrigues Lira, L., Mota de Abreu, M. A., Moraes Rola Júnior, C. W., & Cerqueira Sousa, I. (2022). Barriers and challenges in nursing's performance in emergency and emergency services / Entraves e desafios na atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 14, e–10962. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10962>
- Pavlova, S. (2024). Therapeutic communication in clinical practice. *Journal of IMAB*, 30(2), 5509–5512. <https://doi.org/10.5272/jimab.2024302.5509>
- Richards, L. (2009). *Handling Qualitative Data: A Practical Guide* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.
- Tuohy, D., & Wallace, E. (2024). Maximising nurse-patient communication in the emergency department. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 32(2), 15–18. <https://doi.org/10.7748/en.2023.e2179>
- Zaman, S. F. U., Baig, M. K., & Soomro, R. H. (2025). Communication barrier and customer satisfaction in an emergency department: A cross-sectional study of private tertiary care hospitals in Karachi. *Contemporary Journal of Social Science Review*, 3(1), 480–493. <https://contemporaryjournal.com/index.php/14/article/view/333>

APÊNDICES E ANEXOS

**APÊNDICE 1 - FORMAÇÃO À EQUIPA DO SERVIÇO SOBRE AS GUIDELINES DO ERC
EM SITUAÇÕES DE PCR NA SALA DE DIÁLISE**

Emergências em Diálise

Sónia Miranda – Mestranda em Enfermagem
Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

SUMÁRIO

Objetivos

Emergências Dialíticas

PCR e Suporte Avançado de Vida –
especificidades no doente em diálise

Conclusão

Bibliografia

OBJETIVOS



Relembrar as emergências que podem
ocorrer em diálise



Conhecer e as especificidades do SAV
no doente em contexto de diálise

EMERGÊNCIAS DIALÍTICAS

A Hemodiálise (HD) envolve:



Podem ocorrer complicações em todas estas etapas, sendo estas de ligeiras a fatais.



É importante reconhecer, prevenir o seu aparecimento e tratar as possíveis complicações que possam ocorrer.

1. REAÇÕES AO DIALISADOR

Podem ser:

- Tipo A (início entre 20 – 30 minutos após o início do tratamento)
- Tipo B (tardias): são menos graves. O tratamento pode ser mantido se os sintomas forem ligeiros
- Sintomas: prurido, urticária, edema laríngeo, broncospasmo, dispneia, dor torácica, vômitos, hipóxia, hipotensão.

A diálise tem que ser interrompida sem que o volume de sangue extracorporal regresse ao doente.



2. SÍNDROME DO DESEQUILÍBRIO DA DIÁLISE

- Consiste no aparecimento de sinais e sintomas neurológicos logo após o início da sessão (cefaleia, náuseas, vômitos, confusão, coma e até morte).
- Fatores de risco: extremos de idade, acidose metabólica, hipo ou hipernatremia, doença hepática e condições neurológicas pré-existentes.
- Tratamento: suspender HD dependendo da gravidade dos sintomas / medidas para reduzir a PIC



3. PERICARDITE URÉMICA

- Causada pela acumulação de ácidos urémicos (melhora após o início da diálise).
- Ocorre em doentes com DRC estágio 5 que ainda não estão em diálise ou estão em início de tratamento dialítico.
- Sintomas: dor torácica pleurítica, febre, dispneia, tosse.
- O tamponamento cardíaco é uma complicação da pericardite urémica (HipoTA, taquicardia, pressão venosa jugular elevada, sons cardíacos abafados).



- Pericardiocentese urgente para evitar choque cardiogénico e PCR

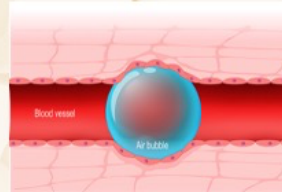


4. EMBOLIA GASOSA

- Potencial complicação da HD - entrada de ar na corrente sanguínea do doente



- Sintomas: Aumento da pressão arterial pulmonar, edema pulmonar, hipoxia, hipotA, PCR
- Tratamento: tratar hipoxia – O₂ ; reduzir tamanho do êmbolo; fluidos e vasopressores



A diálise tem que ser interrompida sem que o volume de sangue extracorporeal regresse ao doente.

5. EXTERIORIZAÇÃO DA AGULHA VENOSA

- Se a agulha for completamente exteriorizada, o sangue flui a 300-400cc/m ↔ **CHOQUE HIPOVOLÊMICO**
- Causas:
 - Colocação inadequada dos adesivos
 - Punções repetidas no mesmo local (sem rodízio adequado).
 - Pressão excessiva durante a canulação, causando necrose tecidual
 - Punção em áreas comprometidas (hematomas, áreas com pele fina, já enfraquecidas).
 - Utilização de agulhas inadequadas (calibre, ângulo ou profundidade incorretos).
 - Falha na fixação das linhas adequadamente
 - Movimentação do doente/ tapar agulhas ou linhas com cobertor
- Tratamento: fluidoterapia, suporte vasopressor, transfusão sangue



6. HEMORRAGIA ACESSO VASCULAR

- Ocorre em locais de aneurisma/ pseudo aneurismas
- Ocorre fora da unidade de diálise, muitas vezes no domicílio
- Rotura da FAV: - perfuração/remoção acidental
- Tratamento: pressão contínua e direta até chegada de equipa diferenciada
- Pode resultar em perda de acesso.



7. HEMÓLISE

- As altas temperaturas no dialisante provocam lesões térmicas nos glóbulos vermelhos – hemólise
- O uso indevido de dialisante hipotônico – hemólise fatal por lesão osmótica
- Fatores que podem aumentar o aumento do risco de hemólise: anemia falciforme/ anomalias eletrolíticas (hipofosfatemia, hiperclorémia e alguns fármacos)
- Hemólise ligeira – assintomática
- Hemólise grave – náuseas, vômitos, dor abdominal, dorsalgia, toracalgia, dispneia, hipotA



A diálise deve ser interrompida e o sangue no circuito extracorporeal não deve ser devolvido ao doente - pode provocar hiper K por libertação de K das células hemolisadas!!!

8. CONTAMINAÇÃO DE ÁGUA PARA DIÁLISE

- Quando um ou mais componentes de tratamento de água falham ou existe contaminação significativa do abastecimento de água, esta pode ser inadequada para diálise.
- Se a contaminação não for detetada, os doentes podem ter complicações fatais.
- Os protocolos de monitorização dos sistemas de tratamento de água, incluindo culturas regulares da água e medições dos níveis de endotoxinas, são fundamentais para evitar complicações.



9. ARRITMIA

- A arritmia e a PCR são as causas mais frequentes de morte na insuficiência renal.
 - A morte cardíaca súbita é comum devido à prevalência de doença arterial coronária e doença cardíaca.
-
- Causas: Hipo/ Hiper K (vigiar K e ajustar dialisador); Alterações eletrolíticas; Alcalose metabólica; prolongamento QT; Hipo/Hiper Ca
 - Sintomas da HiperK: palpitações, bradicardia, fadiga, astenia, parestesias, diminuição dos reflexos, confusão
 - Tratamento: O tratamento das arritmias sintomáticas e da paragem cardíaca é a Reanimação Cardiopulmonar.



10. Hipoglicemia

- A hipoglicemia durante a hemodiálise é uma condição potencialmente grave, especialmente em doentes diabéticos
- Causas
 - Administração de insulina antes da sessão
 - Redução da ingestão calórica
 - Presença de glicose insuficiente no banho de diálise
 - Insuficiência hepática ou desnutrição
 - Infecções ou sépsis
- Sintomas: Sudorese, palpitações, tremores, ansiedade, fome intensa, confusão, sonolência, visão turva, convulsões, perda de consciência / coma
- Prevenir: Monitorar glicemia antes, durante e após a diálise (especialmente em diabéticos); avaliar necessidade de **ajuste da dose de insulina** em dias de diálise.



PCR E SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – ESPECIFICIDADES NO DOENTE EM DIÁLISE

CONTEXTUALIZAÇÃO

- A morte cardíaca súbita é a maior causa de mortalidade dos doentes com Doença Renal Crônica em programa de HD e é 20 vezes mais frequente nestes doentes do que no resto da população (ERC, 2021)
- Esta ocorre mais frequentemente em dias de HD e especialmente após o longo período interdialítico (segundas e terças feiras).
- 70 a 80% das Paragens Cardiorrespiratórias ocorrem durante a sessão de diálise (ERC, 2021)
- Se as manobras de ressuscitação forem iniciadas pelos profissionais das clínicas os doentes têm 3 vezes mais probabilidade de sobrevivência (Pun et al., 2019)



Quando um doente colapsa, o que fazer?



