

**PERCEÇÕES DOS DOENTES E DAS FAMÍLIAS SOBRE A COMUNICAÇÃO E
EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTOS CIRÚRGICOS
CRÍTICOS: ESTUDO QUALITATIVO**

Joana Alexandra Baião Cunha

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

Orientador – Professora Doutora Gorete Baptista

Este relatório final de estágio profissional inclui as críticas e sugestões feitas pelo
júri.

Bragança, junho 2026

Cunha, J.A.B.

Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico
de Bragança. Bragança, 2026

DEDICATÓRIA

À minha mãe,

que me ensinou o verdadeiro significado de cuidar e de amar sem medida.

Ao meu marido,

À minha filha

pelo apoio constante, pela força silenciosa e por nunca me deixarem caminhar sozinha.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste percurso formativo representa um processo de crescimento profissional e pessoal que só foi possível graças ao contributo de pessoas que marcaram profundamente esta etapa.

À Professora Doutora Gorete Baptista, pela orientação científica rigorosa, pela exigência construtiva e pela confiança depositada ao longo deste percurso. A sua disponibilidade, espírito crítico e incentivo permanente foram determinantes para a consolidação deste trabalho e para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista.

Aos profissionais da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes, do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, pela partilha generosa de conhecimento, pela integração nas equipas e pelo exemplo diário de competência, responsabilidade e humanidade no cuidado à pessoa em situação crítica.

À minha família, pelo apoio incondicional, pela compreensão nos momentos de maior exigência e por serem o meu suporte constante.

À memória da minha mãe, presença silenciosa e inspiração permanente neste caminho.

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio I e II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, com vista à obtenção do grau de Mestre.

Este documento integra uma componente de reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências especializadas em contexto de estágio, bem como uma componente de investigação centrada nas perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos.

O estágio foi realizado no Hospital Pedro Hispano, em diferentes contextos assistenciais — Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência —, o que possibilitou o desenvolvimento de competências na avaliação, vigilância e intervenção junto da pessoa em situação crítica e da sua família.

No âmbito da componente de investigação, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas a doentes e da família, com o objetivo de compreender as suas perceções relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, segundo Bardin.

Os resultados evidenciam que a comunicação clara, consistente e adaptada às necessidades da pessoa, bem como a demonstração de empatia por parte dos profissionais, constituem fatores determinantes para a perceção da qualidade dos cuidados, uma vez que promovem a confiança, a segurança e a redução da ansiedade dos doentes e das suas famílias.

Este percurso permitiu consolidar competências científicas, técnicas e relacionais e reforçou a importância da integração entre a prática clínica e a investigação na promoção de cuidados de enfermagem especializados, seguros e humanizados à pessoa em situação crítica e à sua família.

Palavras-chave: enfermagem médico-cirúrgica; pessoa em situação crítica; comunicação em saúde; empatia; cuidados críticos.

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the curricular unit Clinical Internship I and II of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Critically Ill Person, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Bragança, with the aim of obtaining the Master's degree.

This document comprises a critical reflection on the development of specialized competencies during the clinical internship, as well as a research component focused on patients' and families' perceptions regarding healthcare professionals' communication and empathy in critical surgical settings.

The clinical internship took place at Hospital Pedro Hispano in three different healthcare settings—Intermediate Care Unit, Intensive Care Unit, and Emergency Department—which enabled the development of competencies in the assessment, monitoring, and care of critically ill patients and their families.

As part of the research component, a qualitative study was conducted using semi-structured interviews with patients and family members to explore their perceptions of healthcare professionals' communication and empathy. Data were analysed through Bardin's content analysis.

The findings demonstrate that clear, consistent, and patient-centred communication, together with healthcare professionals' demonstration of empathy, are key determinants of the perceived quality of care, as they promote trust, enhance patients' sense of security, and reduce anxiety among patients and their families.

This educational pathway enabled the consolidation of scientific, technical, and relational competencies and reinforced the importance of integrating clinical practice and research in promoting specialized, safe, and humanized nursing care for critically ill patients and their families.

Keywords: medical-surgical nursing; critically ill person; health communication; empathy; critical care.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPC – Exsudados para pesquisa de colonização

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ISBAR – Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

OBS – Unidade de observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	7
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	8
1.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS POLIVALENTES	8
1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	9
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO	14
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	15
2.1.1 Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal	15
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	19
2.1.3 Domínio da gestão de cuidados	22
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	25
2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM Á PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	27
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador na vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	28
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da concepção à ação.	32
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	34
PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	36
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS	37
2. ESTADO DA ARTE	38
3. METODOLOGIA.....	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
3.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	44
3.3 PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS.....	45
3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	45
3.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
5. DISCUSSÃO.....	55
5.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E DIREÇÕES FUTURAS.....	58
5.1.2. Implicações para a Prática de Enfermagem.....	58
5.2 DIREÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA	59
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	59
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO	60
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES	70
APÊNDICE A – SINALÉTICAS	71
APÊNDICE B: QUIMIOTERAPIA EM CUIDADOS INTENSIVOS - CUIDAR EM CONTEXTO CRÍTICO.....	74
APÊNDICE C– SHORT FORMATION EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	85
APÊNDICE D: CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO BOAS PRÁTICAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	87
APÊNDICE E: POSTER- PERCEÇÕES DOS DOENTES E DAS FAMÍLIAS SOBRE A COMUNICAÇÃO E EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTOS CIRÚRGICOS CRÍTICOS	98
APÊNDICE F: GUIÃO DA ENTREVISTA	100
APÊNDICE G: GRELHA DE CODIFICAÇÃO	103
APÊNDICE H: CONSENTIMENTO INFORMADO	105
APÊNDICE I– GRELHA DE CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS (Análise de Conteúdo de Bardin)	108
ANEXO A: Declaração Orientadora	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Exploração do material: grelha de codificação das entrevistas segundo a análise de conteúdo de Bardin	49
Tabela 2 Guia de bolso: administração de quimioterapia em cuidados intensivos.....	84
Tabela 3 Grelha de Codificação.....	104
Tabela 4 Grelha de codificação das entrevistas	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Sinalética Ruído I	72
Figura 2 – Sinalética Ruído II.....	72
Figura 3 – Sinalética Ruído III.....	73
Figura 4 – Sinalética Ruído IV	73
Figura 5 – Equipamento de Proteção Individual.....	86

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio I e II e Relatório, integrada no ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, e tem como objetivo evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências especializadas ao longo do estágio final. Esta unidade curricular assume particular relevância no processo formativo do estudante, uma vez que permite a integração entre conhecimento científico, reflexão crítica sobre a prática clínica e desenvolvimento de competências avançadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

O curso de Mestrado em Enfermagem encontra-se enquadrado por um conjunto de referenciais legais e profissionais que orientam a formação especializada em enfermagem, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, e n.º 27/2021, de 16 de abril, bem como pelo Regulamento n.º 140/2019 e pelo Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. De acordo com estes referenciais, a formação ao nível do mestrado visa o desenvolvimento de competências profissionais e académicas que permitam ao enfermeiro desenvolver uma prática especializada, baseada na melhor evidência científica disponível, o que proporcionou prestar cuidados de elevada qualidade, segurança e humanização.

A unidade curricular Estágio I, II e Relatório constitui um momento fundamental deste percurso formativo, o que possibilitou consolidar competências especializadas através da experiência em contextos clínicos caracterizados por elevada complexidade assistencial. Estes contextos favorecem o desenvolvimento do raciocínio clínico avançado, da tomada de decisão fundamentada e da capacidade de intervenção diferenciada perante situações de instabilidade fisiológica. A realização do estágio em contextos dedicados à pessoa em situação crítica possibilita o desenvolvimento do raciocínio clínico avançado, da tomada de decisão fundamentada e da capacidade de intervenção diferenciada em situações de instabilidade fisiológica e elevada vulnerabilidade clínica.

O estágio final foi desenvolvido no Hospital Pedro Hispano, integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em diferentes contextos assistenciais dedicados ao cuidado da pessoa em situação crítica, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP), no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e no Serviço de Urgência (SU). A diversidade destes contextos permitiu o contacto com diferentes níveis de gravidade clínica e complexidade

assistencial, e possibilitou oportunidades de desenvolvimento de competências na avaliação, vigilância e intervenção junto da pessoa em situação crítica e da sua família.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas diversas atividades assistenciais, formativas e de melhoria da prática clínica, que contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Paralelamente, foi desenvolvido um trabalho de investigação centrado nas perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos, e evidenciou a importância da integração entre investigação e prática clínica na promoção de cuidados de enfermagem baseados na evidência.

Neste sentido, o presente relatório tem como objetivo geral refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, realizado no âmbito do estágio final do mestrado.

De forma a concretizar este propósito, definem-se como objetivos específicos:

- Descrever os contextos assistenciais onde decorreu o estágio profissional;
- Analisar criticamente o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista;
- Refletir sobre as atividades assistenciais, formativas e de melhoria da prática clínica desenvolvidas ao longo do estágio;
- Apresentar a componente de investigação realizada no âmbito do mestrado, centrada nas perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos.

A elaboração do presente relatório assenta numa metodologia crítico-reflexiva, o que possibilitou analisar as experiências vivenciadas, as atividades desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo. Esta reflexão crítica tem como objetivo evidenciar o processo de desenvolvimento de competências especializadas, articular a prática clínica com os referenciais teóricos e científicos que sustentam a enfermagem especializada.

O relatório encontra-se estruturado em diferentes secções. Na Parte I é apresentado o enquadramento do percurso formativo, a caracterização dos contextos de estágio e a análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, e as atividades realizadas e os contributos do estágio para o desenvolvimento profissional.

Paralelamente ao desenvolvimento das competências clínicas em contexto de estágio, foi igualmente realizada uma componente de investigação, apresentada na Parte II do presente relatório, centrada nas perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos.

Por fim, é apresentada uma síntese conclusiva do percurso realizado, na qual são analisados os principais contributos do estágio final para a construção de um exercício profissional mais autónomo, crítico e diferenciado na área da enfermagem à pessoa em situação crítica.

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

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O Estágio Profissional foi desenvolvido no Hospital Pedro Hispano, integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, instituição de referência na prestação de cuidados diferenciados à população da região Norte. A realização do estágio em três contextos assistenciais distintos — Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Serviço de Urgência (SU), — possibilitou uma análise transversal da organização dos cuidados à pessoa em situação crítica, evidenciando continuidades e especificidades inerentes a cada nível de complexidade.

1.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS POLIVALENTES

A Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP) constitui um nível intermédio de cuidados diferenciados, destinado à prestação de cuidados a pessoas que apresentam instabilidade clínica ou risco de deterioração, mas que não necessitam, no momento, de suporte avançado de órgãos característico das unidades de cuidados intensivos. Estas unidades assumem um papel fundamental na monitorização e tratamento de doentes que requerem vigilância clínica contínua, funcionando frequentemente como um espaço de transição entre as unidades de cuidados intensivos e as enfermarias de internamento. Para além disso, podem assumir um papel importante na vigilância pós-operatória de doentes cirúrgicos e na preparação para a transferência para unidades de menor complexidade assistencial ou para o domicílio.

A UCIP onde foi realizado o estágio integra-se na estrutura assistencial do hospital e destina-se ao acompanhamento de pessoas com diferentes patologias agudas ou descompensações de doenças crónicas, que requerem monitorização mais diferenciada e intervenção terapêutica especializada. Neste contexto assistencial são frequentemente admitidos doentes provenientes do Serviço de Urgência, do Bloco Operatório ou de outras unidades hospitalares, após estabilização inicial.

A equipa multidisciplinar da unidade é constituída por enfermeiros, médicos de diferentes especialidades e técnicos auxiliares de saúde, contando igualmente com a colaboração de outros profissionais de saúde sempre que necessário, como fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. Esta articulação entre diferentes profissionais permite uma abordagem

integrada da pessoa em situação crítica ou potencialmente crítica, contribuindo para a otimização dos cuidados prestados.

A UCIP dispõe de quartos individuais, incluindo quatro quartos destinados a isolamento, que permitem a implementação de medidas específicas de controlo de infeção sempre que necessário. Para além destes espaços, a unidade integra ainda uma área com três camas destinada a doentes que necessitam de monitorização clínica contínua, embora sem visualização direta permanente por parte da equipa de enfermagem. Esta organização estrutural permite adaptar os cuidados às diferentes necessidades clínicas das pessoas internadas, garantindo simultaneamente vigilância adequada e gestão eficiente dos recursos assistenciais.

Neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem assume um papel central na avaliação contínua da pessoa, na gestão terapêutica e na identificação precoce de sinais de deterioração clínica. A proximidade entre profissionais e doentes facilita a monitorização constante e a implementação de intervenções rápidas e ajustadas à evolução clínica.

A experiência vivenciada nesta unidade permitiu compreender a importância dos cuidados intermédios na continuidade assistencial da pessoa em situação crítica, constituindo um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências na vigilância clínica avançada, na tomada de decisão e na gestão de situações potencialmente instáveis. Para além da dimensão técnica, a UCIP revelou-se igualmente um contexto relevante para a promoção de cuidados centrados na pessoa e na sua família, valorizando a comunicação e o apoio emocional em momentos de maior vulnerabilidade.

A experiência formativa desenvolvida neste contexto permitiu consolidar competências na avaliação clínica, monitorização contínua e tomada de decisão em situações de instabilidade ou risco de deterioração clínica, contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e na articulação com a equipa multidisciplinar.

1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) constitui uma unidade diferenciada no sistema hospitalar, destinada à prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, caracterizadas por falência ou iminência de falência de um ou mais órgãos vitais. Estes contextos exigem

vigilância clínica contínua, monitorização avançada das funções vitais e capacidade de intervenção rápida e eficaz perante alterações do estado clínico da pessoa em situação crítica.

O SMI integra uma equipa multidisciplinar dedicada, composta por médicos intensivistas, enfermeiros generalistas e especialistas e técnicos auxiliares de saúde. Para além destes profissionais, o serviço articula regularmente com outras especialidades médicas e profissionais de diferentes áreas, cuja intervenção diária contribui para uma abordagem global e integrada do cuidado. Entre estes destacam-se médicos de especialidades como cirurgia geral, neurologia, cardiologia, nefrologia, pneumologia e gastroenterologia, bem como farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos. Importa igualmente referir o papel do capelão hospitalar, cuja intervenção pode assumir particular relevância no apoio espiritual à pessoa internada e à sua família, contribuindo para a promoção do bem-estar em contextos de elevada vulnerabilidade.

No que respeita à organização física, o SMI onde foi realizado o estágio encontra-se estruturado em duas unidades comunicantes. A unidade mais antiga apresenta uma área de cuidados em espaço aberto, constituída por várias unidades de prestação de cuidados delimitadas por cortinas, equipadas com ventiladores, monitores, bombas infusoras, sistemas de aspiração e saídas de gases medicinais, permitindo a monitorização contínua e a administração de terapêutica complexa. Para além destas unidades, existem quartos individuais destinados a situações que requerem maior isolamento ou vigilância diferenciada.

A unidade mais recente é constituída por quartos individuais, alguns dos quais equipados com sistemas de pressão negativa, permitindo a implementação de medidas de isolamento respiratório sempre que necessário. Estes quartos dispõem ainda de elementos como janelas, televisão e relógio, que contribuem para a orientação temporal da pessoa internada, bem como para um melhor controlo do ruído e da luminosidade do ambiente. Estes aspetos assumem particular relevância na promoção do conforto e na humanização dos cuidados em contexto de cuidados críticos. Para além disso, a organização do espaço em quartos individuais permite a presença da família de forma mais alargada e contínua, favorecendo o apoio emocional à pessoa internada e promovendo uma abordagem centrada na pessoa e na família.

Neste serviço, a humanização dos cuidados constitui um princípio orientador da prática assistencial. A presença da família é valorizada e incentivada, reconhecendo-se o seu papel fundamental no apoio emocional à pessoa em situação crítica. Para facilitar a integração dos

familiares, o serviço disponibiliza um guia de acolhimento com informação relevante sobre o funcionamento da unidade, bem como cacifos destinados ao armazenamento de pertences pessoais durante o período de permanência no serviço. Para além disso, existe um espaço exterior acessível que permite, sempre que clinicamente possível e com as devidas condições de monitorização e segurança, a deslocação de camas e monitores, possibilitando momentos de contacto da pessoa internada com o ambiente exterior. Estas iniciativas contribuem para a promoção do bem-estar da pessoa internada e reforçam uma abordagem centrada na pessoa e na família em contexto de cuidados intensivos. A literatura evidencia que a comunicação eficaz e a relação empática entre profissionais de saúde, doentes e familiares constituem elementos fundamentais para melhorar a experiência vivenciada em contextos de doença crítica, promovendo maior confiança, compreensão do processo de cuidados e redução do sofrimento emocional (Auriemma et al., 2021; Assa et al., 2021).

De acordo com a classificação das unidades de cuidados intensivos definida pela Ordem dos Enfermeiros, os serviços de medicina intensiva podem ser organizados em diferentes níveis de diferenciação (nível I, II ou III), de acordo com a capacidade de monitorização e suporte de órgãos disponível. O serviço onde foi realizado o estágio corresponde a uma unidade de nível II/III, possuindo capacidade para monitorização invasiva e suporte avançado de órgãos, bem como articulação com outras unidades hospitalares que asseguram cuidados altamente diferenciados.

A complexidade assistencial característica deste contexto exige profissionais altamente qualificados e preparados para responder a situações de elevada instabilidade clínica. Neste sentido, o SMI assume igualmente um papel relevante na formação e desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, promovendo uma cultura de segurança, atualização científica contínua e melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

A experiência formativa neste contexto constituiu uma oportunidade significativa para o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas e relacionais, fundamentais para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.

1.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência (SU) constitui, frequentemente, a principal porta de entrada no sistema hospitalar para pessoas que necessitam de cuidados de saúde imediatos. Trata-se de um contexto assistencial caracterizado por elevada variabilidade clínica, imprevisibilidade e necessidade de resposta rápida e eficaz a situações de urgência e emergência.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde, as situações urgentes correspondem a alterações clínicas de instalação súbita que podem variar de gravidade moderada a grave, podendo evoluir para falência de funções vitais, enquanto as situações emergentes correspondem a quadros clínicos em que existe falência instalada ou iminente de funções vitais, exigindo intervenção imediata (Direção-Geral da Saúde, 2001). Neste sentido, o SU assume um papel fundamental na avaliação inicial, estabilização e encaminhamento adequado das pessoas em situação crítica.

Os SU encontram-se organizados em diferentes níveis de diferenciação, integrando a rede nacional de urgência e emergência. O serviço onde foi realizado o estágio corresponde a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de adultos, integrando a rede de referência hospitalar e articulando com outras unidades de saúde no âmbito do sistema de emergência médica.

A equipa multidisciplinar que integra o SU é composta por profissionais de diferentes áreas, nomeadamente médicos de várias especialidades (medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, medicina intensiva, entre outras), enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos auxiliares de saúde. Para além destes profissionais, o serviço articula regularmente com outras especialidades hospitalares, garantindo uma resposta integrada às diferentes necessidades clínicas das pessoas que recorrem ao serviço.

Importa igualmente referir que o SU constitui um ambiente assistencial particularmente exigente, frequentemente marcado por elevada pressão assistencial, sofrimento das pessoas e familiares e tempos de espera que podem gerar situações de tensão. O elevado fluxo de doentes que recorrem diariamente a este serviço exige das equipas uma constante capacidade de adaptação, priorização de cuidados e gestão eficiente dos recursos disponíveis. Neste contexto, as equipas de segurança hospitalar e a colaboração da Polícia de Segurança Pública assumem um papel importante na manutenção de um ambiente seguro para profissionais e utentes.

Relativamente à organização física, o SU apresenta diferentes áreas funcionais destinadas à prestação de cuidados, entre as quais se destacam a área de triagem, gabinetes de observação

médica, unidade de observação (OBS), área de radiologia e a Sala de Emergência (SE). Esta última assume particular relevância no contexto do presente estágio, uma vez que constitui o espaço dedicado à abordagem de situações emergentes.

A SE destina-se à prestação de cuidados imediatos a pessoas em situação crítica, quer provenientes do exterior através das equipas de emergência pré-hospitalar, quer resultantes de agravamento clínico de doentes já presentes no serviço. A equipa dedicada à prestação de cuidados nesta área integra enfermeiros, médicos e técnicos auxiliares de saúde, articulando frequentemente com profissionais de outras áreas hospitalares sempre que necessário para garantir a estabilização clínica do doente.

Neste contexto, a presença da família assume particular importância no apoio emocional à pessoa em situação de doença aguda ou crítica. No entanto, devido à elevada afluência de doentes e às limitações estruturais frequentemente associadas aos serviços de urgência, nem sempre existem espaços adequados que permitam aos familiares acompanhar de forma contínua a pessoa doente, permanecendo muitas vezes em áreas de espera comuns. Esta realidade pode gerar ansiedade e incerteza nos familiares, reforçando a importância de uma comunicação clara, empática e regular por parte dos profissionais de saúde.

A experiência vivenciada neste contexto permitiu compreender a complexidade da prestação de cuidados em ambiente de urgência, onde a rápida avaliação clínica, a priorização de intervenções e a articulação eficaz entre os diferentes elementos da equipa são determinantes para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

Antes de proceder à análise das competências desenvolvidas ao longo do estágio final, considera-se pertinente realizar um breve enquadramento conceptual da disciplina de enfermagem, que sustenta a prática profissional e orienta a intervenção do enfermeiro especialista em contexto clínico.

A enfermagem é frequentemente descrita como uma profissão que articula ciência e arte, integrando conhecimentos teóricos e práticos validados cientificamente com competências relacionais, sensibilidade e capacidade de adaptação às necessidades da pessoa (Nunes, 2018). Esta articulação permite ao enfermeiro aplicar o conhecimento científico de forma contextualizada, respondendo adequadamente às necessidades de saúde da pessoa, da família e da comunidade.

Neste sentido, a enfermagem assume a missão de cuidar da pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, em situações de saúde ou de doença, promovendo a manutenção da saúde, a recuperação funcional e a adaptação às alterações decorrentes dos processos de doença (Ministério da Saúde, 1996). No contexto da pessoa em situação crítica, esta missão assume particular relevância, uma vez que a complexidade clínica e a instabilidade fisiológica exigem uma intervenção especializada, baseada em conhecimentos científicos avançados e numa vigilância clínica contínua.

Enquanto disciplina, a enfermagem estrutura-se em torno de um quadro conceptual constituído por quatro conceitos fundamentais: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. A pessoa é entendida como um ser único, dotado de dignidade, valores e crenças próprias, inserido num determinado contexto social e relacional. A saúde corresponde a um processo dinâmico que integra o bem-estar físico, emocional e espiritual, sendo influenciada pelos contextos em que a pessoa vive e se desenvolve (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O ambiente inclui os diferentes contextos físicos, sociais, culturais e organizacionais que influenciam a experiência de saúde e doença. Já os cuidados de enfermagem resultam de uma relação interpessoal de natureza terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas, tendo como objetivo promover a saúde, prevenir a doença e apoiar os processos de adaptação às alterações do estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A crescente complexidade dos cuidados em saúde tem conduzido à necessidade de diferenciação e especialização das práticas profissionais. Neste contexto, a enfermagem especializada assume um papel fundamental na resposta a necessidades de saúde complexas, exigindo competências científicas, técnicas e relacionais diferenciadas. A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como o profissional que detém competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados numa determinada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências do enfermeiro especialista encontram-se organizadas em dois grandes grupos: competências comuns e competências específicas. As competências comuns são transversais a todas as áreas de especialidade e refletem a capacidade do enfermeiro especialista para conceber, gerir e avaliar cuidados de enfermagem, bem como para contribuir para o desenvolvimento da prática profissional através da formação, investigação e melhoria da qualidade dos cuidados. Por sua vez, as competências específicas correspondem às competências próprias de cada área de especialidade, garantindo a adequação dos cuidados às necessidades particulares da pessoa e do contexto clínico (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste sentido, o desenvolvimento de competências ao longo do estágio final centrou-se na aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas inerentes à área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Assim, o presente capítulo encontra-se organizado de acordo com os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista definidos pela Ordem dos Enfermeiros, sendo posteriormente abordadas as competências específicas desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1.1 Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um dos pilares estruturantes da prática do Enfermeiro Especialista, assumindo particular relevância no contexto da pessoa em situação crítica, onde a vulnerabilidade clínica, a instabilidade fisiológica e a imprevisibilidade assistencial exigem decisões céleres, fundamentadas e eticamente sustentadas.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, compete ao enfermeiro especialista desenvolver uma prática profissional ética e legal, garantindo o respeito pelos direitos humanos, pelos princípios éticos da profissão e pelas responsabilidades profissionais. Esta competência implica não apenas o conhecimento das normas legais e deontológicas, mas também a capacidade de integrar princípios como a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça na tomada de decisão clínica.

Ao longo do estágio final, desenvolvido na UCIP, no SMI e no SU, este domínio foi trabalhado de forma transversal, através da reflexão ética sobre as situações clínicas vivenciadas, da comunicação responsável com a pessoa e a família e da salvaguarda contínua da dignidade humana.

A família constitui um elemento central no processo de cuidado à pessoa em situação crítica. Enquanto sistema relacional caracterizado por relações de suporte mútuo, o sofrimento de um dos seus elementos repercute-se inevitavelmente nos restantes.

Durante o estágio foi possível testemunhar o sofrimento frequentemente experienciado pelas famílias da pessoa em situação crítica, muitas vezes associado à incerteza relativamente à evolução clínica e ao prognóstico. Neste contexto, a família assume um papel fundamental enquanto sistema de suporte emocional, social e relacional para a pessoa doente, sendo igualmente afetada pela experiência de doença crítica. Torna-se, por isso, essencial que também seja considerada alvo de cuidados de enfermagem, integrando intervenções que promovam apoio emocional, esclarecimento de dúvidas e acompanhamento ao longo do processo de doença (Auriemma et al., 2021).

A presença do enfermeiro junto da pessoa e da família assume particular relevância neste processo, nomeadamente através da comunicação terapêutica, da escuta ativa e da demonstração de empatia. Apesar das exigências inerentes aos contextos de cuidados críticos — frequentemente marcados por elevado fluxo de trabalho, múltiplas solicitações assistenciais e níveis elevados de ruído ambiental — o enfermeiro mantém um papel central na humanização dos cuidados. A disponibilidade para comunicar, esclarecer e acolher as preocupações da família contribui para a redução da ansiedade, para o fortalecimento da relação de confiança e para uma melhor compreensão da situação clínica, promovendo cuidados centrados na pessoa e na sua família, sempre orientados pelos princípios éticos e legais que regulam o exercício profissional do enfermeiro.

As situações de fim de vida constituíram momentos particularmente exigentes do ponto de vista ético e emocional. Nestes contextos, a intervenção do enfermeiro especialista exige

sensibilidade ética, capacidade de comunicação e presença terapêutica. A experiência vivenciada ao longo do estágio reforçou a importância de proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida nos momentos finais, reconhecendo que cada momento de vida mantém o seu valor intrínseco. Respeitar a vida da pessoa implica respeitar a sua singularidade, valores e crenças, sem qualquer forma de discriminação económica, social, cultural ou religiosa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A prestação de cuidados foi orientada pelo reconhecimento da pessoa como um ser único, dotado de dignidade própria e direito à autodeterminação. Este princípio encontra fundamento nos valores éticos universais e nos direitos humanos, sendo igualmente reforçado pelos princípios éticos da profissão de enfermagem, que reconhecem o respeito pela dignidade, pelos direitos e pela autonomia da pessoa como elementos centrais da prática profissional (International Council of Nurses, 2021). Assim, sempre que possível, a pessoa foi envolvida nas decisões relativas ao seu plano de cuidados, promovendo a sua participação ativa no processo terapêutico.

Durante o estágio foi igualmente possível cuidar de pessoas provenientes de diferentes contextos socioculturais, com diversidade de crenças religiosas, valores e línguas. Esta realidade permitiu aprofundar competências relacionadas com o respeito pela diversidade cultural e pela equidade no acesso aos cuidados de saúde, reforçando a importância de uma prática profissional baseada no respeito pela diferença e na não discriminação.

A experiência profissional previamente desenvolvida ao longo de dezoito anos na área dos cuidados cirúrgicos oncológicos constituiu um contributo relevante para a prestação de cuidados nestes contextos, particularmente no que se refere à comunicação com a pessoa doente e a sua família em situações de elevada vulnerabilidade. A prática continuada em contextos oncológicos, frequentemente marcados pela necessidade de transmissão de informação sensível e pela gestão de emoções associadas ao diagnóstico e evolução da doença, contribuiu para o desenvolvimento de competências de comunicação empática, escuta ativa e apoio emocional, reconhecidas na literatura como fundamentais para melhorar a experiência da pessoa doente e da sua família em contextos de elevada vulnerabilidade clínica (Auriemma et al., 2021; Assa et al., 2021). Estas competências revelaram-se particularmente úteis no contexto do estágio, permitindo estabelecer relações terapêuticas baseadas na confiança, no respeito e na compreensão das necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família.

No exercício da prática clínica, a comunicação com a pessoa foi conduzida com clareza, honestidade e respeito pela sua capacidade de compreensão, garantindo que pudesse tomar decisões informadas relativamente aos cuidados de saúde. O respeito pelo consentimento

informado constitui uma expressão concreta do princípio da autonomia e da liberdade responsável, permitindo à pessoa participar nas decisões que dizem respeito à sua saúde.