RITMOS DE PARAGEM CARDIO RESPIRATÓRIA



RITMOS DE PARAGEM CARDIO RESPIRATÓRIA



SAV – em Diálise

- Administrar tratamento imediato para correção de HiperK (Cálcio EV, Perfusão de Insulina + Glicose EV, Salbutamol em nebulização, Resina permutora)
- A diálise pode ser necessária no período de pós reanimação
- Equipas treinadas são equipas melhor coordenadas e aumentam a probabilidade de recuperação de um evento



BIBLIOGRAFIA

- Greenberg, K. I., Tirnauer, J. S., & Nissenon, A. R. (2021). Hemodialysis emergencies: Core curriculum 2021. *American Journal of Kidney Diseases*, 77(5), 796–809. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.11.014>
- Makar, M. S., & Pun, P. H. (2017). Sudden Cardiac Death Among Hemodialysis Patients. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, 69(5), 684–695. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.12.006>
- Lott, C., Khalifa, G. E. A., & European Resuscitation Council Guidelines 2021 collaborators. (2021). Cardiac arrest in special circumstances: European Resuscitation Council Guidelines 2021. *Resuscitation*, 161, 152–219. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djäv, T., Lott, C., Lulic, I., Maconochie, I. K., Olasveengen, T. M., Paal, P., Pellis, T., Sandroni, C., Spasiano, A., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Makar, M. et al. (2017). Sudden cardiac death among hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Disease*.
- Pun, P. et al. (2019). Outcomes for Hemodialysis Patients Given Cardiopulmonary Resuscitation for Cardiac Arrest at Outpatient Dialysis Clinics. *Journal of the American Society of Nephrology*.

Obrigada pela
atenção!



**APÊNDICE 2 - FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DO SU SOBRE A HEMODIÁLISE E
ESPECIFICIDADES DO DOENTE HEMODIALISADO**



A Pessoa com Doença Renal em Diálise

Otimizar a articulação entre o Serviço de Nefrologia e o Serviço de Urgência

Enf. Sónia Miranda – Enfª Serviço de Urgência
Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do IPB

27/07/25



Conteúdo

- I. O Serviço de Nefrologia
 - I. Atividade
 - II. Estrutura
- II. A Pessoa com Doença Renal
 - I. Alimentação
 - II. Restrição Hídrica
 - III. Acesso para Diálise
- III. A Articulação com o Serviço de Urgência
 - I. Comunicação entre Equipas
 - II. Terapêutica



A Pessoa com Doença Renal em Diálise

27/07/25

2/20



O Serviço de Nefrologia



Atividade

- **Hemodiálise**

- Pessoas com LRA
- Pessoas internadas já em PRHD
- Programa de Ambulatório

- **Técnicas Invasivas**

- CVC HD tunelizado
- CVC HD provisório
- Biópsia Renal

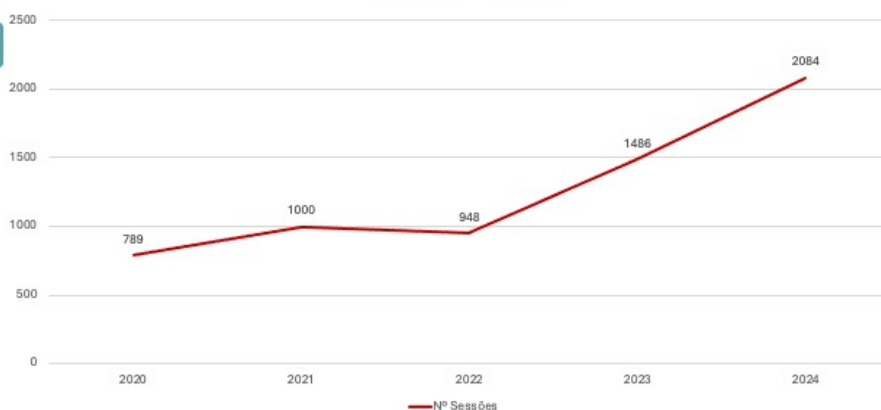
- **Consulta**

- Acessos Vasculares
- Esclarecimento de Modalidades Terapêuticas
- Tratamento Médico Conservador
- Reavaliação Precoce
- *Follow-Up*

- **Plasmaferese**



Nº Sessões de Diálise/Ano



Atividade

Horário

**Segunda a Sábado
8h-20h**





Estrutura



Sala de Diálise: Piso 3

- 3-4 postos para diálise
- Consultas de Reavaliação Precoce
- Consultas de *Follow Up*
- Consultas de acessos vasculares autólogos
- Colocação de CVCs ecoguiados

Sala de Diálise: Piso 2

- Precauções de isolamento específicas
 - VHB
 - Clostridióides
 - TP
 - Covid com critérios de isolamento



A Pessoa com Doença Renal



Alimentação



Restrição Hídrica



Ingestão
Hídrica



Alimentação



Soroterapia



Terapêutica I.V.

O Acesso para Diálise



Sem acesso não há diálise!

Cateter Venoso Central



O Acesso para Diálise – a FAV



O que fazer:

- **Palpar**
- **Observar**
- Registrar
- Notificar se:
 - Dor súbita
 - Ausência de frémito
 - Tensão
 - Endurecimento
 - Rubor

O Acesso para Diálise – a FAV



O que NÃO fazer:

- Garrotar
- Puncionar o membro
- Avaliar tensão arterial
- Posicionar sobre o membro
- Imobilizar
- Vestir roupa apertada
- Manter o penso até à próxima sessão



O Acesso para Diálise – o CVC



O que fazer:

- Vigiar o penso
- Ensinar e instruir a pessoa
- Posicionar a pessoa protegendo o CVC
- Manter o penso seco e íntegro
 - Não manipular vias
 - Não enxaguar diretamente



A Articulação com o SU



A Comunicação entre Equipas

- Passagem de informação de enfermeiros para enfermeiros:
 - Análises/Exames
 - Estado de Consciência
 - Mobilidade
 - Diurese/Dejeções
 - Medicação/Antibioterapia



A Comunicação entre Equipas

- Decisão do nível de vigilância/acompanhamento da responsabilidade da Equipa de Enfermagem do serviço de origem (SU ou Nefrologia)
- A Sala de Diálise é uma sala de **procedimentos**: dispositivos de ventilação não invasiva, bombas perfusoras, monitor portátil, fármacos, ...
- A Sala de Diálise não tem AO a partir das 20h30 nem aos Domingos



A Terapêutica

- Administramos toda a medicação prescrita **DESDE QUE SEJA FORNECIDA** pelo serviço

- Atenção a:

- Insulina
- Antihipertensores



Obrigada pela atenção

Bibliografia

- Kuhlmann, M. K., & Fleig, S. (2024). Ernährung bei Dialysepatienten [Nutrition for patients on dialysis]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 149(23), 1431–1442. <https://doi.org/10.1055/a-2199-8816>
- MacLaughlin, Helen L. et al. (2022). Nutrition in Kidney Disease: Core Curriculum 2022. *American Journal of Kidney Diseases*, Volume 79, Issue 3, 437 – 449. doi:[10.1053/j.ajkd.2021.05.024](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.05.024)
- Bodington, R., Greenley, S., & Bhandari, S. (2020). Getting the basics right: the monitoring of arteriovenous fistulae, a review of the evidence. *Current opinion in nephrology and hypertension*, 29(6), 564–571. [HTTPS://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000644](https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000644)
- Vários Autores (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina
- Ponce, Pedro (2020). *Manual de Nefrologia*. Lidel



**APÊNDICE 3 – PROJETO DE MELHORIA – PLANO DE INTEGRAÇÃO PARA
ENFERMEIROS NO SU**

PROJETO DE MELHORIA- PLANO DE INTEGRAÇÃO PARA ENFERMEIROS DO SU

Realizado por: Sónia Miranda (Enfermeira Serviço de Urgência, ULSM, Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica)

Novembro, 2026

RESUMO

O processo de integração consiste numa forma organizada de transmissão de conhecimentos, atitudes e desenvolvimentos de habilidades a novos profissionais que iniciem funções em determinada profissão. Este processo assume um papel determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização. No âmbito da saúde, este processo é bastante mais desafiante, principalmente nos Serviços de Urgência, pelas particularidades que o caracterizam uma vez que, são serviços muito complexos, com uma dinâmica em constante mudança, onde os acontecimentos surgem de forma rápida e não programada exigindo flexibilidade de adaptação dos profissionais. Foi então projetado este plano de integração para combater as dificuldades, facilitar e uniformizar este processo para quem integra e para quem é integrado no Serviço de Urgência.