Contudo, em contexto de cuidados críticos, a pessoa encontra-se frequentemente incapaz de exercer plenamente a sua autonomia, nomeadamente em situações de sedação, alteração do estado de consciência ou delirium. Nestes casos, a tomada de decisão clínica orientou-se pelos princípios de beneficência e não maleficência, procurando garantir que as intervenções realizadas correspondessem ao melhor interesse da pessoa.

Neste âmbito, assumem particular relevância instrumentos jurídicos como a Diretiva Antecipada de Vontade, registada no Registo Nacional do Testamento Vital, que permite à pessoa expressar previamente as suas preferências relativamente a cuidados de saúde em situações de incapacidade de decisão. Na ausência dessa diretiva, a tomada de decisão pode envolver a família, cuja participação pode contribuir para compreender melhor os valores e desejos da pessoa.

Durante o estágio foi vivenciada uma situação particularmente relevante do ponto de vista ético e legal, relacionada com a comunicação de informação clínica em contexto de fim de vida. Numa situação em que a pessoa manifestava o desejo de conhecer a verdade sobre o seu estado de saúde, um familiar expressou oposição à transmissão dessa informação. A análise desta situação motivou reflexão crítica e revisão do enquadramento legal aplicável, nomeadamente o artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, que estabelece que a informação de saúde é propriedade da pessoa e que o seu titular tem o direito de conhecer o seu estado clínico, salvo em circunstâncias excecionais devidamente justificadas.

Esta experiência permitiu consolidar a compreensão de que o direito à informação constitui um elemento central da autonomia da pessoa, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde garantir o acesso à informação de forma adequada, respeitando simultaneamente os limites das respetivas competências profissionais.

No domínio da informação em saúde, a prática profissional foi orientada pelo respeito pelas normas legais relativas à confidencialidade e gestão da informação clínica. A informação transmitida à pessoa e à família centrou-se nos cuidados de enfermagem prestados, assegurando que a comunicação de informação de natureza médica fosse realizada pelo profissional competente, garantindo assim o cumprimento do enquadramento legal.

Em síntese, a análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas ao longo do estágio permitiu consolidar competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente no desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal na área da

especialidade e na garantia de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade assume particular relevância no exercício profissional do enfermeiro especialista, uma vez que implica a capacidade de analisar criticamente a prática clínica, identificar oportunidades de melhoria e implementar intervenções que promovam cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da integração da evidência científica na prática clínica, da monitorização de resultados e da implementação de estratégias que promovam a segurança da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ao longo do estágio final, desenvolvido em contexto de UCIP, SMI e SU, foram várias as situações que permitiram refletir sobre a importância da qualidade e da segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Uma das áreas particularmente relevantes neste domínio foi a promoção do conforto e da segurança da pessoa em situação crítica, nomeadamente através da adequada gestão da dor, da ansiedade e do delirium, fatores que influenciam diretamente o bem-estar, a recuperação clínica e o prognóstico destes doentes. A evidência científica demonstra que uma gestão adequada da sedoanalgesia contribui para reduzir complicações associadas à ventilação mecânica, diminuir o tempo de internamento e melhorar os resultados clínicos (Pinho, 2020; Neme et al., 2020).

Para além das intervenções farmacológicas, foi igualmente possível refletir sobre a importância de outras dimensões que influenciam a qualidade dos cuidados em contexto de cuidados críticos. Entre estas destaca-se a gestão do ambiente terapêutico, nomeadamente através do controlo do ruído nas unidades de cuidados intensivos, reconhecido como um fator que pode interferir com o sono, o conforto e a recuperação da pessoa internada. Neste âmbito, foi possível participar na dinamização de um projeto de sensibilização dirigido à equipa multidisciplinar, com o objetivo de promover comportamentos que contribuam para a redução do ruído ambiental e para a melhoria do ambiente terapêutico (Apêndice A) (Salameh et al., 2024).

A prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde constituíram igualmente uma dimensão central da qualidade e segurança dos cuidados, sendo reconhecidas como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em contexto hospitalar (Direção-Geral da Saúde, 2017). Neste sentido, a prática clínica foi orientada pelo cumprimento rigoroso das precauções básicas de controlo de infeção e das bundles de prevenção associadas a dispositivos invasivos, nomeadamente na prevenção da pneumonia associada à ventilação, da infeção relacionada com o cateter venoso central (CVC), da infeção urinária associada ao cateter vesical e da infeção do local cirúrgico.

No âmbito da prevenção da pneumonia associada à ventilação, foram implementadas medidas como a elevação da cabeceira do leito a 30°, a realização de higiene oral regular e a monitorização da pressão do balão do tubo endotraqueal. Relativamente à prevenção da infeção associada ao CVC, a prática clínica incluiu a desinfecção da pele com clorexidina, a utilização de técnica asséptica na manipulação do dispositivo e a avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter. No que respeita à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, foram assegurados cuidados como a manutenção do sistema de drenagem em circuito fechado, a realização de higiene adequada do meato urinário, a fixação correta do cateter e a avaliação diária da necessidade de manutenção do dispositivo.

A experiência em contexto de medicina intensiva permitiu igualmente observar a implementação de checklists associadas às bundles de prevenção de infeção, estratégia que se revelou particularmente relevante na promoção da segurança dos cuidados e na redução da variabilidade da prática clínica.

Outro aspeto relevante observado durante o estágio relacionou-se com a administração de terapêuticas complexas, como a quimioterapia em contexto de cuidados intensivos. A prestação de cuidados a pessoas com patologia oncológica internadas em unidades de cuidados críticos exige vigilância clínica rigorosa, conhecimento especializado e articulação entre diferentes profissionais de saúde, sendo essencial garantir práticas seguras que minimizem riscos para o doente e para os profissionais envolvidos.

Neste contexto, a experiência profissional previamente desenvolvida na área dos cuidados cirúrgicos oncológicos constituiu uma mais-valia para a equipa, permitindo mobilizar conhecimentos e competências relacionadas com a manipulação segura de agentes citotóxicos, a vigilância de possíveis efeitos adversos e a adoção de medidas de proteção para profissionais e doentes. Esta experiência contribuiu igualmente para o desenvolvimento de um trabalho de

sistematização sobre a administração de quimioterapia em cuidados intensivos, apresentado em anexo (Apêndice B), com o objetivo de apoiar a prática clínica e promover cuidados mais seguros neste contexto assistencial.

Paralelamente, foi possível reconhecer que a comunicação eficaz com a pessoa e com a família constitui também um elemento determinante da qualidade dos cuidados. A partilha clara de informação, a escuta ativa e a demonstração de empatia contribuem para reduzir a ansiedade associada à doença crítica e para promover uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e na família.

No contexto do SU foram igualmente identificadas oportunidades de melhoria, nomeadamente no que respeita à higienização das mãos, à utilização de EPI e à organização dos espaços destinados à realização de determinados procedimentos. Estas observações foram discutidas com o tutor de estágio e com elementos da equipa, promovendo reflexão sobre a importância da melhoria contínua da prática clínica.

Paralelamente, foi dinamizada um short formation dirigida aos profissionais de enfermagem sobre a correta colocação de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), desenvolvida tanto no Serviço de Medicina Intensiva como no Serviço de Urgência (Apêndice C). Esta iniciativa teve como objetivo reforçar conhecimentos relativos às práticas de prevenção e controlo de infeção, promovendo a utilização adequada dos equipamentos de proteção e contribuindo para a segurança dos profissionais de saúde e das pessoas cuidadas (Direção-Geral da Saúde, 2020).

No contexto do Serviço de Urgência foi igualmente dinamizada uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem sobre a manipulação segura de cateteres totalmente implantados. Esta iniciativa teve como objetivo reforçar conhecimentos e uniformizar práticas relativamente à utilização destes dispositivos, frequentemente presentes em pessoas com patologia oncológica que recorrem ao SU.

Em síntese, as experiências vivenciadas ao longo do estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, através da integração da evidência científica na prática clínica, da identificação de oportunidades de melhoria e da implementação de estratégias que promovem a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

2.1.3 Domínio da gestão de cuidados

O domínio da gestão dos cuidados constitui uma dimensão fundamental da prática do enfermeiro especialista, uma vez que implica a capacidade de organizar, coordenar e supervisionar os cuidados de enfermagem, garantindo a qualidade, a segurança e a continuidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e promovendo a articulação entre os diferentes profissionais de saúde, adaptando a liderança e a gestão de recursos às necessidades do contexto assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o estágio final, realizado em contexto de SMI e SU, foi possível observar e refletir sobre o papel do enfermeiro responsável de turno na organização e gestão dos cuidados, assumindo este um papel central na coordenação da equipa, na mobilização de recursos e na tomada de decisão perante situações de elevada complexidade clínica.

No contexto do SMI, destacou-se o papel ativo do enfermeiro responsável de turno no planeamento e organização do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica. Este processo envolve a preparação antecipada do material e equipamento necessário, bem como a mobilização dos recursos humanos adequados, garantindo a segurança durante todo o transporte. Entre os equipamentos essenciais incluem-se o monitor de transporte, ventilador portátil, fonte de oxigénio adequada ao tempo previsto de deslocação, material de intubação e fármacos de emergência, assegurando a capacidade de resposta imediata perante eventuais complicações (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008).

Para além do transporte intra-hospitalar, o enfermeiro responsável de turno demonstrou ter um papel fundamental na preparação da pessoa em situação crítica para a realização de procedimentos complexos, como a colocação de dispositivos invasivos, técnicas de substituição renal ou o início de ventilação mecânica invasiva. A sua intervenção permite agilizar os recursos necessários e garantir que o enfermeiro responsável pela pessoa mantém a continuidade dos cuidados, reduzindo o risco de interrupção de intervenções críticas.

Durante o estágio em contexto de SMI foi igualmente possível observar a receção de uma pessoa submetida a cirurgia major que apresentava instabilidade hemodinâmica no período pós-operatório imediato. Nestes momentos, o enfermeiro responsável de turno assume um papel determinante na organização da unidade, garantindo a preparação antecipada do espaço,

a verificação dos equipamentos de monitorização e ventilação e a mobilização dos profissionais necessários para assegurar a estabilização inicial da pessoa em situação crítica. Esta organização antecipatória permite uma resposta rápida perante alterações clínicas e assegura a continuidade dos cuidados, evidenciando a importância da liderança clínica na gestão de situações de elevada complexidade assistencial.

No que respeita à gestão de recursos materiais, foi possível observar a responsabilidade dos enfermeiros especialistas na verificação de stocks de medicação e equipamentos, bem como na articulação com a farmácia hospitalar para garantir a reposição de medicamentos essenciais à continuidade dos cuidados. Esta gestão preventiva contribui para evitar ruturas de material e assegurar a disponibilidade de recursos necessários à resposta clínica.

Relativamente à gestão de recursos humanos, verificou-se que a organização das equipas é realizada tendo em consideração as necessidades de cuidados das pessoas internadas e as competências específicas dos profissionais. No contexto do SMI, foi possível observar a constituição de equipas que integram enfermeiros especialistas e profissionais com competências diferenciadas, como a realização de técnicas de substituição renal, garantindo a capacidade de resposta a situações clínicas complexas.

A organização das equipas reflete igualmente o cumprimento das recomendações da Ordem dos Enfermeiros relativamente às dotações seguras de cuidados de enfermagem, sendo que o rácio enfermeiro/doente em unidades de cuidados intensivos varia entre 1:1 e 1:2, dependendo do nível de complexidade clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A adequação das dotações de enfermagem e o nível de qualificação dos profissionais constituem fatores determinantes para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Outro aspeto relevante observado no domínio da gestão dos cuidados relaciona-se com a adequação das dotações de enfermagem às necessidades assistenciais no contexto do SU. Embora existam recomendações relativamente aos rácios seguros de enfermagem, a elevada variabilidade do fluxo de doentes e a imprevisibilidade das situações clínicas tornam frequentemente difícil o cumprimento destes rácios em momentos de maior afluência. Nestes períodos, foi possível observar a necessidade de adaptação da organização da equipa, recorrendo frequentemente ao reforço da equipa de enfermagem com a mobilização de um elemento adicional. Esta estratégia permite redistribuir os cuidados e garantir uma resposta assistencial mais segura, evidenciando a importância de uma gestão dinâmica de recursos humanos em contextos de elevada pressão assistencial.

Outra dimensão relevante da gestão dos cuidados prende-se com a capacidade de resposta a situações imprevistas, como a ausência de elementos da equipa. Nestes casos, o enfermeiro responsável de turno assume um papel central na reorganização do plano de trabalho, redistribuindo os cuidados pelos profissionais disponíveis e garantindo a continuidade assistencial. Esta capacidade de priorização e reorganização demonstra competências de liderança e gestão essenciais em contextos de elevada exigência assistencial.

No contexto do SU, a função de enfermeiro responsável de turno revelou-se igualmente determinante na articulação entre as diferentes áreas do serviço e na gestão das situações emergentes, particularmente na sala de emergência. A posição do enfermeiro responsável permite assegurar uma visão global do serviço, facilitando a coordenação entre a equipa de enfermagem e os restantes profissionais de saúde.

Durante a permanência na sala de emergência foi possível observar a receção de uma pessoa politraumatizada proveniente do pré-hospitalar. A abordagem inicial exigiu uma atuação rápida e coordenada entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, com clara definição de papéis e prioridades assistenciais. Nestes momentos, o enfermeiro responsável de turno assume um papel determinante na coordenação da equipa, na organização do espaço e na preparação do material necessário para a abordagem sistematizada da pessoa em situação crítica.

Outra situação relevante observada durante o estágio relacionou-se com a transferência intra-hospitalar de uma pessoa em situação crítica para realização de exames complementares de diagnóstico. Este processo exigiu uma preparação cuidadosa, incluindo a verificação do equipamento de transporte, ventilador portátil, monitorização e disponibilidade de medicação de emergência. A articulação entre os diferentes profissionais envolvidos no transporte permitiu assegurar a continuidade da vigilância clínica durante todo o percurso, minimizando riscos associados à deslocação da pessoa em situação crítica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008).

Em síntese, as experiências vivenciadas ao longo do estágio permitiram desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente na organização do processo assistencial, na coordenação da equipa de enfermagem, na gestão de recursos e na liderança em situações de elevada exigência clínica. O enfermeiro especialista assume, assim, um papel fundamental na promoção de cuidados seguros, eficientes e centrados na pessoa em situação crítica, contribuindo para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume-se como uma dimensão central na construção da identidade do Enfermeiro Especialista, na medida em que implica um processo contínuo de reflexão, aquisição de conhecimento, desenvolvimento de competências e transformação da prática clínica. Este domínio não se limita à incorporação de saberes técnico-científicos, antes integra também o desenvolvimento pessoal e relacional do enfermeiro, nomeadamente ao nível do autoconhecimento, da assertividade e da capacidade de fundamentar a praxis na melhor evidência científica.