Este projeto foi pensado e elaborado no âmbito do Ensino Clínico que se realizou no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Opção II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

ABSTRAT

The integration process consists of an organized method for transferring knowledge, attitudes, and skill development to new professionals who begin performing duties in a given profession. This process plays a decisive role in the success of an individual's adaptation to the organization. In the field of healthcare, this process is particularly challenging—especially in Emergency Departments—due to their specific characteristics, as they are highly complex services with constantly changing dynamics, where events occur rapidly and unpredictably, requiring professionals to adapt flexibly.

This integration plan was therefore designed to address difficulties, and to facilitate and standardize the process for both those integrating and those being integrated into the Emergency Department.

This project was conceived and developed within the scope of the Clinical Training conducted in the Emergency Department of Pedro Hispano Hospital, part of the Local Health Unit of Matosinhos (ULSM), as part of the Curricular Unit (CU) 'Optional Internship II' of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIRA – Comissão de Controle de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos
GRAPE – Grupo de Apoio à Prática de Enfermagem
EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica
EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
GCAVCPSLT – Grupo Coordenador para a Abordagem da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho
MCDT – Meio Complementares de Diagnóstico e Tratamento
PDCA – Plan Do Check Act
SE – Sala de Emergência
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TAS – Técnico Auxiliar de Saúde
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ÍNDICE

RESUMO	2
INTRODUÇÃO.....	5
1. O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	6
1.1. Objetivos Do Processo De Integração	6
1.2. Vantagens E Desafios No Processo De Integração	7
2. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA	8
2.1. Identificar, descrever e perceber o problema	8
2.2. Definição dos Objetivos	10
2.3. Causas do Problema	10
2.4. Planeamento e Execução das Tarefas e Atividades	11
3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS	13
3.1. Serviço De Urgência Do Hospital Pedro Hispano	13
a. Estrutura física.....	14
b. Recursos Humanos	15
c. Circuito do doente	18
CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
APÊNDICES.....	21

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde, detentores de conhecimentos técnicos e científicos, procuram melhorar o seu desempenho com o objetivo aumentar a qualidade da prestação de cuidados. Desta forma, torna-se necessário organizar, estruturar e padronizar os conhecimentos a nível organizacional e estrutural dos serviços para um melhor desempenho.

Este projeto de melhoria foi realizado no âmbito do Ensino Clínico que se realizou no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Pedro Hispano integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) no âmbito da Unidade Curricular Estágio Opção II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e pretende a realização de um Plano / Guia de Integração para enfermeiros que exerçam funções neste serviço.

O SU tem características particulares, onde são prestados cuidados altamente especializados. O processo de integração de enfermeiros neste serviço é exigente e rigoroso, pelas especificidades do serviço. Este processo é importante no sucesso de adaptação do profissional à organização, na aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções e na construção da sua identidade profissional. Considera-se que o sucesso no processo de integração passa por um programa bem definido e bem estruturado.

Assim, será elaborado um plano que irá proporcionar informações que permitam contribuir para a integração de novos enfermeiros que iniciem a sua atividade profissional no SU. Pretende-se que esteja em constante atualização para acompanhar a evolução ou alterações na dinâmica do serviço.

5

1. O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

O SU continua a ser considerado um desafio no Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelas particularidades que o revestem (SNS, 2019). Segundo a mesma fonte, os SU são locais altamente complexos, sujeitos à realidade onde estão inseridos, com uma dinâmica em constante mudança, onde os acontecimentos surgem de forma rápida e não programada exigindo flexibilidade de adaptação dos profissionais.

A integração é considerada uma forma organizada de transmissão de conhecimentos, atitudes e desenvolvimentos de habilidades. Assume um papel determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e, consequentemente no seu desempenho profissional (Batista et al., 2010).

A integração promove autoconfiança no exercício das funções de enfermagem, construção da identidade profissional e o desenvolvimento de competências. O processo de integração e adaptação a um novo serviço ou o início da atividade profissional está sempre associado a sentimentos de insegurança e ansiedade, relacionados com as novas funções que têm de ser desempenhadas, conhecimentos que necessitam de ser aprofundados e a interação com pessoas desconhecidas (Willman et al., 2020).

O processo de integração profissional deve proporcionar uma adaptação adequada, ser organizado e estruturado de modo a permitir o desenvolvimento de competências necessárias para o SU, tendo em consideração os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, ser adaptado e atender à individualidade de cada profissional com uma duração dependente do contexto, das características e das necessidades do enfermeiro em integração (OE, 2023).

1.1. Objetivos Do Processo De Integração

Um dos objetivos principais do processo de integração é estimular a eficiência dos novos profissionais, contribuindo para a eficácia da instituição de forma efetiva para uma melhor prática de cuidados de Enfermagem no SU, permitindo que se melhore os cuidados prestados (Loureiro et al., 2002), o que corrobora com o que a Ordem dos Enfermeiros (2023) defende, referindo que a qualidade dos cuidados prestados é

6

influenciada pelo processo de integração, sendo determinante para a adaptação e consequentemente para o desempenho profissional.

A qualidade da prestação de cuidados e do exercício profissional são também objetivos do processo de integração sendo que, o processo de integração de enfermeiros é determinante para o sucesso da adaptação à organização e para atingir estes (Pires et al., 2021).

1.2. Vantagens E Desafios No Processo De Integração

Foram identificados como principais desafios na integração a falta de tempo, tanto por parte dos enfermeiros integradores como dos enfermeiros em integração devido à carga de trabalho intensa em ambientes de saúde. Além disso, a escassez de recursos para implementar programas ou planos estruturados de integração também se considerou um desafio constante. Por outro lado, ainda se existem muitos processos de integração informais, apesar de os programas formais e bem estruturados serem mais eficazes (Hoover et al., 2020).

As vantagens resultantes de uma integração eficaz para os enfermeiros são: diminuição do stress, frustração e conflito, o aumento da autoconfiança, do autodesenvolvimento, da satisfação pessoal e profissional.

A identificação de fatores dificultadores à integração permite delinear estratégias que possam minimizar e mitigar os aspetos menos positivos, atender às necessidades identificadas e otimizar a operacionalização do processo (Pires et al., 2021).

Segundo o estudo realizado por Pires et al., (2021), existem elementos facilitadores e dificultadores no processo de integração:

7

TABELA 1 – Elementos facilitadores e dificultadores na integração



Embora os programas de integração mostrem benefícios significativos, há uma necessidade de melhor estruturação e maior apoio institucional para garantir que esses programas sejam sustentáveis e eficazes a longo prazo (Hoover et al., 2020).

2. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

2.1. Identificar, descrever e perceber o problema

De acordo com o que foi descrito no capítulo anterior, a existência de um plano de integração de enfermeiros é fundamental para a boa adaptação do profissional. Conforme o que a OE (2023) expõe, uma integração bem planeada traz benefícios não só para a organização e para o profissional como também para os clientes uma vez que potencia uma prática de qualidade e consequentemente, cuidados mais seguros.

Após uma pesquisa na Gestão Documental da ULSM e pelos protocolos existentes no SU, constatou-se que apenas existe um Manual de Integração para Enfermeiros elaborado em 2008 e revisto em 2011, encontrando-se por isso obsoleto, podendo considerar-se que atualmente não existe nenhum plano de integração a enfermeiros

8

adequado e adaptado à estrutura física atual e às atuais necessidades. Além disso, após ter sido realizada uma entrevista informar aos enfermeiros do SU sobre a existência desse manual, a maioria respondeu que não tinha conhecimento e os que responderam afirmativamente não sabiam como o consultar e há quanto tempo tinha sido elaborado. Também, por observação ao longo dos anos e por experiência das próprias autoras do trabalho, verificou-se que nenhum integrador utilizava o manual para o processo de integração. Outros fatores contribuíram para a identificação da necessidade e do problema em causa, tais como o número crescente de novos elementos para substituições de ausências e de mobilidades; necessidade de uniformizar o processo de integração; diminuir o número de aspetos que não são abordados no processo de integração.