A enfermagem, enquanto profissão centrada na relação com o outro, exige do enfermeiro não apenas competência técnica, mas também consciência de si enquanto pessoa e profissional. Tal como consagrado no enquadramento deontológico e ético da profissão, as intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, incluindo a da própria pessoa enfermeiro (Assembleia da República, 2015). Neste sentido, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade revela-se essencial, na medida em que permite ao futuro enfermeiro especialista reconhecer os seus valores, limites, emoções e formas de estar na relação terapêutica, promovendo intervenções mais conscientes, equilibradas e eticamente sustentadas.

Ao longo do estágio final, esta dimensão assumiu particular relevância, sobretudo nos contextos de SU e SMI, marcados por elevada complexidade clínica, pressão assistencial e forte carga emocional. Nestes contextos, fui progressivamente tomando consciência de que cuidar da pessoa em situação crítica e da sua família exige não só conhecimentos especializados e capacidade de resposta rápida, mas também maturidade relacional, gestão emocional e postura assertiva perante situações potencialmente geradoras de conflito, sofrimento ou tensão.

Em contexto de SU, refleti de forma particularmente significativa sobre o impacto destas competências na qualidade dos cuidados especializados. Ao longo do estágio, observei diversas situações em que pessoas e famílias manifestavam emoções intensas, como raiva, angústia, tristeza ou desespero, frequentemente associadas ao tempo de espera, à incerteza clínica, à expectativa de atendimento ou ao encaminhamento para outros níveis de cuidados.

Perante estas situações, tornou-se evidente que o enfermeiro, pela sua acessibilidade e proximidade, é muitas vezes o primeiro profissional a acolher estas manifestações emocionais.

Assim, revelou-se fundamental mobilizar competências relacionais como a empatia, a escuta ativa, a comunicação clara e uma postura assertiva e tranquilizadora. Pequenos gestos comunicacionais, como estabelecer contacto visual, dirigir-se à pessoa pelo nome, explicar de forma clara a situação clínica e os procedimentos em curso, ou simplesmente demonstrar disponibilidade para ouvir, contribuem para que a pessoa e a família se sintam compreendidas, acolhidas e respeitadas, mesmo em contextos assistenciais marcados por elevada pressão e imprevisibilidade.

A experiência na área da triagem constituiu igualmente um momento importante de aprendizagem neste percurso de desenvolvimento profissional. Tive oportunidade de assistir e participar, em colaboração com os enfermeiros da equipa, na gestão de situações de conflito, cuja resolução assentou sobretudo numa postura empática, assertiva e serena, aliada ao uso de estratégias de comunicação terapêutica. Estas vivências permitiram-me compreender que a assertividade não corresponde à rigidez ou imposição, mas antes à capacidade de comunicar com clareza, respeito e segurança, protegendo simultaneamente a relação terapêutica, a dignidade da pessoa e o bem-estar do profissional.

Também no SMI este processo de aprendizagem se revelou particularmente significativo. Neste contexto, o enfermeiro especialista é frequentemente confrontado com múltiplas solicitações simultâneas, quer por parte da pessoa em situação crítica, quer da família/cuidador, quer da própria equipa interdisciplinar. A estas exigências somam-se fatores ambientais potencialmente geradores de sobrecarga, como o ruído constante dos alarmes, a pressão associada à monitorização contínua, a necessidade de antecipação de instabilidade clínica e a gestão de prioridades em situações urgentes e emergentes. Esta realidade evidenciou, de forma clara, a importância da gestão das emoções, do reconhecimento dos próprios limites e da capacidade de pedir apoio ou redistribuir esforços quando necessário.

Neste percurso, fui consolidando a consciência de que o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista passa, inevitavelmente, pelo aprofundamento do autoconhecimento. Reconhecer limites pessoais e profissionais, identificar fatores que podem interferir na relação com a pessoa em situação crítica e com a equipa, e desenvolver estratégias para prevenir ou gerir conflitos são aspetos fundamentais para uma prática especializada segura, ética e humanizada. Neste sentido, a assertividade emergiu como uma competência indispensável, não apenas na relação com a pessoa e família, mas também na articulação com a equipa

multidisciplinar, favorecendo uma maior harmonia na prestação de cuidados e contribuindo para a qualidade assistencial.

Paralelamente, o desenvolvimento da competência de basear a praxis clínica especializada na evidência científica constituiu um eixo estruturante das minhas aprendizagens profissionais. Ao longo do estágio e do percurso formativo, procurei sustentar a minha prática na melhor evidência disponível, reconhecendo que a enfermagem especializada exige tomada de decisão fundamentada, pensamento crítico e atualização contínua do conhecimento. Fui incentivada, nos diferentes contextos de estágio, a procurar evidência científica pertinente para fundamentar intervenções, analisar situações clínicas e transferir conhecimento para a prática, o que contribuiu de forma significativa para o aprofundamento das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista e mestre em enfermagem.

Deste investimento na prática baseada na evidência resultaram oportunidades concretas de crescimento académico e profissional, nomeadamente a participação em atividades de divulgação científica, o envolvimento em momentos formativos em contexto clínico e o desenvolvimento de trabalho de investigação. Estas experiências reforçaram em mim a convicção de que a evidência científica não deve ser entendida apenas como suporte teórico, mas como instrumento ativo de melhoria da prática, da segurança dos cuidados e da qualidade das respostas de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua família.

Globalmente, o percurso desenvolvido permitiu-me reconhecer que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais resulta da articulação entre experiência clínica, reflexão crítica, maturação pessoal e fundamentação científica. Mais do que adquirir conhecimentos, este domínio implicou transformar a forma como compreendo o meu papel enquanto enfermeira, consolidando uma prática mais consciente, mais fundamentada, mais assertiva e mais sensível à complexidade humana presente nos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Para além das competências comuns do enfermeiro especialista, o exercício profissional na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica implica o desenvolvimento de competências específicas que permitem responder às necessidades de cuidados altamente diferenciados destes doentes.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, estes profissionais devem mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais para prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família, respondendo de forma eficaz a situações de instabilidade clínica e falência de órgãos, frequentemente em contextos de elevada complexidade assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste sentido, ao longo do estágio final realizado na UCIP, no SMI e no SU, foram desenvolvidas e consolidadas competências específicas relacionadas com a avaliação e vigilância da pessoa em situação crítica, a intervenção em situações de instabilidade hemodinâmica e respiratória, a gestão de terapêuticas complexas e o acompanhamento da pessoa e da sua família em situações de elevada vulnerabilidade. Nos subcapítulos seguintes serão analisadas, de forma crítico-reflexiva, as experiências vivenciadas que contribuíram para o desenvolvimento destas competências especializadas.

2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador na vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica constitui uma das dimensões centrais da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, implicando a mobilização de conhecimentos científicos avançados, raciocínio clínico complexo e capacidade de intervenção diferenciada. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica deve ser capaz de cuidar da pessoa e da sua família em situações de doença crítica e/ou falência orgânica, garantindo intervenções seguras, oportunas e centradas na pessoa.

Ao longo do percurso de estágio realizado na UCIP, no SMI e SU, foi possível contactar com doentes em diferentes níveis de gravidade clínica, permitindo consolidar competências na avaliação, vigilância e intervenção junto da pessoa em situação crítica. Estes contextos assistenciais caracterizam-se pela elevada complexidade clínica, instabilidade fisiológica e necessidade de monitorização contínua, exigindo uma abordagem sistemática e antecipatória por parte do enfermeiro.

No SMI, o acompanhamento de doentes sob ventilação mecânica invasiva permitiu desenvolver competências na monitorização respiratória e hemodinâmica, bem como na

interpretação de parâmetros ventilatórios e na análise da interação doente–ventilador. A gestão de diferentes modos ventilatórios exigiu compreensão aprofundada da fisiopatologia da insuficiência respiratória aguda e capacidade de ajustar intervenções de enfermagem de acordo com a resposta clínica do doente.

Paralelamente, foi igualmente possível acompanhar pessoas submetidas a técnicas de substituição renal, nomeadamente terapias dialíticas utilizadas em contexto de insuficiência renal aguda. A prestação de cuidados a estes doentes exigiu o desenvolvimento de conhecimentos específicos relacionados com o funcionamento dos sistemas de limpeza extracorporal, a monitorização hemodinâmica durante o tratamento, a vigilância de complicações associadas à técnica — como alterações eletrolíticas, instabilidade hemodinâmica ou problemas relacionados com o acesso vascular — bem como a articulação com a equipa multidisciplinar responsável pela condução da terapêutica. Esta experiência contribuiu para aprofundar a compreensão da complexidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, reforçando a necessidade de uma vigilância clínica contínua e de uma intervenção de enfermagem altamente especializada.

Na UCIP, o contacto com terapêutica de Oxigénio de Alto Fluxo (OAF) permitiu aprofundar conhecimentos relativamente à gestão da insuficiência respiratória em contexto não invasivo, reforçando a importância da vigilância clínica sistemática e da identificação precoce de sinais de deterioração. A monitorização contínua dos parâmetros respiratórios e hemodinâmicos revelou-se fundamental para a tomada de decisão clínica e para a antecipação da necessidade de escalada terapêutica.

No SU, a prestação de cuidados a doentes com diferentes quadros clínicos — nomeadamente politraumatizados, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, intoxicações e alterações do estado de consciência — permitiu consolidar competências na avaliação inicial da pessoa em situação crítica, através da abordagem sistematizada baseada na avaliação primária e secundária. A necessidade de atuação rápida e eficaz nestes contextos reforçou a importância da capacidade de priorização das intervenções e da tomada de decisão clínica fundamentada.

A complexidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica implica igualmente a gestão e vigilância de múltiplos dispositivos invasivos, como cateteres venosos centrais, linhas arteriais, ventilação invasiva e cateterização urinária. A participação na preparação e assistência na colocação de linhas arteriais, bem como a vigilância de dispositivos invasivos e

a participação em procedimentos como broncofibroscopias, permitiram consolidar competências técnicas e reforçar a importância da prevenção de complicações associadas aos cuidados de saúde.

Durante o estágio realizado no SMI foi possível contactar com pessoas com patologia oncológica internadas em contexto de cuidados intensivos, quer por complicações associadas à doença, quer pela necessidade de continuidade de terapêuticas específicas. A administração de quimioterapia em pessoas em situação crítica constitui um desafio clínico e organizacional, exigindo conhecimentos especializados, vigilância rigorosa e articulação entre diferentes profissionais de saúde.

Neste contexto, foi desenvolvido um trabalho de revisão sobre a administração de quimioterapia em cuidados intensivos, a pedido do enfermeiro orientador do SMI com o objetivo de sistematizar evidência científica e refletir sobre as implicações clínicas, éticas e de segurança associadas a esta terapêutica. Este trabalho permitiu aprofundar conhecimentos sobre a preparação, administração e monitorização de agentes citotóxicos em pessoas em situação crítica, reforçando a importância de práticas baseadas na evidência na prestação de cuidados especializados (Apêndice B).

Paralelamente, no contexto do SU, foi possível identificar a presença frequente de pessoas com patologia oncológica portadoras de cateteres totalmente implantados, muitas vezes com acessos venosos periféricos difíceis. Esta realidade evidenciou a importância de mobilizar pensamento crítico na avaliação das opções de acesso vascular, reconhecendo o cateter totalmente implantado como um dispositivo seguro que pode ser utilizado para administração de terapêutica, colheita de análises e realização de diferentes procedimentos, quando devidamente manipulado.

Face a esta necessidade, foi dinamizada uma formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem sobre a manipulação segura de cateteres totalmente implantados (Apêndice D). Esta iniciativa teve como objetivo reforçar conhecimentos e promover maior confiança na utilização deste dispositivo, uma vez que, apesar de o material estar disponível no serviço, nem sempre existia segurança na sua utilização. O feedback da equipa revelou-se bastante positivo, destacando-se a utilidade prática da formação para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas com patologia oncológica que recorrem ao SU.

Para além da dimensão técnica, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige igualmente uma abordagem centrada na pessoa e na família/cuidador. O internamento em

unidades de cuidados críticos constitui frequentemente uma experiência marcada por elevada vulnerabilidade emocional, tanto para o doente como para os seus familiares. Neste contexto, a comunicação clara e empática assume um papel fundamental na promoção da confiança e na redução da ansiedade associada ao processo de doença e hospitalização.

Em muitas situações, a pessoa em situação crítica encontra-se temporariamente incapaz de comunicar verbalmente, nomeadamente quando submetida a ventilação mecânica invasiva ou quando apresenta alterações do estado de consciência. Nestes casos, torna-se particularmente relevante a utilização de estratégias de comunicação aumentativa e alternativa, como quadros de comunicação, gestos, escrita ou dispositivos de apoio à comunicação, que permitem à pessoa expressar necessidades, emoções e desconforto. A utilização destas estratégias contribui para reduzir sentimentos de frustração, melhorar a interação entre profissionais de saúde e doentes e promover uma participação mais ativa da pessoa no processo de cuidados (Happ et al., 2011; Ten Hoorn et al., 2016).

A promoção de estratégias de comunicação adaptadas às limitações da pessoa em situação crítica constitui, assim, um elemento fundamental da relação terapêutica, contribuindo para cuidados mais humanizados e centrados nas necessidades da pessoa e da sua família/cuidador.

Neste contexto, importa referir que a reflexão sobre a comunicação e a empatia em contextos de cuidados críticos foi igualmente aprofundada no âmbito da componente de investigação do mestrado. A realização de uma scoping review permitiu identificar evidência científica relativa às perceções dos doentes e das famílias sobre a comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contexto cirúrgico crítico. Os resultados desta revisão deram origem à elaboração de um poster científico apresentado no Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitindo a partilha e disseminação do conhecimento produzido (Apêndice E).

A análise dos resultados evidenciou que a comunicação clara, acessível e empática constitui um elemento central na experiência vivida por doentes e familiares durante o internamento em contextos críticos, influenciando a perceção de segurança, confiança e qualidade dos cuidados prestados.

Durante os diferentes contextos de estágio foi possível reconhecer a importância da integração da família/cuidador no processo de cuidados, através da partilha de informação adequada, do esclarecimento de dúvidas e do apoio emocional em momentos de particular fragilidade. Esta dimensão relacional revelou-se essencial para a humanização dos cuidados e para a promoção de uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa.

Observou-se igualmente uma crescente sensibilização dos serviços de saúde para a importância da integração da família/cuidador nos cuidados à pessoa em situação crítica. Esta realidade tem-se traduzido na criação de espaços mais adequados para a comunicação de más notícias, bem como na implementação de estratégias que permitem uma maior proximidade da família/cuidador à pessoa internada, possibilitando períodos de permanência mais alargados junto do seu familiar. Estas práticas reconhecem a família/cuidador como parte integrante do processo de cuidado, contribuindo para o apoio emocional da pessoa em situação crítica e para uma abordagem mais humanizada dos cuidados prestados, sendo amplamente reconhecido que a participação da família/cuidador contribui para melhorar a experiência do doente e reduzir o sofrimento emocional associado à doença crítica (Davidson et al., 2017).

Em síntese, o percurso formativo realizado permitiu consolidar competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, integrando avaliação clínica avançada, vigilância contínua, intervenção diferenciada e apoio à família/cuidador. A experiência vivenciada nos diferentes contextos assistenciais contribuiu para o desenvolvimento de um exercício profissional mais autónomo, reflexivo e alinhado com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

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

A resposta a situações de emergência constitui uma competência central do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, exigindo capacidade de avaliação rápida, tomada de decisão fundamentada e coordenação eficaz das intervenções assistenciais. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, compete ao enfermeiro especialista dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, assegurando uma atuação organizada e articulada com a equipa multidisciplinar.

Ao longo do percurso de estágio realizado na UCIP, no SMI e SU, foi possível participar em diferentes emergências clínicas, permitindo consolidar competências na abordagem inicial da pessoa em situação crítica e na gestão de intervenções em contextos de elevada pressão assistencial.

A participação em ativações do sistema de emergência interna (2222) em diferentes áreas hospitalares constituiu uma oportunidade particularmente relevante para vivenciar situações

reais de instabilidade clínica súbita. Nestes contextos, a atuação exigiu avaliação rápida do estado do doente, mobilização de recursos humanos e materiais e articulação eficaz entre os diferentes elementos da equipa de saúde. A experiência permitiu reconhecer a importância da comunicação clara e estruturada, bem como da definição de papéis entre os profissionais envolvidos na resposta à emergência.

No SU, a prestação de cuidados na sala de emergência implicou a abordagem inicial de doentes com diferentes quadros clínicos de elevada gravidade, nomeadamente politraumatizados, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, intoxicações e alterações do estado de consciência. A abordagem sistematizada baseada na avaliação primária e secundária revelou-se fundamental para a identificação rápida de situações potencialmente fatais e para a priorização das intervenções terapêuticas.

Neste contexto, foi aplicada a abordagem estruturada ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), amplamente utilizada na avaliação da pessoa em situação crítica, permitindo uma avaliação rápida e sistemática das funções vitais e a identificação precoce de alterações que requerem intervenção imediata. A utilização desta metodologia contribuiu para uma atuação mais organizada e segura perante situações de elevada instabilidade clínica.

A gestão de múltiplos doentes críticos em simultâneo exigiu capacidade de organização, priorização e adaptação às constantes alterações do estado clínico dos doentes. Nestes contextos, a atuação do enfermeiro especialista assume um papel determinante na coordenação das intervenções e na garantia da segurança dos cuidados prestados.

Durante o estágio, a observação e participação em turnos com enfermeiro responsável de serviço permitiram compreender a complexidade associada à gestão da equipa e à organização da resposta assistencial em situações de emergência. A distribuição de recursos, a articulação com outras áreas do serviço e a coordenação das intervenções na sala de emergência evidenciaram a importância da liderança clínica na gestão de contextos críticos.

A experiência vivenciada permitiu ainda reconhecer que a resposta eficaz a situações de emergência depende não apenas da competência técnica individual, mas também da preparação prévia das equipas, da existência de protocolos de atuação e da realização regular de formação e treino em cenários de emergência. A implementação de metodologias estruturadas de comunicação, como o método ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation), que organiza a transmissão de informação clínica de forma sistematizada,

revelou-se particularmente relevante para garantir a segurança da comunicação e a continuidade dos cuidados.

Assim, o percurso formativo realizado contribuiu para o desenvolvimento de competências na dinamização da resposta a emergência, integrando avaliação clínica rápida, tomada de decisão fundamentada, comunicação eficaz e coordenação das intervenções assistenciais. Estas competências revelam-se essenciais para garantir uma resposta organizada e segura perante situações de instabilidade clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

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

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde constitui uma dimensão essencial da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, particularmente em contextos onde a utilização de dispositivos invasivos e a gravidade clínica dos doentes aumentam significativamente o risco de complicações infecciosas. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, compete ao enfermeiro especialista maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, promovendo práticas seguras e baseadas na evidência científica.

Ao longo do percurso de estágio desenvolvido na UCIP, no SMI e SU, foi possível reconhecer a importância da implementação rigorosa de medidas de prevenção de infeção, particularmente em doentes portadores de dispositivos invasivos e em situações de elevada vulnerabilidade clínica.

No SMI e UCIP, a cultura de segurança associada ao controlo de infeção revelou-se fortemente consolidada, refletindo-se na adesão sistemática a protocolos institucionais e na monitorização contínua das infeções associadas aos cuidados de saúde. A vigilância rigorosa de dispositivos invasivos, como cateteres venosos centrais, ventilação mecânica invasiva e cateterização urinária, evidenciou a importância da adoção de práticas assépticas e da avaliação sistemática da necessidade de manutenção destes dispositivos.

Verificou-se igualmente a existência de equipas ou grupos de trabalho responsáveis pela realização de auditorias clínicas não programadas e de carácter aleatório, tanto na UCIP como

no SMI. Estas auditorias têm como objetivo monitorizar a adesão às boas práticas de prevenção e controlo de infeção, permitindo identificar oportunidades de melhoria e reforçar a cultura de segurança na prestação de cuidados. A realização regular destas avaliações contribui para a promoção da qualidade assistencial e para a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A participação na preparação e assistência em procedimentos invasivos, nomeadamente na colocação de linhas arteriais e na realização de broncofibroscopias, exigiu cumprimento rigoroso das normas de assepsia e controlo de infeção, reforçando a consciência da responsabilidade do enfermeiro na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. A colheita de exames microbiológicos, como as EPC (exsudados para pesquisa de colonização), realizadas nas primeiras 24 horas de internamento e ao décimo dia, permitiu igualmente compreender a importância da vigilância epidemiológica na identificação precoce de agentes infecciosos e na adequação da terapêutica antimicrobiana.

Durante o estágio, foi possível observar a implementação de estratégias institucionais orientadas para a redução das infeções associadas a dispositivos invasivos, nomeadamente através da utilização de checklists, da monitorização de indicadores de qualidade e da promoção de boas práticas de higiene das mãos. Estas medidas evidenciam a importância de uma abordagem sistematizada e multidisciplinar na prevenção de infeções em contexto de cuidados críticos.

A utilização adequada de equipamento de proteção individual (EPI) constituiu igualmente uma dimensão relevante na prevenção da transmissão de microrganismos. Neste âmbito, foi dinamizada uma breve ação formativa dirigida à equipa de enfermagem sobre a utilização correta de EPI, acompanhada da elaboração de material informativo de apoio à prática clínica (Apêndice C). Esta iniciativa contribuiu para reforçar a sensibilização dos profissionais para a importância da adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção.

No SU, apesar da elevada pressão assistencial e da imprevisibilidade das situações clínicas, a adoção de práticas seguras de controlo de infeção manteve-se uma prioridade, particularmente na manipulação de dispositivos invasivos e na prestação de cuidados a doentes com elevada vulnerabilidade clínica.

A experiência vivenciada nos diferentes contextos de estágio permitiu compreender que a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde não depende apenas da competência técnica individual, mas também da existência de uma cultura institucional de segurança, da

formação contínua dos profissionais e da implementação de estratégias organizacionais orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, o desenvolvimento destas competências contribuiu para reforçar a consciência do papel do enfermeiro especialista na promoção de práticas seguras, na vigilância sistemática de fatores de risco e na implementação de intervenções que visem reduzir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde e a emergência de resistência antimicrobiana em contextos de elevada complexidade clínica.

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

Perceções dos Doentes e das Famílias sobre a Comunicação e Empatia dos Profissionais de Saúde em Contextos Cirúrgicos Críticos: Estudo Qualitativo

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

O desenvolvimento do presente estudo emergiu da experiência clínica vivenciada nos contextos de cuidados cirúrgicos críticos, nomeadamente no Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva e Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes. A prática diária evidenciou que, embora a diferenciação tecnológica e a complexidade técnica constituam dimensões centrais do cuidado à pessoa em situação crítica, a experiência subjetiva do doente e da família é profundamente influenciada pela qualidade da comunicação e pela presença empática dos profissionais.

A observação de variabilidade nas práticas comunicacionais, aliada à elevada vulnerabilidade emocional inerente ao contexto cirúrgico crítico, motivou a necessidade de aprofundar a compreensão das perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde.

Previamente ao desenvolvimento do estudo qualitativo, foi desenvolvida uma *scoping review*, conduzida de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e reportada segundo

as orientações PRISMA-ScR, no âmbito do presente trabalho de investigação, a qual permitiu mapear a evidência científica disponível sobre as percepções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos

O estudo alinha-se com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define como competência do Enfermeiro Especialista a prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica, e integra dimensões técnicas, éticas e relacionais do cuidar.

Objetivo Geral

Compreender as percepções dos doentes e das famílias sobre a comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contexto cirúrgico crítico.

Objetivos Específicos

- Identificar aspetos comunicacionais valorizados pelos participantes;
- Analisar a importância atribuída à empatia na vivência do internamento;
- Explorar a percepção de participação da família;
- Identificar as barreiras organizacionais percebidas pelos participantes que condicionam a comunicação e a empatia dos profissionais de saúde.

2. ESTADO DA ARTE

As percepções constituem a interpretação subjetiva que os indivíduos constroem acerca das experiências que vivenciam, sendo influenciadas por fatores cognitivos, emocionais, sociais e culturais (Polit & Beck, 2021; Creswell & Poth, 2018). No presente estudo, estas percepções dizem respeito às experiências dos doentes e das suas famílias relativamente à comunicação e à empatia dos profissionais de saúde em contexto cirúrgico crítico. O doente é entendido como uma pessoa única, dotada de dignidade, valores e necessidades próprias (Ordem dos Enfermeiros, 2001), enquanto a família é reconhecida como parte integrante do processo de cuidar, desempenhando um papel fundamental no apoio e na adaptação à situação de doença (Wright & Leahey, 2013). Por sua vez, os profissionais de saúde assumem um papel determinante na prestação de cuidados seguros e humanizados, sendo a comunicação e a empatia competências essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade (International Council of Nurses, 2021).

Com base na literatura e nos referenciais profissionais, o contexto cirúrgico crítico compreende os ambientes assistenciais onde são prestados cuidados a pessoas submetidas a cirurgia que, pela complexidade da situação clínica pelo risco de instabilidade fisiológica, necessitam de vigilância contínua, monitorização avançada e intervenções especializadas por parte da equipa multidisciplinar (Davidson et al., 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Incluem-se neste contexto unidades como o Serviço de Medicina Intensiva, a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes e o Serviço de Urgência, caracterizadas pela elevada complexidade clínica, pela rápida evolução do estado de saúde e pela necessidade de tomada de decisão em tempo útil. Nestes contextos, a comunicação eficaz e a relação terapêutica assumem particular relevância, uma vez que influenciam a compreensão da informação, a participação da pessoa e da família no processo de cuidados e a experiência vivenciada durante o internamento (Davidson et al., 2017; Coombs et al., 2020; Auriemma et al., 2021).

A enfermagem dispõe de diversos modelos conceptuais que orientam a prática clínica, a investigação e o desenvolvimento do conhecimento disciplinar. Estes modelos constituem referenciais teóricos que sustentam a compreensão dos fenómenos em enfermagem e orientam a prestação de cuidados centrados na pessoa, na família e nas suas necessidades (Alligood, 2022).

Entre os modelos conceptuais mais reconhecidos destacam-se a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau e a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, ambas valorizam a relação terapêutica como elemento fundamental da prática de enfermagem (Alligood, 2022).

Atendendo aos objetivos do presente estudo, optou-se por adotar como referencial conceptual a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau, por considerar que esta atribui um papel central à comunicação terapêutica, à relação interpessoal e à construção de uma parceria entre o enfermeiro, a pessoa e a família. Segundo Peplau, a comunicação constitui o principal instrumento terapêutico do enfermeiro, permitindo estabelecer uma relação de confiança, compreender as necessidades da pessoa e promover intervenções individualizadas (Peplau, 1991; Alligood, 2022).

Embora a empatia seja igualmente valorizada por outros referenciais conceptuais de enfermagem, nomeadamente pela Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, no presente

estudo é entendida como uma competência relacional indissociável da comunicação terapêutica e da relação interpessoal preconizadas por Peplau. Deste modo, a Teoria das Relações Interpessoais constitui o enquadramento conceptual mais adequado para sustentar a compreensão das perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e à empatia dos profissionais de saúde em contexto cirúrgico crítico (Alligood, 2022).

A relação interpessoal desenvolve-se através de quatro fases — orientação, identificação, exploração e resolução — durante as quais o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica baseada na comunicação, na confiança e no respeito pela pessoa, promovendo a participação ativa do doente e da família no processo de cuidados (Peplau, 1991; Alligood, 2022).

A comunicação e a empatia são amplamente reconhecidas como pilares essenciais na prestação de cuidados humanizados, particularmente em contextos clínicos de elevada complexidade e vulnerabilidade, como os cuidados cirúrgicos críticos (Silva et al., 2021). Nestes cenários, a interação entre profissionais de saúde, doentes e famílias influencia de forma determinante a perceção de segurança, confiança e qualidade dos cuidados prestados.

Com o objetivo de mapear e sintetizar a evidência científica recente sobre esta temática, foi realizada uma *Scoping Review*, que inclui estudos publicados entre 2020 e 2025. A análise integrou os trabalhos de Auriemma et al. (2021), Coombs et al. (2020), Assa et al. (2021), Putowski et al. (2023), Zante et al. (2023), Pena et al. (2025), Pedrosa et al. (2021), Pinheiro et al. (2022) e Silva et al. (2021), o que permite identificar padrões consistentes nas perceções de doentes e família.

A análise integrada da literatura permitiu organizar os achados em cinco categorias principais: Comunicação, Empatia, Impacto Emocional, Barreiras e Relação com a Equipa.

Comunicação

A comunicação clara, estruturada e adaptada ao nível de compreensão dos doentes e famílias emerge como dimensão central na experiência do internamento crítico. A ausência de informação compreensível está associada ao aumento da ansiedade, da incerteza e do sofrimento emocional, sobretudo em situações de instabilidade clínica (Auriemma et al., 2021; Assa et al., 2021).

Intervenções estruturadas de comunicação, que incluem momentos formais de atualização clínica e espaços dedicados ao diálogo com as famílias, demonstraram impacto positivo na satisfação e percepção de segurança (Coombs et al., 2020; Pena et al., 2025).

Por outro lado, a utilização excessiva de linguagem técnica e a comunicação apressada constituem barreiras relevantes à compreensão e à participação no cuidado (Putowski et al., 2023; Zante et al., 2023).

Empatia

A empatia clínica é descrita como competência essencial na humanização dos cuidados, e traduz a capacidade de compreender cognitivamente a experiência do outro e responder de forma terapêutica e sensível (Hojat, 2016).