Perante as orientações da OE, as vantagens explícitas e a repercussão na qualidade dos cuidados, a inexistência de um Plano de Integração de novos profissionais assume-se como uma questão contrária ao recomendado. Além disso, segundo a OE (2008) deliberado em Assembleia Geral, devem ainda ser garantidas as condições para um processo de desenvolvimento de competências para o exercício autónomo dos profissionais.

O problema identificado está centrado no utente na medida que tem repercussão direta na qualidade dos cuidados prestados e consequentemente na produção de ganhos em saúde para a população e inclui-se nos enunciados descritivos da enfermagem na organização dos cuidados pela existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade e pela utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica. Posto isto, pertence aos indicadores de estrutura dos indicadores de qualidade em saúde e enquadra-se nos critérios para a elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Atualmente, os enfermeiros no SU iniciam funções com um integrador atribuído, normalmente algum enfermeiro com mais experiência no serviço. Não se assiste à realização de uma orientação para o enfermeiro que recebe acerca de como realizar o processo de integração do enfermeiro recém-chegado, ficando à sua consideração a forma mais correta para o fazer.

2.2. Definição dos Objetivos

Para a realização do projeto foi estipulado o seguinte objetivo geral:

- Promover um adequado processo de integração de novos enfermeiros no SU

Foram elaborados também os seguintes objetivos específicos:

- Elaborar um plano de integração de enfermeiros no SU
- Divulgar o plano de integração de enfermeiros no SU
- Implementar o plano de integração de enfermeiros no SU

2.3. Causas do Problema

Para serem percebidas as causas do problema identificado, foi realizada uma análise SWOT (Apêndice 1) pela metodologia de brainstorming. De acordo com Teoli et. al. (2023), a Análise SWOT é uma ferramenta criada para a vertente dos negócios, mas com aplicabilidade ao contexto clínico e até individual analisando os fatores internos e externos de uma determinada identidade / situação a fim de melhorar o desempenho e os resultados.

Foram assim identificados os fatores de origem interna como as fraquezas e as forças, e os fatores de origem externa como as oportunidades e as ameaças. As fraquezas identificadas foram a presença de um manual de integração obsoleto, o turnover dos enfermeiros e a existência de vários setores de trabalho com diferentes especificidades, enquanto que as forças envolvem o facto do desenvolvimento do plano de integração pertencer aos indicadores de estrutura da saúde, a importância e o impacto que uma integração estruturada tem na prestação de cuidados de qualidade, a importância do processo de integração uniformizado ao invés de cada integrador definir os seus próprios métodos e o envolvimento do Enfermeiro Gestor na implementação do projeto. As oportunidades a serem criadas com o plano de integração focam-se em melhorar a qualidade dos cuidados prestados, potenciar o envolvimento dos enfermeiros a serem integrados na missão e os valores da instituição, melhorar e uniformizar o processo de integração e motivar dos profissionais integrados. No entanto, a principal ameaça considerada foi a eventual resistência por parte da equipa no cumprimento do plano.

2.4. Planeamento e Execução das Tarefas e Atividades

No âmbito da realização do ensino clínico no SU, iniciou-se a elaboração deste projeto de programa de melhoria contínua a ser implementado posteriormente. Após a análise e identificação de algumas necessidades, foi selecionada a problemática – a falta de um plano de integração para novos enfermeiros no SU atualizado.

Esta problemática foi exposta ao Enfermeiro Gestor do serviço o objetivo do nosso trabalho, que demonstrou interesse, disponibilidade e considerou pertinente a sua implementação.

Iniciou-se a fase de elaboração de uma revisão da literatura acerca do tema, nomeadamente sobre quais eram as orientações da Ordem dos Enfermeiros. Percebeu-se que a problemática, e a sua consequente resolução, enquadrava-se dos padrões de qualidade do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (EEMC). Posteriormente, foram estudados quais eram os passos a seguir para a elaboração deste tipo de projeto – optou-se por ir de encontro ao que a Ordem dos Enfermeiros preconiza, através do modelo Plan Do Check Act (PDCA)

Para a elaboração do plano de integração de enfermeiros no SU foram realizadas várias atividades, nomeadamente: uma pesquisa na Gestão Documental da ULISM; aprofundado o conhecimento sobre a estrutura física do serviço; consolidados conhecimentos sobre os recursos humanos do serviço através de entrevistas não formais a vários profissionais das diferentes áreas do SU; comparados dados com outras realidades de outros SU; pesquisado novamente os protocolos existentes no SU; partilha de ideias e esclarecimento de dúvidas, de forma informal, com outros enfermeiros mais experientes no serviço e com o Enfermeiro Gestor.

Ficarão ainda planeados os seguintes procedimentos para serem realizados:

- Otimizar aspetos que necessitem de correção ou melhoria;
- Formalizar o pedido de autorização ao enfermeiro gestor do SU para ser implementado o plano de integração de novos enfermeiros no SU;
- Formalizar o pedido de autorização para a implementação do plano ao Conselho de Administração na ULISM;

Após os pedidos de autorização serem aceites e ser obtido o consentimento, será dada resposta aos objetivos específicos, ou seja, dar a conhecer à restante equipa do SU o plano de integração e qual o seu objetivo, a pertinência da elaboração do plano e as

suas vantagens e por fim a sua implementação. Preconiza-se a realização de uma formação em serviço integrada no horário, a uma equipa de cada vez.

De forma a ser quantificada a utilização do plano de integração de novos enfermeiros no SU, o enfermeiro integrador e o integrado deverão assinar um exemplar do plano que será entregue no início do processo de integração e entregue no final. Contabilizando o número de enfermeiros admitidos no SU e o número de manuais usados e assinados, irá traduzir a taxa de adesão.

O plano de integração ficará disponível impresso junto dos protocolos do serviço bem como será pedida colaboração da informática para que seja possível o acesso através da gestão documental.

No primeiro ano após a implementação do plano, considera-se objetivos atingidos, uma taxa de adesão superior a 70%, visto que uma das ameaças é a possibilidade de resistência da equipa.

Após estar implementado o plano de integração, a cada admissão de um enfermeiro no SU e, após definido pelo Enfermeiro Gestor ou pela Enfermeira de Referência o enfermeiro responsável pelo processo de integração, será idealmente preenchido e utilizado o plano. Preconiza-se que o tempo de integração rondará sensivelmente os trinta dias, podendo ser estendido mediante as necessidades do enfermeiro a ser integrado ou até reduzido tendo em consideração a adaptação do enfermeiro. Durante o período de integração, é exigido que o enfermeiro integrado faça pelo menos um turno em todas as áreas que constituem o SU. Essa "rotatividade" de postos também será influenciada de acordo com as necessidades e dificuldades apresentadas.

O posto da Triagem, exige uma visão diferente pois para assegurar funções nesse posto é necessário que o enfermeiro recém-chegado possua o curso de Triagem de Manchester. No entanto, em situações que o enfermeiro não possua essa competência, deve ser apresentado o local e explicado a metodologia de trabalho pela atribuição de prioridades.

A integração na Sala de Emergência (SE) decorre de forma independente.

Ao cumprir o plano de integração, os enfermeiros são considerados parcialmente integrados e podem desempenhar funções no SU e nos setores onde já cumpriram integração.

3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

A ULSM, Entidade Pública Empresarial, é uma unidade que presta cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados nas áreas dos concelhos de Matosinhos, Vila do Conde e Póvoa de Varzim.

A ULSM tem como missão promover a saúde com base na identificação das necessidades da comunidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo do ciclo vital, criando um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos clientes. A ULSM desenvolve a sua atividade no respeito pelos seus valores fundamentais como o valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana, atitude de serviço, competência, eficiência, equidade, acessibilidade, integridade, qualidade, responsabilidade (ULSM, 2020).