A literatura evidencia que comportamentos como escuta ativa, presença emocional e reconhecimento da pessoa fortalecem o vínculo terapêutico e reduzem o sofrimento psicológico dos familiares (Pedrosa et al., 2021; Silva et al., 2021; Pinheiro et al., 2022).

Em contextos particularmente vulneráveis, como o delirium em cuidados intensivos, a ausência de apoio emocional adequado agrava a angústia familiar, e reforça a relevância da empatia enquanto componente estruturante do cuidado (Assa et al., 2021).

Impacto Emocional

O impacto emocional da qualidade comunicacional é amplamente descrito na literatura. A comunicação eficaz associa-se à diminuição da ansiedade, ao aumento da confiança na equipa e à melhoria da adaptação emocional após a alta hospitalar (Putowski et al., 2023; Pinheiro et al., 2022).

Quando a família se sente incluída nas decisões e vê as suas preocupações reconhecidas, desenvolvem maior percepção de segurança e parceria com os profissionais (Auriemma et al., 2021; Pena et al., 2025). Em contraste, falhas comunicacionais estão relacionadas com maior risco de desenvolvimento de sintomatologia associada ao Síndrome Pós-Cuidados Intensivos – Família (SPCI-F) (Putowski et al., 2023).

Barreiras

Apesar da evidência consolidada sobre a importância da comunicação e da empatia, persistem barreiras estruturais e organizacionais que condicionam a sua implementação consistente. A

escassez de tempo, a sobrecarga assistencial e a priorização de tarefas técnicas são fatores frequentemente identificados como limitadores da comunicação eficaz (Zante et al., 2023; Silva et al., 2021).

A ausência de formação específica em competências comunicacionais e relacionais constitui igualmente um fator que pode comprometer a abordagem de situações clínicas complexas, como a comunicação de más notícias ou a gestão de emoções intensas (Pedrosa et al., 2021; Hojat, 2016).

Adicionalmente, a utilização de linguagem demasiado técnica, sem adaptação à literacia em saúde das famílias, constitui obstáculo relevante à compreensão e ao envolvimento no cuidado (Putowski et al., 2023).

Relação com a Equipa

A relação com a equipa de saúde é descrita como dimensão determinante na experiência do internamento cirúrgico crítico. A comunicação proativa e empática está associada à confiança, à perceção de segurança e à satisfação com os cuidados recebidos (Coombs et al., 2020; Pena et al., 2025).

O envolvimento ativo das famílias no processo assistencial contribui para a redução do impacto emocional negativo após a alta hospitalar e para o fortalecimento do vínculo com os profissionais (Putowski et al., 2023).

A literatura recomenda a implementação de estratégias formais de comunicação empática e programas de formação específicos, como forma de promover uma cultura institucional centrada na pessoa e na família (Hojat, 2016; Moreira & Deslandes, 2018).

Embora a literatura internacional evidencie a relevância da comunicação e da empatia em contexto cirúrgico crítico (Auriemma et al., 2021; Assa et al., 2021; Putowski et al., 2023; Zante et al., 2023), verificou-se uma lacuna na investigação que explore, de forma integrada, as perceções conjuntas de doentes e famílias neste contexto, particularmente no panorama nacional. Esta constatação justificou o desenvolvimento do presente estudo qualitativo, orientado para a compreensão aprofundada das experiências vividas e dos significados atribuídos à comunicação e empatia em contexto assistencial de elevada complexidade.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, com o objetivo de compreender as percepções de doentes e família que vivenciaram situações cirúrgicas críticas.

A opção por uma metodologia qualitativa justificou-se pela necessidade de aprofundar significados, experiências e interpretações atribuídas pelos participantes à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contexto cirúrgico crítico.

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP) e no Serviço de Urgência (SU) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal Continental.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por doentes adultos em período pós-operatório de cirurgia eletiva, internados em contexto cirúrgico crítico e pela respetiva família, oriundos da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes, do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência.

Incluem-se neste contexto a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes, o Serviço de Medicina Intensiva e o Serviço de Urgência, caracterizados pela elevada complexidade clínica, pela rápida evolução do estado de saúde e pela necessidade de tomada de decisão em tempo útil.

Foi utilizada uma amostragem intencional, tendo sido selecionados participantes capazes de fornecer informação relevante para responder ao objetivo do estudo. A amostra final integrou oito participantes, correspondendo a quatro doentes e quatro familiares.

Os doentes eram adultos, encontravam-se em período pós-operatório de cirurgia eletiva de diferentes especialidades cirúrgicas e estavam internados num dos três contextos assistenciais em estudo. No momento da entrevista, encontravam-se clinicamente estabilizados, conscientes, orientados e com capacidade para comunicar verbalmente e expressar as suas percepções relativamente à comunicação e à empatia dos profissionais de saúde.

O número de participantes foi considerado adequado à natureza qualitativa do estudo, o que possibilitou obter informação rica e diversificada sobre as experiências vividas e alcançar uma compreensão aprofundada e contextualizada do fenómeno em análise.

3.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão

Doentes

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Período pós-operatório de cirurgia eletiva;
- Internamento em contexto cirúrgico crítico na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes, Serviço de Medicina Intensiva ou Serviço de Urgência;
- Estado clínico estabilizado no momento da entrevista;
- Capacidade para comunicar verbalmente;
- Capacidade para compreender os objetivos do estudo e prestar consentimento informado.

Família

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Familiar significativo de um doente incluído no estudo;
- Acompanhamento do doente durante o internamento;
- Capacidade para comunicar verbalmente;
- Aceitação voluntária da participação mediante assinatura do consentimento informado.

Critérios de Exclusão

Doentes

- Alterações cognitivas ou neurológicas que comprometessem a realização da entrevista;
- Estado de sedação ou alteração do estado de consciência;
- Instabilidade clínica;
- Incapacidade para compreender os objetivos do estudo;
- Recusa em participar.

Família

- idade inferior a 18 anos;

- dificuldade significativa na comunicação;
- familiares que não acompanharam o internamento;
- recusa em participar.

3.3 LOCAL DE RECOLHA DE DADOS

O estudo foi desenvolvido numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal Continental. A recolha de dados foi realizada na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes (UCIP), no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e no Serviço de Urgência (SU), contextos assistenciais onde decorreu o estágio clínico da investigadora e onde se encontravam internados os participantes elegíveis para o estudo.

As entrevistas foram realizadas presencialmente nos respetivos serviços, em ambiente que garantiu a privacidade, a confidencialidade e as condições necessárias à sua realização, minimizando interferências externas, o que favoreceu a livre expressão das perceções e experiências dos participantes.

A recolha de dados decorreu entre julho e dezembro de 2025, após aprovação ética e obtenção do consentimento informado dos participantes.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados foi constituído por um guião de entrevista semiestruturada (Apêndice F), desenvolvido com base nos resultados de uma *scoping review* conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) e reportada segundo as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), complementada pela fundamentação teórica relativa à comunicação e à empatia em contextos cirúrgicos críticos.

Antes da sua aplicação, o guião foi submetido a apreciação crítica quanto à clareza, pertinência e adequação das questões aos objetivos do estudo, tendo sido introduzidos os ajustamentos considerados pertinentes. Posteriormente, foi realizado um pré-teste junto de dois participantes com características semelhantes às da população em estudo, que não integraram a amostra final, permitindo verificar a compreensão, a sequência e a adequação das questões, sem necessidade de alterações significativas na versão final do instrumento.

3.5 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A recolha de dados foi realizada por uma única investigadora, enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. A preparação para a realização das entrevistas foi sustentada pelos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo do mestrado, nomeadamente na unidade curricular de Metodologia de Investigação e pelo desenvolvimento da *scoping review* que fundamentou o estudo, pelos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas individuais, conduzidas entre julho e dezembro de 2025, em momento oportuno, de acordo com a condição clínica e a disponibilidade dos participantes. Cada entrevista teve uma duração aproximada de 15 a 20 minutos e decorreu em ambiente que garantiu a privacidade, a confidencialidade e as condições necessárias à livre expressão das perceções e experiências dos participantes.

Após a obtenção do consentimento informado, as entrevistas foram conduzidas pela investigadora, com recurso ao guião de entrevista semiestruturada (Apêndice F). Esta abordagem permitiu explorar os temas previamente definidos e aprofundar aspetos emergentes considerados relevantes para os objetivos do estudo.

As entrevistas foram gravadas em formato áudio, mediante autorização dos participantes, e posteriormente transcritas integralmente pela investigadora. Para garantir o anonimato, foi atribuída uma codificação alfanumérica aos participantes (D1–D4 para os doentes e F1–F4 para a família).

Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), seguindo as três fases preconizadas:

- Pré-análise

- Exploração do material (codificação)

- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

A codificação foi realizada de forma indutiva, a partir das unidades de registo identificadas nas transcrições. Os códigos foram posteriormente agrupados em subcategorias e categorias temáticas, de acordo com a afinidade semântica e a coerência conceptual.

O processo analítico foi conduzido de forma manual, através de leitura reiterada e sistemática das transcrições, o que permitiu assegurar a coerência interna da análise e a fidelidade ao discurso dos participantes.

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde, em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos e natureza voluntária da investigação, tendo sido assegurado o direito à desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo nos cuidados prestados.

Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo as entrevistas codificadas e armazenadas de forma segura. O estudo respeitou os princípios da Declaração de Helsínquia, assegurando o respeito, dignidade e proteção dos participantes.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise das entrevistas seguiu a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011), que permite identificar categorias e subcategorias emergentes a partir dos relatos dos doentes e dos familiares. O processo incluiu pré-análise, exploração do material (codificação) e tratamento dos resultados. Os excertos apresentados encontram-se anonimizados e representam a diversidade de perceções observadas.

FASE 1. Pré-análise

Na fase de pré-análise procedeu-se à leitura flutuante das transcrições integrais das entrevistas, com o objetivo de apreender o sentido global do discurso dos participantes. O corpus de análise foi constituído pelas entrevistas a quatro doentes e quatro familiares, realizadas em contexto cirúrgico crítico.

a) Transcrição das Entrevistas

As entrevistas foram transcritas integralmente, de forma literal, com preservação das expressões, pausas e restantes elementos significativos do discurso. A transcrição foi realizada logo após a recolha dos dados, o que permitiu manter a proximidade com o contexto das declarações e facilitar a identificação preliminar de unidades de sentido relevantes.

b) Leitura flutuante

Após a transcrição, procedeu-se à leitura flutuante, caracterizada por leituras sucessivas, livres e atentas das narrativas. Esta etapa permitiu uma compreensão global do conteúdo, e identificar impressões iniciais, recorrências, contrastes e elementos emocionais expressivos nas falas dos participantes — tanto doentes como familiares.

A leitura flutuante possibilita ainda captar o “tom” geral das experiências, marcado por ansiedade, necessidade de informação, procura de segurança e impacto emocional associado ao contexto cirúrgico crítico.

c) Organização do corpus

O corpus final da análise foi constituído pelas entrevistas realizadas aos doentes e aos familiares envolvidos no processo cirúrgico crítico, selecionadas por cumprirem os critérios definidos na metodologia. Todas as entrevistas incluídas apresentavam conteúdo relevante para responder à questão de investigação.

O corpus foi organizado de forma sistemática, o que possibilitou a separação entre relatos de doentes e familiares. Esta organização facilitou a análise das convergências e divergências entre as perspectivas dos doentes e dos familiares.

d) Formulação de hipóteses e objetivos analíticos

Com base na leitura preliminar, foram formuladas hipóteses exploratórias sobre:

- a centralidade da comunicação na experiência de segurança e confiança;
- o papel da empatia;
- as barreiras organizacionais que condicionam a informação e o envolvimento da família;
- a presença de sentimentos de vulnerabilidade, ansiedade e desorientação;
- a variabilidade entre profissionais relativamente à humanização dos cuidados.

Os objetivos analíticos foram definidos no sentido de:

- identificar categorias e subcategorias emergentes relacionadas com comunicação, empatia;
- compreender como doentes e familiares percecionam a interação com os profissionais em contexto cirúrgico crítico;
- interpretar os significados atribuídos às experiências vividas.

FASE 2. Exploração do material (Codificação)

Na fase de exploração do material, procedeu-se à análise sistemática do corpus através do processo de codificação, conforme preconizado por Bardin (2011). Esta fase teve como objetivo a decomposição do discurso em unidades significativas, o que possibilitou a organização e estruturação dos dados qualitativos.

Inicialmente, foram identificadas unidades de registo (UR), definidas como frases, expressões ou excertos do discurso que apresentavam significado relevante para os objetivos do estudo. As unidades de registo foram analisadas individualmente, com respeito pelo contexto em que surgiam, de forma a evitar a fragmentação excessiva do discurso.

A cada unidade de registo foi atribuído um código, entendido como uma designação curta e representativa do significado central do excerto. Os códigos foram construídos de forma indutiva e resultaram diretamente dos dados, sem recurso a categorias pré-definidas, garantindo a fidelidade ao discurso dos participantes. Posteriormente, os códigos com afinidade semântica foram agrupados em subcategorias, as quais, por sua vez, foram integradas em categorias temáticas mais abrangentes, com base na analogia de sentido e na coerência conceptual. Este processo permitiu reduzir e organizar os dados, preservando a riqueza e a diversidade dos discursos.

A codificação foi realizada de forma manual, através da leitura reiterada das transcrições, o que assegurou a consistência interna do processo analítico. O procedimento adotado possibilitou a identificação de padrões, convergências e divergências entre os discursos dos doentes e dos familiares e serviu de base para a fase subsequente de tratamento e interpretação dos resultados.

Apresenta-se, de seguida, um exemplo ilustrativo do processo de codificação que conduziu à construção das categorias analíticas

Tabela 1 Exploração do material: grelha de codificação das entrevistas segundo a análise de conteúdo de Bardin

Participantes	UR	Código	Subcategoria	Categoria
D3	<i>“Houve aspetos bem organizados e outros que poderiam ter sido mais claros.”</i>	Informação pouco clara;	Clareza da informação	Comunicação
D4	<i>“A linguagem era muito técnica e isso dificultava perceber tudo.”</i>	Linguagem excessivamente técnica;		
F2	<i>“Tive de insistir várias vezes para conseguir esclarecer dúvidas.”</i>	Necessidade de insistência;		
D1	<i>“Sentia-me seguro quando o enfermeiro simplesmente dizia ‘estou aqui’.”</i>	Presença tranquilizadora;	Apoio emocional;	Empatia
D2	<i>“Nem fizeram contacto visual comigo.”</i>	Ausência de contacto visual;	Distanciamento emocional;	
D4	<i>“Chamavam-me pelo nome e explicavam com calma.”</i>	Comunicação humanizada;	Personalização do cuidado;	Relação com a Equipa
F3	<i>“Alguns profissionais eram mais atentos, outros mais formais.”</i>	Variabilidade relacional;	Estilo relacional;	
D2	<i>“Pedirem a nossa opinião fez-nos sentir valorizados.”</i>	Envolvimento nas decisões;	Envolvimento da família;	Participação da família
D3	<i>“Raramente conseguiam falar com a equipa.”</i>	Dificuldade de contacto;	Limitação do envolvimento;	

Participantes	UR	Código	Subcategoria	Categoria
D2	<i>“O ritmo acelerado do serviço dificultava a comunicação.”</i>	Ritmo acelerado;	Organização do serviço;	Barreiras
D3	<i>“A limitação de visitas dificultou o contacto.”</i>	Restrição de visitas;	Organização institucional	

Nota. D = Doente; F = Familiar. UR = Unidade de Registo.

Para garantir rigor metodológico, cada unidade de registo foi codificada apenas uma vez, e posteriormente integrada na subcategoria e categoria que melhor representava o seu significado predominante. Sempre que uma unidade de registo apresentava conteúdos distintos, foi considerada a ideia central do excerto, conforme recomendado por Bardin (2011).

FASE 3 – Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas a doentes e familiares em contexto cirúrgico crítico permitiu identificar cinco categorias analíticas: Comunicação, Empatia, Relação com a Equipa, Participação da Família e Barreiras. Estas categorias emergiram a partir da codificação exaustiva das unidades de registo, e refletem as perceções e vivências dos participantes relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde durante o internamento cirúrgico crítico.

Comunicação

A categoria Comunicação destacou-se nas narrativas dos participantes como um elemento determinante para a perceção de segurança, controlo e tranquilidade durante o internamento em contexto cirúrgico crítico. A maioria dos entrevistados associou a clareza da informação à diminuição da ansiedade e ao reforço da confiança na equipa, valorizando explicações claras, compreensíveis e adequadas ao seu nível de entendimento.

Contudo, a análise revelou uma perceção de inconsistência comunicacional, associada a diferenças no estilo e disponibilidade dos profissionais. Vários participantes referiram que, embora alguns profissionais explicassem de forma clara e detalhada, outros comunicavam de

forma mais apressada ou menos esclarecedoras, o que gerava sentimentos de incerteza. Como ilustra um dos relatos: *“Alguns profissionais explicaram muito bem cada passo, mas outros foram mais apressados.”* (Doente 2).

A utilização de linguagem excessivamente técnica foi mencionada por diferentes participantes como um fator dificultador da compreensão, particularmente em momentos de maior vulnerabilidade emocional. Esta dificuldade não se relacionava apenas com o conteúdo clínico em si, mas também com a ausência de adaptação da mensagem ao estado emocional do interlocutor, o que contribuía para sentimentos de desorientação.

Paralelamente, emergiu a percepção de limitação na disponibilidade comunicacional, sobretudo entre os familiares. Em alguns casos, foi necessário insistir para obter esclarecimentos ou houve dificuldade em contactar a equipa, situação que aumentou a ansiedade e a sensação de insegurança. Estes dados sugerem que a comunicação eficaz não depende apenas da clareza da informação, mas também da acessibilidade e continuidade do contacto com os profissionais. Globalmente, os resultados indicam que a comunicação é percebida como um processo relacional e não apenas informativo, cuja qualidade é determinante para a experiência emocional vivida em contexto cirúrgico crítico.

Empatia

A Empatia destacou-se como uma dimensão transversal e fortemente associada ao bem-estar emocional dos doentes e familiares. A maioria dos participantes descreveu gestos simples de presença, atenção e reconhecimento pessoal como elementos determinantes para a percepção de segurança e confiança durante o internamento cirúrgico crítico. Expressões verbais breves, como a afirmação de disponibilidade por parte do profissional, foram interpretadas como sinais concretos de proximidade relacional e apoio emocional.

A comunicação não verbal — nomeadamente o contacto visual, o tom de voz tranquilo e o chamar pelo nome — emergiu como expressão tangível de humanização dos cuidados. Estes comportamentos foram percebidos como indicadores de respeito e consideração pela pessoa para além da sua condição clínica. Como sintetiza um dos participantes: *“Olharam nos olhos, chamavam pelo nome e explicavam com calma.”* (Doente 4).

Contudo, também emergiram experiências de distanciamento emocional. Alguns participantes relataram interações marcadas por respostas breves, ausência de contacto visual ou foco exclusivo nas tarefas técnicas, interpretadas como frieza ou desinteresse. Estes relatos sugerem que a ausência de pequenos gestos empáticos pode comprometer significativamente a

experiência emocional do doente e da família, mesmo quando os cuidados técnicos são adequados.

A análise indica, assim, que a empatia é percebida não como um atributo extraordinário, mas como uma dimensão essencial e esperada da prática profissional, cuja presença ou ausência influencia diretamente a forma como o internamento é vivido.

Relação com a Equipa

A relação com a equipa revelou-se heterogênea, variando em função do profissional, do turno e do contexto clínico. A maioria dos participantes valorizou atitudes de reconhecimento da pessoa para além da sua condição clínica, destacando a importância da personalização dos cuidados como um elemento diferenciador da experiência de internamento.

O facto de serem chamados pelo nome, de receberem explicações antes da realização de procedimentos ou de sentirem que o profissional demonstrava atenção individualizada foi interpretado como sinal de respeito e consideração. Como expressou um dos doentes: “Chamavam-me pelo nome e explicavam o que iam fazer.” (Doente 4). Estes comportamentos foram associados a maior confiança e proximidade relacional.

Contudo, foi também identificada uma percepção de variabilidade no estilo relacional entre os profissionais, tendo alguns sido descritos como mais atentos e próximos e outros como mais formais ou distantes. Esta heterogeneidade sugere uma ausência de uniformização nas práticas relacionais, o que pode influenciar significativamente a percepção global da qualidade dos cuidados.

Apesar das exigências do serviço e da elevada carga assistencial, vários participantes reconheceram a disponibilidade relacional demonstrada por alguns profissionais, o que evidencia que a proximidade interpessoal é possível mesmo em contextos de pressão organizacional. Estes dados indicam que a relação com a equipa não depende exclusivamente das condições estruturais, mas também da intencionalidade e da postura individual dos profissionais.

Participação da Família

A Participação da Família emergiu como uma dimensão amplamente valorizada pelos participantes, e reconhecida como elemento fundamental para a vivência do internamento cirúrgico crítico. A família entrevistada referiu a importância de serem informados e

envolvidos nas decisões clínicas, associando esse envolvimento à diminuição da ansiedade e ao reforço da confiança na equipa de saúde.

As situações em que os familiares foram convidados a partilhar opiniões ou a participar nas decisões foram descritas como particularmente significativas, sendo interpretadas como sinal de valorização e respeito. Como expressou um dos participantes: *“Pedirem a nossa opinião fez-nos sentir valorizados.”* (Doente 2). Estes momentos contribuíram para a perceção de inclusão e reconhecimento do papel da família no processo de cuidado.

Contudo, a análise revelou que essa participação nem sempre ocorreu de forma consistente. Vários participantes referiram dificuldades no contacto com a equipa e limitações na comunicação regular, o que gerou sentimentos de frustração e exclusão. A ausência de momentos estruturados de atualização clínica foi percecionada como um fator que condicionou o envolvimento familiar, particularmente em fases mais críticas do internamento.

Os resultados indicam que a participação da família não depende apenas da intenção individual dos profissionais, mas está fortemente condicionada por fatores organizacionais e estruturais. Assim, o envolvimento familiar surge como uma dimensão desejada e valorizada, mas cuja concretização prática revela ainda variabilidade e fragilidade.

Barreiras

A categoria Barreiras integrou os fatores percecionados como obstáculos à comunicação eficaz, à empatia e ao envolvimento da família em contexto cirúrgico crítico. A maioria dos participantes associou as dificuldades comunicacionais a constrangimentos organizacionais, destacando o ritmo acelerado do serviço e a escassez de tempo como limitações significativas. O ritmo assistencial intenso foi frequentemente descrito como um fator que condicionava explicações mais detalhadas e momentos de diálogo mais aprofundados, o que levou os participantes a interpretarem-no como uma causa indireta de interações breves e centradas nas tarefas. Como referido por um dos doentes: *“O ritmo acelerado do serviço dificultava a comunicação.”* (Doente 2). Estes relatos evidenciam que a pressão assistencial influencia não apenas a dinâmica dos cuidados técnicos, mas também a qualidade da interação relacional. Para além da sobrecarga de trabalho, emergiram barreiras institucionais, nomeadamente restrições de visitas e limitações estruturais que dificultaram o contacto regular com a equipa. Em alguns casos, as condições ambientais — como ausência de privacidade e ruído — foram também mencionadas como fatores que comprometiam a qualidade da comunicação.

Os resultados sugerem que as barreiras identificadas não resultam exclusivamente de lacunas individuais dos profissionais, mas refletem constrangimentos estruturais que condicionam a operacionalização de práticas comunicacionais empáticas. Assim, a melhoria da comunicação e do envolvimento familiar depende não apenas de competências interpessoais, mas também de intervenções organizacionais que criem condições mais favoráveis à interação significativa entre equipa, doentes e famílias.

5. DISCUSSÃO

A presente investigação teve como objetivo compreender as perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos. Os resultados obtidos revelam uma forte consonância com a evidência previamente identificada na scoping review, e permitem compreender de forma mais aprofundada como estas dimensões são experienciadas no contexto do internamento cirúrgico.

A comunicação destacou-se como a categoria mais estruturante das narrativas e constituiu um elemento central na construção da perceção de segurança, controlo e confiança. No presente estudo, os participantes valorizaram particularmente a clareza da informação, a disponibilidade dos profissionais para o esclarecimento de dúvidas e a adaptação da linguagem ao seu nível de compreensão.

Estes achados corroboram os resultados de Auriemma et al. (2021), que evidenciam que a ausência de informação clara intensifica o sofrimento emocional dos familiares, uma vez que favorece sentimentos de desorientação e incerteza. De forma semelhante, Coombs et al. (2020) demonstraram que a comunicação estruturada influencia diretamente a perceção de segurança e a satisfação da família. No entanto, os dados do presente estudo sugerem que não é apenas a existência de informação que é valorizada, mas a forma como a informação é transmitida — com tempo, calma e sensibilidade emocional.

A utilização de linguagem excessivamente técnica foi identificada como uma fragilidade persistente, o que corrobora o descrito por Zante et al. (2023), que identificam barreiras comunicacionais associadas à pressão assistencial. Tal poderá indicar que, apesar da valorização teórica da comunicação centrada na pessoa, a sua operacionalização na prática continua condicionada por fatores organizacionais e culturais.

Importa refletir que, em contexto cirúrgico crítico, a comunicação assume uma dimensão particularmente sensível, dado que os doentes se encontram frequentemente fragilizados e os familiares em estado de elevada ansiedade. Assim, comunicar de forma eficaz não constitui apenas uma competência técnica, mas um ato terapêutico que influencia a experiência global do internamento.

A empatia destacou-se como dimensão transversal e profundamente valorizada pelos participantes. Pequenos gestos — como contacto visual, chamar pelo nome ou expressões simples de presença — foram descritos como determinantes para o bem-estar emocional.

Estes resultados alinham-se com Silva et al. (2021) e Pedrosa et al. (2021), que identificam a empatia clínica como elemento central da humanização do cuidado. A literatura demonstra que a escuta ativa e a presença empática fortalecem o vínculo terapêutico e reduzem a ansiedade, aspeto igualmente evidenciado nas narrativas recolhidas.

Contudo, à semelhança do descrito por Pinheiro et al. (2022), também emergiram relatos de distanciamento emocional, associados a interações centradas exclusivamente nas tarefas técnicas. Tal evidencia a tensão existente entre a exigência técnica dos cuidados críticos e a manutenção de uma abordagem relacional consistente.

No contexto específico deste estudo, a empatia não foi percecionada como algo extraordinário ou complexo, mas como algo simples e profundamente humano. Esta constatação sugere que a humanização dos cuidados não depende necessariamente de intervenções estruturais complexas, mas de uma atitude intencional e consciente por parte dos profissionais.

A Relação com a Equipa revelou-se heterogénea, variando em função do profissional, do turno e do contexto clínico. Os participantes valorizaram particularmente as situações em que se sentiram reconhecidos como pessoas e não apenas como doentes ou casos clínicos.

Estes resultados vão ao encontro do que é descrito por Coombs et al. (2020), que sublinham a importância do vínculo relacional na perceção de qualidade dos cuidados. A personalização do cuidado, identificada nas narrativas, reforça a evidência de que a dimensão relacional da enfermagem assume especial relevância em contextos de elevada vulnerabilidade.

A variabilidade nas experiências relatadas poderá indicar ausência de uniformização nas práticas comunicacionais, aspecto também descrito na literatura. Tal sugere a necessidade de maior alinhamento das equipes em torno de princípios comuns de comunicação e empatia.

A participação da família emergiu como dimensão fundamental, embora frequentemente limitada por constrangimentos organizacionais. Situações em que a família foi envolvida nas decisões foram descritas como particularmente positivas e geradoras de confiança.

Estes achados corroboram Pena et al. (2025), que demonstram que intervenções estruturadas de comunicação aumentam a satisfação familiar, e Putowski et al. (2023), que relacionam a ausência de envolvimento familiar com maior risco de sofrimento psicológico e desenvolvimento de SPCI-F.

No entanto, os dados sugerem que o envolvimento da família nem sempre ocorre de forma sistemática, dependendo frequentemente da disponibilidade dos profissionais. Esta ambivalência reflete um desafio amplamente descrito na literatura e evidencia a necessidade de implementar estratégias formais que garantam a equidade no acesso à informação e na participação.

As barreiras identificadas — ritmo acelerado do serviço, falta de tempo, linguagem técnica e limitações institucionais — estão em consonância com os achados de Zante et al. (2023) e Assa et al. (2021). A sobrecarga assistencial e a escassez de recursos humanos surgem como fatores estruturais que condicionam negativamente a qualidade da comunicação.

Estes resultados sugerem que a melhoria da comunicação e da empatia não depende exclusivamente das competências individuais dos profissionais, mas também de fatores organizacionais. Esta constatação reforça a importância da implementação de intervenções institucionais que promovam ambientes mais favoráveis à comunicação, incluindo formação específica e momentos estruturados de atualização da informação destinados aos doentes e às suas famílias.

Em síntese, os resultados confirmam que a comunicação e a empatia constituem dimensões indissociáveis da qualidade dos cuidados em contexto cirúrgico crítico. Para além de corroborarem a evidência disponível, permitem compreender a forma como estas dimensões

são experienciadas por doentes e familiares na prática clínica, revelando que pequenas ações comunicacionais podem exercer um impacto significativo na vivência do internamento.

A análise sugere que a humanização dos cuidados não se opõe à excelência técnica, mas a complementa. A comunicação empática surge, assim, como elemento mediador entre a complexidade clínica e a experiência subjetiva do doente e da família.