O Hospital Pedro Hispano situa-se em Matosinhos e está integrado na ULSM, conjuntamente com o agrupamento de centros de saúde de Matosinhos – Centro de Diagnóstico Pneumológico, Centro de Saúde de Matosinhos, Centro de Saúde de São Mamede de Infesta, Centro de Saúde Senhora da Hora, Centro de Saúde de Leça da Palmeira, Unidade de Saúde Pública e SASU Matosinhos.

3.1. Serviço De Urgência Do Hospital Pedro Hispano

O SU do Hospital Pedro Hispano pertence à ULSM e presta cuidados hospitalares diretos à população adulta do concelho de Matosinhos e ainda cuidados hospitalares de referência à população de Vila do Conde e Póvoa de Varzim.

Trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) que dá resposta 24 horas por dia e é o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispõe das valências clínicas (medicina interna, cirurgia, ortopedia e obstetria) e serviços de apoio necessários para articular a um nível superior (Serviço de Urgência Polivalente) com o hospital da Unidade Local de Saúde São João e com o hospital da Unidade Local de Saúde Santo António e a um nível inferior (Serviço de Urgência Básica) com o hospital da Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

13

a. Estrutura física

O SU do Hospital Pedro Hispano está localizado no piso -1 e ocupa uma área considerável do piso que se divide em áreas clínicas e em áreas administrativas e de apoio.

As áreas clínicas, dividem-se fundamentalmente em:

- A área da triagem, com possibilidade de ter dois triadores em simultâneo;
- A sala de emergência, localizada logo na entrada no SU, possui uma capacidade funcional para dois doentes em simultâneo permitindo ainda um terceiro temporariamente;
- A Área Laranja 1 engloba 6 gabinetes médicos, uma sala de trabalho de enfermagem e uma sala com 10 cadeirões destinados aos doentes autónomos em observação que têm prioridade laranja;
- A Área Verde/Azul, contígua à Área Laranja 1, destina-se aos doentes em observação com prioridade verde ou azul;
- A Área Amarela constituída por quatro gabinetes médicos, uma sala de trabalho de enfermagem, e 5 salas com capacidade para macas/ cadeirões onde são alocados os doentes para observação com prioridade amarela;
- A Área Cirúrgica com três gabinetes médicos e uma sala de trabalho de enfermagem é o espaço onde são observados os doentes encaminhados para as especialidades de cirurgia geral, pequena-cirurgia e ortopedia;
- A Área Laranja 2 é um espaço "open space" com capacidade para um total de 10 camas com vigilância (2 com monitorização), onde são alocados os doentes após observação médica com prioridade laranja;
- O OBS Cirúrgico é um espaço contíguo à Área Laranja 2 com 5 macas, destinado a doentes internados ou com necessidade de vigilância pelas especialidades de Pequena Cirurgia, Cirurgia Geral e Ortopedia;
- O serviço de OBS é uma área de internamento constituída por 14 camas para doentes com necessidade de monitorização contínua e 2 camas sem monitorização;
- Áreas de Imagiologia, RX e Tomografia Axial Computorizada (TAC) e um gabinete de eletrocardiografia assegurado por um profissional da área;
- Sala de técnicas fisicamente situada na Área Amarela, que se destina à execução de técnicas invasivas para as quais seja necessário um ambiente mais

14

controlado (como exemplo a realização de punção lombar, colocação de dreno torácico, realização de paracentese, entre outros);

- Gabinete de isolamento, situado no corredor da Área Cirúrgica (gabinete 11), destina-se aos doentes com diagnóstico ou clínica suspeita de doenças que necessitem de isolamento;
- 1 sala de lavagens, um espaço utilizado para execução de técnicas ao doente como algaliação, entubação nasogástrica, entre outras.

As áreas não clínicas são:

- Área administrativa: 2 balcões de atendimento para admissão de utentes;
- Um gabinete de apoio ao doente;
- Uma sala de acolhimento para comunicação de más notícias ou luto;
- Secretariado do SU, gabinete do chefe de equipa, gabinete do enfermeiro gestor e gabinete da enfermeira de referência;
- Áreas de apoio: copa e instalações sanitárias para os profissionais;
- Copa de apoio aos doentes e quatro casas de banho para os doentes;
- 3 salas de banhos para os doentes, equipadas com o material necessário para apoio aos doentes alectuados e de cadeiras de rodas;
- 2 armazéns de material clínico, 2 farmácias de apoio e 1 armazém de hotelaria.

b. Recursos Humanos

O SU dispõe de médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica e profissionais administrativos. Além disso, trabalha de forma direta com o laboratório de análises clínicas disponível 24h constituído por técnicos de patologia clínica e hemoterapia e com o apoio da farmácia (com horário de funcionamento das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h aos sábados e encerrada ao domingo).

A equipa de administrativos responsáveis pelo atendimento no balcão de admissão dos doentes é constituída por dois elementos durante 24h. O responsável pela zona interna da urgência, cumpre um horário das 8h às 17h.

Os técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica asseguram o serviço de imagiologia (RX e TAC) durante 24h. O técnico de Cardiopneumologia (responsável pela realização

de eletrocardiogramas e gasimetria no SU) está em permanência num horário das 9h às 23h.

Quanto aos recursos médicos estes estão distribuídos pelas diferentes áreas, que se encontra de acordo com regulamento da constituição das equipas médicas nos serviços de urgência de 2022 (Ordem dos Médicos, 2022):

- 4 médicos de Clínica Geral no turno da manhã, 4 médicos no turno da tarde, 1 médico com turno das 10h-00h, 1 médico com turno das 14h-00h, 3 médicos no turno da noite;
- 1 médico de Medicina Interna para a área de triagem médica, 1 médico de Medicina Interna e 1 médico do internato para a Área Laranja 1 e 2 e 1 médico de Medicina Interna e 1 médico do internato para OBS;
- 2 médicos de Ortopedia permanentes durante 24h;
- 2 a 3 médicos de Cirurgia Geral permanentes durante 24h;
- 3 médicos de Ginecologia/Obstetrícia que desempenham a sua atividade no bloco de partos e encontram-se à chamada nos casos de emergência obstétrica na sala de emergência durante 24h;
- 1 anestesta que desempenha a sua atividade no bloco operatório central e dá apoio ao SU durante 24h;
- 1 médico emergencista que assegura a sala de emergência 24h;
- 1 neurologista em presença física das 8h às 20h e de chamada desde as 20h até às 8h durante 7 dias por semana;
- 1 cardiologista de apoio de 2ª a 6ª feira das 8h às 20h e ao fim de semana das 8h às 14h fisicamente e, à chamada nos restantes períodos;
- Nefrologia de apoio e consultadoria durante 24 horas e, se necessário, presença física;
- Otorrinolaringologia e oftalmologia prestam apoio ao SU no seu período de consulta externa, ou seja, das 8h às 19h;
- Gastroenterologia presta apoio ao SU durante o tempo de funcionamento dos exames especiais, tanto no seu serviço como à chamada para a sala de emergência;
- 1 infecciolista de apoio das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira;
- 1 pneumologista de apoio das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira;
- 1 médico de Hemoterapia, 1 radiologista e 1 neurorradiologista de apoio ao SU sob 24h;
- 1 médico de Neonatologia e de Pediatria de apoio durante 24h;

Os Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) estão sob a orientação do enfermeiro gestor e/ou coordenador e a sua distribuição nos turnos comporta os seguintes elementos: 1 elemento na triagem, 1 elemento responsável pelos transportes dos doentes para Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDTs), 1 elemento na triagem médica, 1 elemento na área 2, 2 elementos na ST2 e 2 elementos em OBS. À noite é reduzido um elemento em OBS.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de noventa e sete enfermeiros distribuídos por seis equipas, um enfermeiro Gestor(a) e um enfermeiro(a) de referência. Em cada equipa existe um coordenador responsável e um elemento que o substitui em caso de ausência.

Diariamente é elaborado um plano de trabalho (Apêndice 2) referenciando-se a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores bem como o enfermeiro coordenador responsável pela equipa.

Os turnos de trabalho da equipa de enfermagem são das 8h às 14:30h (turno da manhã), das 14h às 20:30h (turno da tarde) e das 20h às 8:30h (turno da noite). Além destes horários, existe ainda todos os dias um elemento da manhã com o horário das 8h às 16h (M6) e um elemento da tarde com o horário das 16h às 00h (T30).

Além dos postos de trabalho definidos em plano, o enfermeiro do SU durante a noite ou na ausência de enfermeiros do serviço de exames especiais de cardiologia, presta apoio na sala de colocação de pacemaker caso haja essa necessidade de ser utilizada para um doente de qualquer serviço do hospital (apesar de não haver nenhum documento oficial onde esteja explícita essa função).

Existem também os elos de ligação do SU, cujas funções são assumidas por enfermeiros atribuídos, nomeadamente com o Gabinete de Qualidade, com a Gestão do Risco Não Clínico, com a Comissão de Controle de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA), com o Grupo de Apoio à Prática de Enfermagem (GRAPE), com o Grupo de Tratamento de Feridas, com o Grupo de Trabalho sobre Quedas, com o Grupo Coordenador para a Abordagem da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (GCAVCPSLT) e as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), com o Programa de Luta Contra a Tuberculose, com a Comissão de Catástrofe e com o Gabinete de Gestão de Risco Clínico.

Os enfermeiros constituem um grupo profissional cujas funções estão estabelecidas na profissão de enfermagem e às quais têm de dar cumprimento. Contudo dentro de um

serviço há necessidade de acrescentar às funções atrás referidas todas aquelas necessárias ao bom funcionamento dos diferentes setores.

c. Circuito do doente

Após a inscrição no balcão administrativo o doente aguarda na sala de espera a chamada para a triagem. A triagem é realizada de acordo com o sistema de Triagem de Manchester.

Após a triagem e, de acordo com a cor atribuída e o grau de mobilidade do doente triado (maca ou autónomo), poderá ser encaminhado para as áreas laranja 1 ou 2, área amarela ou área verde e azul.

Os doentes que são encaminhados para as especialidades de cirurgia geral / pequena cirurgia / ortopedia são encaminhados para esta área independentemente da cor atribuída.

No período entre as 8h e as 20h podem ainda ser referenciados para as especialidades de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Neurologia.

Salvo situações de protocolos de via verde, instabilidade do doente e/ou preocupação do enfermeiro que realiza a triagem, o doente pode ser encaminhado diretamente na sala de emergência.

Salienta-se que os doentes em todo o espaço do SU têm o direito legal de acompanhante, salvo exceção de situações de aglomerados de doentes e para gestão de espaço, por ordem do chefe de equipa não sejam permitidos a entrada de acompanhantes temporários. Na pré-triagem, o enfermeiro atribui uma pulseira de acompanhante permanente, para doentes dependentes com necessidade de acompanhante, ou acompanhante temporário, para doentes que querem gozar do seu direito de ter o acompanhante, mas que não constituem uma necessidade.

Em OBS, são permitidas de visitas em horário estabelecido das 12:30h às 13:30h e das 18h às 19:30h, por serem consideradas áreas de internamento. Nas restantes áreas, são permitidos acompanhantes permanentemente, sendo que quando a permanência do utente no SU ultrapassa as 24 horas, os acompanhantes deverão cumprir o sistema de visita como quando se trata de um doente internado, cumprindo os mesmos horários de visita.

CONCLUSÃO

O processo de integração tem um papel importante na admissão de novos profissionais de enfermagem no serviço, nomeadamente para uma boa adaptação do profissional uma vez que esta potencia uma prática de qualidade e consequentemente, cuidados mais seguros.

Este trabalho justifica a criação de um plano de integração no serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano da ULSM, com os pontos fortes e fracos inerentes à sua elaboração, bem como o plano de atividades a desenvolver e as características do serviço onde será aplicado.

Este projeto de melhoria terá continuidade através da elaboração do plano de integração propriamente dito, que será posteriormente apresentado à equipa e entregue aos colegas que irão realizar a integração de novos elementos. Esse plano será integrado neste trabalho, de forma que, posteriormente, seja possível elaborar também um manual de acolhimento para novos elementos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Willman A, Bjuresäter K, Nilsson J. Newly graduated registered nurses' self-assessed clinical competence and their need for further training. *Nurs Open*. 2020 Jan 22;7(3):720-730. doi: 10.1002/nop.2.443. PMID: 32257259; PMCID: PMC7113520.
- Hoover, J., Koon, A. D., Rosser, E. N., & Rao, K. D. (2020). Mentoring the working nurse: a scoping review. *Human resources for health*, 18(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00491-x>
- Pires, Regina & CARVALHO, ANA & Santos, Margarida. (2021). CONTRIBUTOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA NA INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS. -, 10.48195/jie2021-164.
- Batista, Marco & Fernandes, Ana & Geraides, João & Alves, Pedro. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Revista Sinais Vitais*, ISSN 0872-8844. 92. 50-55
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer75_20_08_processo_integracao_servico.pdf
- Elias, C. E., & Day, T. (2020). Experiences of Newly Qualified Nurses in Critical Care: A qualitative systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*, 21(4), 334–343. <https://doi.org/10.1177/1751143720926794>
- <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/04/Manual-de-Acolhimento-e-Integracao.pdf>
- <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgencias.pdf>
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos EPE. (2020, 17 de agosto). *Unidade Local de Saúde de Matosinhos EPE*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-matosinhos-epe/>
- Regulamento n.º 1029-A/2022 da Ordem dos Médicos. (24 de outubro de 2022). *Diário da República: II série*, n.º 205. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/10/205000001/0000200008.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Pronúncia do Conselho de Enfermagem n.º214/2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31572/pronuncia-nº-214_tempo-minimo-de-integracao-para-enfermeiros-numa-unidade-de-cuidados_anonizada.pdf
- Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2023). SWOT Analysis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537302/>

APÊNDICES

21

1 – Análise SWOT

	Forças	Fraquezas
Fatores internos	• Indicador de estrutura da qualidade em saúde • A importância e o impacto de uma integração estruturada • A importância de um processo de integração uniformizado • Envolvimento da chefia	• Manual de integração obsoleto • <i>Turnover</i> dos enfermeiros • Existência de vários setores de trabalho com diferentes especificidades
	Oportunidades	Ameaças
Fatores externos	• Melhorar a qualidade dos cuidados prestados • Enfermeiros mais integrados na missão e os valores da instituição • Melhoria e uniformização do processo de integração • Motivação dos profissionais integrados	• Eventual resistência por parte da equipa no cumprimento do plano

	Lunes 08:00 / 14:30	Miércoles 14:00 / 20:30	Viernes 20:00 / 08:30
Tránsito 1			
Tránsito 2 (Apoyo a área Atención)			
Responsable Sala Emergencia / PIC (Apoyo a área más necesitada)			
Área Verde / Apoyo Sala de Emergencia / PIC			
Área Atención MI / TIO			
Área Atención 1 a 2			
Área Atención 3 a 4			
Área Laringe 1 / 2 / Tórax			
Área Laringe 3 (Apoyo DES Cirugía)			
Obstetra / Cirujía / Pediatría Cirugía / DES Cirugía			
DES			
Responsable Turno - Tel 2008			

APÊNDICE 4 – FLYER “NO SERVIÇO DE URGÊNCIA COMO ISOLAR?”



NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

COMO ISOLAR?



CONTACTO

EPC, MRSA, Clostridium Difficile, ESBL positivo, VSR, Enterococcus
resistentes à
Vancomicina

Streptococcus pneumoniae com elevada resistência à penicilina, Infecções entéricas por E. coli, Shigella, Hepatite A, Rotavírus, em crianças, Parainfluenza e Enterovírus, Infecções cutâneas contagiosas

EPI'S: BATA/ AVENTAL E LUVAS



ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO

Proteção de doentes especialmente suscetíveis -
doentes imunodeprimidos

EPI'S: MÁSCARA CIRURGICA, BATA, LUVAS



PARTÍCULA

Sarampo, Varicela, Tuberculose pulmonar

EPI'S: MÁSCARA - RESPIRADOR P1



PRECAUÇÕES MÁXIMAS

Infecções víricas (**Ébola**, Lassa, Maburgo), **Gripe de origem Aviária**, outras situações a definir pela CCIRA.

EPI'S: MÁSCARA - RESPIRADOR P2, ÓCULOS, BATA, LUVAS, TOUCA



GOTÍCULA

SARS-COV, Influenza, A e B, Tosse convulsa, Difteria, Adenovírus, Parotidite, Parvovírus B19 e Rubéola,

Infecções invasivas por Haemophilus influenzae, Infecção meningocócica, Mycoplasma pneumoniae, Peste pneumocócica, faringite pneumonia por Streptococcus b-hemolítico grupo A ou escarlatina em crianças e lactentes.

EPI'S: MÁSCARA (SE A MENOS DE 1M DO DOENTE)



Todos os profissionais devem cumprir as **Precauções Básicas** que têm o intuito de reduzir o risco de transmissão de microorganismos a partir de fontes confirmadas ou não.

APÊNDICE 5 – POSTER “COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Sónia Patrícia da Mota Miranda | Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança - Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem no Doente Crítico | Enfermeira no Serviço de Urgência - Hospital Pedro Hispano | sonia.miranda@ulsm.min-saude.pt

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, é essencial que os profissionais desenvolvam competências comunicacionais sólidas, uma vez que fortalece a relação entre a equipa e o doente/família, facilita a compreensão de novas situações clínicas e contribui para diminuir o impacto emocional envolvido. O enfermeiro, por ser o elemento da equipa que mantém um contacto mais contínuo com os doentes e seus familiares, desempenha um papel central nesse processo. Uma comunicação clara e eficaz por parte dos enfermeiros ajuda a reduzir o stress e a ansiedade, promovendo um cuidado mais humanizado e de maior qualidade.

A transmissão de más notícias no Serviço de Urgência é um processo particularmente complexo, uma vez que exige competências técnicas, emocionais e éticas por parte dos profissionais, em cenários caracterizados por instabilidade e limitações de recursos e tempo que dificultam a comunicação humanizada.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objetivo identificar, a partir da literatura científica, os principais desafios, estratégias utilizadas e lacunas na formação profissional relacionadas a essa prática.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão literária, incluindo artigos das bases de dados PubMed, Scielo e Research Gate, com os descritores: "Breaking bad news" AND "Nursing" AND "Emergency department" publicados entre 2020 e 2025. Estes foram selecionados, analisados e organizados em: métodos e protocolos de comunicação, barreiras enfrentadas pelos profissionais, repercussões emocionais e formação académica e contínua.

INTERVENÇÕES NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

PROTOCOLO SPIKES

S – Setting (preparar o local e o ambiente)

- Sente-se, se possível.
- Minimize interrupções.
- Apresente-se e garanta que todos sabem o que vai acontecer.

P – Perception (perceção acerca do conhecimento do doente/família)

- Ajuste o discurso ao nível de conhecimento do paciente.

I – Invitation (convite para receber informação)

- Verifique quanto o paciente quer realmente saber.

K – Knowledge (transmitir a informação)

- Seja claro e direto, evitar linguagem técnica e dar a notícia em pequenos blocos de informação.

E – Empathy (reconhecer e validar emoções)

- Observe a reação: choque, choro, raiva, silêncio e valide com empatia

S – Strategy & Summary (resumo e definição de próximos passos)

- Explique o que vai acontecer a seguir: exames, transferência, apoio psicológico, etc.
- Confirme que a pessoa compreendeu.

POSTURA CALMA E NÃO DEFENSIVA

PROMOVER A PRIVACIDADE

TRABALHO EM EQUIPA

LINGUAGEM SIMPLES

PRINCIPAIS RESULTADOS

- Os estudos destacaram alguns desafios na comunicação no âmbito do Serviço de Urgência: restrições de tempo, impacto emocional tanto para os profissionais como para os doentes/famíliares e lacunas na formação em comunicação.
- Os dados obtidos indicam que a comunicação não verbal e o contacto físico desempenham um papel crucial na transmissão de emoções e, quando utilizados de forma adequada, funcionam como um importante aliado para atenuar efeitos psicológicos e emocionais.
- Verificou-se que o protocolo SPIKES é o modelo mais utilizado, embora necessite de ajustes para a realidade rápida e imprevisível do Serviço de Urgência.
- Esta pesquisa sugere adaptações operacionais ao SPIKES e destaca a importância de medidas institucionais que melhorem a qualificação da comunicação em cenários de urgência.

CONCLUSÃO

O Serviço de Urgência é um local desafiante para uma comunicação eficaz, pois são muitas vezes inesperadas e provêm de alguém que teve pouca oportunidade de criar um vínculo com o doente.

Além disso, a produção de conhecimento sobre este tema é também escassa, sendo recomendada a realização de novos estudos para alargar a discussão sobre a comunicação de más notícias por parte dos enfermeiros nesta área e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados aos doentes e seus familiares.

Conclui-se que investir em formação contínua, melhorar as condições de trabalho e adotar protocolos flexíveis são passos fundamentais para garantir uma comunicação mais ética, humanizada e eficaz no contexto do Serviço de Urgência.

BIBLIOGRAFIA



APÊNDICE 6 – APRESENTAÇÃO À EQUIPA DO SMI – “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO SONO DO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO SONO DO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS – ÚLTIMAS EVIDÊNCIAS

Realizado por: Sónia Miranda – Enfermeira no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica
Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

Fevereiro, 2026

OBJETIVOS



Identificar o sono como fator de risco de desenvolvimento do *Delirium* e outras complicações



Descrever as últimas evidências relativamente às intervenções no sono do doente crítico

O SONO

- Trata-se de um processo biológico essencial para a **restauração física, regulação metabólica, consolidação da memória e manutenção das funções cognitivas e emocionais** (Purves et al., 2017).
- O sono humano organiza-se em dois grandes tipos: **sono não-REM (NREM)** e **sono REM**, que se alternam ciclicamente ao longo da noite (Carskadon & Dement, 2017).

FASES DO SONO

SONO não-REM (NREM)

Sono não-REM (NREM)
N1: fase de transição entre vigília e sono, caracterizada por sono leve e diminuição do tônus muscular.

N2: corresponde à maior parte do sono total; ocorre maior desaceleração da atividade cerebral e cardiovascular, contribuindo para a consolidação da memória.

N3 (sono profundo): caracteriza-se por ondas lentas, sendo essencial para a recuperação física, restauração energética e função imunológica.

FASES DO SONO

SONO REM (Rapid Eye Movement)

Caracteriza-se por intensa atividade cerebral, movimentos rápidos dos olhos e atonia muscular. Está fortemente associado aos **sonhos**, à **consolidação da memória emocional** e ao processamento cognitivo. O sono REM torna-se progressivamente mais longo durante a noite (Carskadon & Dement, 2017; Purves et al., 2019)

O SONO

- Quando qualidade do sono é comprometida pode ter consequências:



Cognitivas e neurológicas

Emocionais e psicológicas

Físicas e metabólicas

Sistema imunológico

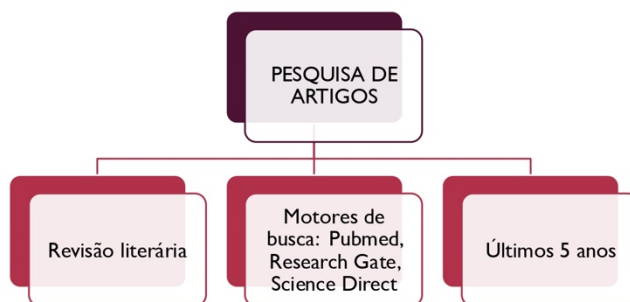
Sistema cardiovascular

Qualidade de vida

O SONO



INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS



INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

O estudo de Wang et al. de 2025 "Nurse-led evidence-based quality improvement programme to improve intensive care unit patient sleep quality" consiste num estudo quase-experimental que descreve o desenvolvimento de um **bundle liderado por enfermeiros**:

- Teve como objetivo melhorar a qualidade do sono dos doentes em Cuidados Intensivos através do desenvolvimento e implementação de um *SLEEP Bundle* liderado por enfermeiros e baseado na evidência, incluindo a iniciativa de promoção do sono, controlo da luz, utilização de máscara ocular e tampões auriculares, redução do ruído ambiental e a disponibilização de intervenções não farmacológicas (aromaterapia e musicoterapia) e farmacológicas (dexmedetomidina e analgésicos).

INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

O estudo de Gao et. al. (2025) "Survey of perceived sleep quality and nursing implications in 172 adult ICU patients" consiste num Estudo observacional que analisa fatores associados à percepção do sono em doentes críticos:

- Os resultados demonstraram que dor, incerteza sobre a doença, número de procedimentos noturnos, uso de contenção física e duração da iluminação noturna foram os fatores centrais que afetam o sono dos pacientes;
- Com base nos resultados do estudo, são recomendadas 3 intervenções a serem priorizadas pelos enfermeiros:
 1. implementar estratégias não farmacológicas para alívio da dor, sendo este o principal fator que afeta a qualidade do sono
 2. utilizar educação em saúde personalizada, envolvimento da família e suporte social para mitigar a incerteza sobre a doença, melhorando assim o bem-estar psicológico dos pacientes
 3. otimizar a rotina de cuidados noturnos consolidando procedimentos não urgentes durante o dia, minimizando interrupções à noite e regulando a iluminação do ambiente para promover uma melhor qualidade do sono

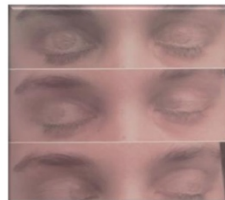
INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

O artigo de Marchasson et al. (2024) "Impact of sleep disturbances on outcomes in intensive care units" é um estudo observacional :

- Analisou a relação entre **perturbações do sono e desfechos clínicos em doentes críticos internados em Cuidados Intensivos**.
- Trata-se de uma **análise** com dados de **131 pacientes conscientes e não sedados**, avaliados em diferentes fases do internamento: admissão com insuficiência respiratória aguda, ventilação mecânica com dificuldade de desmame e período pós-extubação.
- Os resultados mostraram que o **sono profundo estava preservado no início da admissão**, mas encontrava-se **significativamente reduzido durante a ventilação mecânica e após a extubação**.

A **ausência completa de sono REM**, observada em cerca de metade dos pacientes, associou-se a **piores desfechos clínicos**, como necessidade de intubação, desmame prolongado ou reintubação.

Conclui-se que as **perturbações do sono, particularmente a perda do sono REM**, são comuns em pacientes críticos e estão associadas a resultados clínicos desfavoráveis, reforçando a importância da **monitorização e intervenção sobre o sono em ambientes de cuidados intensivos**.



INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

O artigo de Moura et al. (2024) "Environmental Comfort in Promoting Sleep in Critically Ill Patients: A Scoping Review" tem como objetivo **identificar e mapear intervenções de enfermagem que promovem o conforto ambiental para favorecer o sono em pacientes críticos**, bem como **instrumentos utilizados para avaliar o sono nessa população**.

- Foram incluídos 21 artigos.

INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS



INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

Intervenções centradas na pessoa (focam-se diretamente no doente e na sua experiência do ambiente):

- Ajustar a posição no leito, controlar dor e desconforto físico, facilitar relaxamento corporal.
- Negociar com o doente horários de cuidados e explicá-los, para reduzir ansiedade antes de procedimentos.
- Promover rotinas de higiene e conforto antes de dormir (lavar rosto, higiene oral, roupa de cama confortável).
- Estimular técnicas de relaxamento, respiração lenta, música suave individualizada ou uso de tampões auriculares e máscaras oculares se o doente aceitar.

INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

Intervenções centradas no ambiente (visam modificar o espaço da UCI para o tornar mais calmo e propício ao sono):

- Redução de ruído: falar em tom baixo, alarmes com volumes ajustados, fechar portas, limitar conversas noturnas junto ao doente.
- Controlo da luz: diminuir iluminação geral à noite, usar luz focal apenas quando necessário, favorecer ciclos claro/escuro.
- Organização do ambiente físico: manter a cama limpa e seca, ajustar temperatura, limitar entradas e saídas desnecessárias no quarto.
- Planeamento dos cuidados: agrupar procedimentos para evitar interrupções repetidas do sono, evitar medições/banhos não urgentes durante a noite.

INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

Intervenções centradas no papel do enfermeiro (relacionam-se com o modo como o enfermeiro organiza, avalia e lidera estas práticas na equipa):

- Avaliar sistematicamente sono e conforto (por exemplo com instrumentos de qualidade do sono e escalas de conforto) e registar alterações.
- Educar equipa e familiares sobre a importância do sono e das medidas ambientais, incentivando comportamentos que preservem o repouso.
- Planear em conjunto com a equipa médica a programação de exames, fármacos e outros procedimentos, procurando horários menos disruptivos.
- Defender políticas de unidade que incluam protocolos de promoção do sono e auditorias regulares às práticas ambientais.

INTERVENÇÕES NO SONO DO DOENTE - EVIDÊNCIAS

Surgiram também três categorias de instrumentos para avaliação do sono, nomeadamente:

1. **Qualidade do sono**, avaliada através de 12 instrumentos diferentes, aplicados ao doente ou, em alguns estudos, pelo enfermeiro;
2. **Impacto do ambiente no sono**, medido por 2 instrumentos que relacionam fatores como ruído, luz, temperatura e interrupções com o sono de uma noite específica;
3. **Influência das práticas em CI**, avaliada por 1 instrumento que analisa como rotinas e cuidados (procedimentos, alarmes, visitas) interferem ou favorecem o sono.

O ARTIGO SUBLINHA QUE:

- A monitorização do sono permite avaliar com mais rigor o impacto das intervenções de enfermagem centradas no conforto ambiental., o que permite perceber se as mudanças no ambiente (ruído, luz, organização dos cuidados) se traduzem efetivamente em melhor qualidade e continuidade do sono dos doentes críticos ao longo do internamento.
- O ambiente pode influenciar positivamente ou negativamente o conforto e a experiência do sono dos pacientes críticos.
- O estabelecimento de um ambiente confortável, aliado a intervenções de enfermagem adequadas, pode melhorar o sono em doentes críticos.



CONCLUSÕES

Promoção do sono, controlo da luz, utilização de máscara ocular e tampões auriculares, redução do ruído ambiental

Disponibilização de intervenções não farmacológicas e farmacológicas

Estratégias não farmacológicas para alívio da dor

Otimização da rotina de cuidados noturnos

Minimizar interrupções à noite e regular a iluminação do ambiente

Estabelecer um ambiente confortável

Intervenções de enfermagem adequadas

Utilização de instrumentos que monitorizam o sono e conforto

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2017). Normal human sleep: An overview. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (6th ed., pp. 15–24). Elsevier.
- Gao, C., Wang, A., Wang, Y., He, Y., Xu, M., & Wang, Q. (2025). Survey of perceived sleep quality and nursing implications in 172 adult ICU patients. *European journal of medical research*, 30(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s40001-025-03017-0>
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2017). *Tratado de fisiologia médica* (13.ª ed.). Elsevier.
- Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A.-S., Mooney, R. D., Platt, M. L., & White, L. E. (2019). *Neurociências* (6ª ed.). Artmed
- Marchasson, L., Rault, C., Le Pape, S., Arrivé, F., Coudroy, R., Frat, J. P., Bironneau, V., Jutant, E. M., Heraud, Q., Drouot, X., & Thille, A. W. (2024). Impact of sleep disturbances on outcomes in intensive care units. *Critical care (London, England)*, 28(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05118-4>
- Moura, D. B., de Fátima Sousa Andrade, D., Silva, C. R., & Soares-Pinto, I. E. (2024). Environmental Comfort in Promoting Sleep in Critically Ill Patients: A Scoping Review. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 43(3), 146–157. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000632>
- Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A.-S., Mooney, R. D., Platt, M. L., & White, L. E. (2019). *Neurociências* (6ª ed.). Artmed
- Wang, W., Cao, X., Luan, J., Zhang, Q., Cai, C., & Han, J. (2025). Nurse-led evidence-based quality improvement programme to improve intensive care unit patient sleep quality. *Nursing in critical care*, 30(3), e70028. <https://doi.org/10.1111/nicc.70028>

OBRIGADA PELA
ATENÇÃO.

ANEXO 1 – SUBMISSÃO DO ARTIGO “BARREIRAS À COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E DOENTES EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: PERCEÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA A SUA SUPERAÇÃO” À REVISTA MILLENIUM JOURNAL OF EDUCATION, TECHNOLOGIES AND HEALTH

[Mill] Agradecimento pela submissão

Caixa de entrada x



MILLENIUM <noreply@rcaap.pt>

24 de fev. de 2026, 21:37



para mim ▾

Sónia Miranda,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "BARREIRAS À COMUNICAÇÃO COM OS DOENTES EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO" à revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/authorDashboard/submission/45664>

Nome de utilizador: soniamiranda_86

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

MILLENIUM