5.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E DIREÇÕES FUTURAS

Os resultados deste estudo, centrados nas perceções de doentes e famílias, oferecem contributos relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados em contextos cirúrgicos críticos. As implicações práticas e as direções para investigação futura são apresentadas de seguida.

5.1.2. Implicações para a Prática de Enfermagem

Os achados reforçam a necessidade de uma abordagem intencional e estruturada para a comunicação e empatia, que transcenda a variabilidade individual dos profissionais. Neste sentido, destacam-se as seguintes implicações:

- Para a Prática Clínica: É fundamental a implementação de protocolos de comunicação estruturada, como reuniões familiares programadas e momentos formais de atualização clínica. Adicionalmente, a adoção de estratégias de envolvimento familiar, como a flexibilização de horários de visita e a utilização de diários de cuidados intensivos, pode reforçar a parceria no cuidado. A personalização, através de gestos simples como chamar o doente pelo nome e validar as suas emoções, deve integrar a prática clínica diária.
- Para a Formação: Os resultados evidenciam a necessidade de investir em formação contínua em competências comunicacionais e relacionais para todos os profissionais. Para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é crucial o aprofundamento de competências avançadas na gestão de conversas difíceis, mediação de conflitos e apoio emocional em situações de elevada complexidade.
- Para a Gestão de Serviços: A qualidade da comunicação depende também de fatores organizacionais. É imperativo que as lideranças promovam uma cultura que valorize a dimensão relacional do cuidado, promovam dotações seguras de pessoal seguras que permitam aos profissionais dedicar tempo à comunicação. A criação de espaços físicos que assegurem privacidade para conversas com doentes e famílias constitui, igualmente, uma prioridade.

5.2 DIREÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA

Com base nos resultados e limitações do presente estudo, emergem novas linhas de investigação que poderão aprofundar o conhecimento nesta área:

- Estudos de Intervenção: Desenvolver e avaliar a eficácia de programas de formação em comunicação empática e o impacto de protocolos estruturados de comunicação na satisfação de doentes e famílias, bem como em outcomes clínicos como a ansiedade e o risco de desenvolvimento de Síndrome Pós-Cuidados Intensivos – Família (SPCI-F).
- Investigação com Foco nos Profissionais: Explorar as perceções dos profissionais de saúde relativamente as barreiras e facilitadores da comunicação empática, bem como identificar as suas necessidades formativas e o impacto do burnout na qualidade da interação.
- Estudos Longitudinais e Mistos: Acompanhar doentes e famílias após a alta hospitalar para compreender o impacto a longo prazo da experiência comunicacional vivida. A combinação de métodos qualitativos e quantitativos poderá permitir a correlação entre as perceções e indicadores de saúde, como a adesão terapêutica e a qualidade de vida.

Em suma, a tradução dos achados deste estudo em práticas concretas e a continuidade da investigação são essenciais para consolidar uma cultura de cuidado verdadeiramente centrada na pessoa, onde a excelência técnica e a sensibilidade humana progridem em conjunto.

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É fundamental reconhecer as limitações do presente estudo para uma interpretação contextualizada dos resultados. A principal limitação reside na dimensão e especificidade da amostra. Por se tratar de um estudo qualitativo, com uma amostra intencional constituída por oito participantes (quatro doentes e quatro familiares) provenientes de uma única Unidade Local de Saúde, os resultados não são generalizáveis. No entanto, oferecem uma compreensão aprofundada do fenómeno no contexto em que foi estudado.

A natureza retrospectiva da recolha de dados, baseada na memória dos participantes sobre eventos emocionalmente intensos, pode introduzir um viés de recordação. Adicionalmente, o facto de a análise de conteúdo ter sido realizada manualmente, sem o recurso a software de apoio à análise qualitativa (como o NVivo), é reconhecido como uma limitação que, embora não invalide os resultados, poderia ter reforçado a sistematização e a rastreabilidade do processo analítico.

Por fim, importa salientar que, em linha com a abordagem qualitativa, o critério para determinar o tamanho da amostra não assentou exclusivamente na saturação dos dados no seu sentido tradicional, mas na profundidade e riqueza da informação recolhida para responder aos objetivos do estudo. Futuras investigações, com amostras mais diversificadas e de diferentes contextos institucionais, poderão complementar e expandir os achados aqui apresentados.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo contribuiu para a compreensão das perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e à empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos, evidenciando que estas dimensões assumem um papel central na experiência vivida durante o internamento. Através da análise de conteúdo das entrevistas, foi possível identificar cinco categorias analíticas — Comunicação, Empatia, Relação com a Equipa, Participação da Família e Barreiras — que refletem a complexidade e a multidimensionalidade do fenómeno em estudo.

Os resultados demonstram que, na maioria dos participantes, a comunicação clara, acessível e adaptada ao momento clínico contribuiu de forma significativa para a perceção de segurança, controlo e confiança. Seis dos oito entrevistados referiram explicitamente a importância da clareza da informação, enquanto mais de metade destacou a disponibilidade dos profissionais para esclarecer dúvidas como um elemento diferenciador da experiência vivida. Do mesmo modo, a empatia — mencionada de forma transversal nas narrativas —, expressa frequentemente através de pequenos gestos de presença, atenção e reconhecimento da pessoa, revelou-se determinante para o bem-estar emocional e para a humanização dos cuidados, mesmo em contextos marcados por elevada exigência técnica e organizacional.

A relação com a equipa estabelecida entre profissionais, doentes e famílias emergiu como variável e dependente de fatores individuais e contextuais, o que reforça a importância de práticas consistentes e alinhadas com uma abordagem centrada na pessoa. Paralelamente, todos

os familiares entrevistados salientaram a relevância do envolvimento nas decisões clínicas, ainda que este fosse frequentemente condicionado por limitações organizacionais, o que evidencia a necessidade de estratégias que promovam um envolvimento mais sistemático e equitativo. As barreiras identificadas — particularmente o ritmo acelerado do serviço e a falta de tempo — foram referidas por mais de metade dos participantes, confirmando desafios amplamente descritos na literatura e reforçando a influência dos fatores organizacionais na qualidade da comunicação e da empatia.

Em consonância com os achados da scoping review previamente realizada, este estudo confirma que a comunicação e a empatia constituem pilares fundamentais da qualidade dos cuidados em contextos cirúrgicos críticos. Contudo, acrescenta um contributo relevante ao oferecer uma compreensão aprofundada das experiências vividas por doentes e familiares, evidenciando como estas dimensões são percecionadas e experienciadas no quotidiano assistencial.

Importa salientar que, embora o fenómeno em estudo tenha sido progressivamente clarificado ao longo das entrevistas, foram realizadas entrevistas adicionais com o objetivo de aprofundar a diversidade das experiências vividas e reforçar o poder descritivo da análise. Esta opção metodológica esteve alinhada com o objetivo qualitativo de alcançar uma compreensão abrangente dos significados atribuídos à comunicação e à empatia, mais do que com a procura de saturação de dados num sentido estritamente tradicional, opção metodológica que se revelou adequada ao contexto e aos objetivos do presente estudo de mestrado.

Em síntese, os resultados reforçam a necessidade de integrar, de forma intencional e sistemática, práticas comunicacionais e empáticas nos cuidados prestados a doentes em situação cirúrgica crítica, e reconhece que a humanização dos cuidados não se opõe à excelência técnica, mas antes a complementa. Este estudo contribui para a prática de enfermagem ao evidenciar áreas de melhoria e ao sustentar a importância de intervenções formativas e organizacionais que promovam uma comunicação mais eficaz, empática e centrada no doente e na família. Adicionalmente, abre caminho para futuras investigações que aprofundem estas dimensões e avaliem estratégias concretas de melhoria da comunicação e empatia em contextos cirúrgicos críticos.

Atendendo à relevância dos resultados obtidos e ao seu contributo para a melhoria da qualidade e da humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, os resultados do presente estudo foram organizados sob a forma de artigo científico, evidenciando o seu potencial de divulgação científica.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O percurso desenvolvido ao longo do Estágio Profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, constituiu um processo estruturante de crescimento pessoal, profissional e científico. A experiência adquirida nos diferentes contextos assistenciais — Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes, Serviço de Medicina Intensiva e Serviço de Urgência — permitiu consolidar competências técnicas diferenciadas e aprofundar a compreensão da complexidade inerente aos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, integrando, de forma consciente, as dimensões ética, relacional e reflexiva da prática especializada.

A exposição a situações de elevada complexidade clínica exigiu mobilização constante de raciocínio clínico estruturado, capacidade de antecipação e tomada de decisão em contextos de elevada pressão assistencial, e reforça a autonomia profissional e a responsabilidade inerente ao exercício especializado. Paralelamente, o contacto com pessoas e famílias em contextos de vulnerabilidade extrema evidenciou que a excelência técnica, embora essencial, é insuficiente quando dissociada de uma comunicação clara, empática e humanizada.

O trabalho de investigação desenvolvido constituiu igualmente um elemento central deste percurso formativo. Ao aprofundar as perceções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia em contexto cirúrgico crítico, foi possível transcender a observação empírica da prática e fundamentar cientificamente a importância da dimensão relacional no cuidado à pessoa em situação crítica. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de competências investigativas, analíticas e críticas, alinhadas com o perfil do Enfermeiro Especialista enquanto profissional reflexivo e produtor de conhecimento.

Os resultados obtidos reforçam que a comunicação e a empatia não constituem dimensões acessórias da prática clínica, mas sim pilares estruturantes da qualidade dos cuidados especializados. Simultaneamente, evidenciam que a sua operacionalização consistente depende não apenas da intencionalidade individual dos profissionais, mas também de condições organizacionais que favoreçam ambientes seguros, tempos de comunicação adequados e culturas assistenciais centradas na pessoa e na família.

O percurso formativo permitiu consolidar uma identidade profissional mais consciente e diferenciada, capaz de integrar tecnologia e humanização, rigor técnico e sensibilidade relacional, liderança clínica e trabalho colaborativo. A reflexão sistemática sobre a prática revelou-se um instrumento central na consolidação de competências especializadas e na

transição para um exercício profissional mais autónomo, crítico e sustentado na evidência científica.

Em síntese, este relatório traduz um processo de transformação profissional no qual o desenvolvimento de competências clínicas especializadas se articulou com o aprofundamento da dimensão ética, relacional e científica da enfermagem. O desafio futuro consiste em continuar a investir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, promover práticas clínicas seguras, comunicação terapêutica estruturada, ambientes assistenciais humanizados e produção científica que contribua para o desenvolvimento e valorização da enfermagem especializada na área da pessoa em situação crítica.

Cuidar da pessoa em situação crítica exige, assim, não apenas competência técnica avançada, mas também a capacidade de reconhecer a vulnerabilidade humana e responder-lhe com ciência, responsabilidade ética e uma presença terapêutica autêntica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allgood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.

Assa, A. H., Wicks, M. N., & Umberger, R. A. (2021). Family caregivers' experience of patients with delirium in critical care units: A state-of-the-science integrative review. *American Journal of Critical Care*, 30(6), 471–478. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021394>

Atkins, P. W. B., & Kyles, D. J. (2016). Listening is a core leadership skill: Listen up! *Industrial and Commercial Training*, 48(7), 350–354. <https://doi.org/10.1108/ICT-04-2016-0022>

Auriemma, C. L., Harhay, M. O., Haines, K. J., Barg, F. K., Halpern, S. D., & Lyon, S. M. (2021). What matters to patients and their families during and after critical illness: A qualitative study. *American Journal of Critical Care*, 30(1), 11–20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021341>

Baptista, G. (2025). *Além das palavras: A comunicação integral na relação enfermeiro-doente e família*. Lisbon International Press.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Coombs, M. A., Statton, S., Endacott, C. V., & Endacott, R. (2020). Factors influencing family member perspectives on safety in the intensive care unit: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(9), 625–638. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa106>

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

Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 337–339. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA)*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma n.º 007/2020: Equipamentos de proteção individual para profissionais de saúde*. DGS.

Eddison, J., Millerchip, O., Rosenberg, A., Lewinsohn, A., & Raitt, J. (2024). Clinicians' experience of barriers and facilitators to care delivery of an extracorporeal cardiopulmonary resuscitation service for out-of-hospital cardiac arrest: A qualitative survey. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 32(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01261-7>

Freixo, J. M. (2011). *Ética e comunicação: Um olhar sobre os valores*. Edições Sílabo.

Happ, M. B., Garrett, K., Tate, J., DiVirgilio-Thomas, D., Houze, M., Demirci, J., & Sereika, S. (2011). Effect of a multi-level intervention on nurse–patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 40(2), 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.09.010>

Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. Springer.

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. ICN.

Jeong, Y. J., Ryoo, S. S., Shin, H. J., & Yi, Y. H. (2023). The lived experiences of patients' families with the intensive care unit diary. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 16(1), 28–43. <https://doi.org/10.34250/jkccn.2023.16.1.28>

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. <https://www.icn.ch>

Lei n.º 15/2014, de 21 de março. (2014). Carta dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série.

Lima, M. L. S., & Souza, C. B. de. (2020). A empatia na relação enfermeiro-paciente no centro cirúrgico. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 14, e243578. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243578~>

Ministério da Saúde. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. *Diário da República*.

Mitchell, E., & Chertok, I. R. A. (2024). Critical care nurses' perspectives of caring for patients with cancer. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 43(5), 239–245.

Morais, M. M., & Araújo, M. M. (2020). Empatia como componente essencial na relação entre profissionais de saúde e pacientes. *Referência: Revista de Enfermagem*, IV(24), 1–10.

Moreira, D. P., & Deslandes, S. F. (2018). Humanização do cuidado em saúde: Concepções de profissionais de um hospital público. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1545–1552. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.17822016>

Neme, C., Araujo, R., & Alves, M. (2020). Sedation, analgesia and delirium management in critically ill patients: Current perspectives. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(1), 153–161. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200024>

Nunes, L. (2018). *A enfermagem como disciplina e profissão: Fundamentos e perspectivas*. Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, M. M. (2016). *Comunicação terapêutica em enfermagem: Fundamentos e práticas*. Lusociência.

Oliveira, R. F., & Fernandes, M. C. S. (2020). A comunicação no contexto hospitalar: Contribuições para a segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190327.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 – Competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 141.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019, 4744–4750.

Pedrosa, L. A. K., Souza, L. C., & Nascimento, M. A. (2021). Comunicação e empatia no cuidado ao paciente crítico: Uma revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 12(6), 945–950. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4454>

Pena, H., Stokes, J., Zulueta, L., Awuku, M., Bergamesca, K., Do, J., Espersen, T., Fleetwood, R., Knors, J., Thomas, T., Tobey, A., Thompson, J. A., & Granger, B. B. (2025). A rapid-cycle intervention to enhance patient and family satisfaction in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 45(1), 61–68. <https://doi.org/10.4037/ccn2025564>

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer.

Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout em profissionais de saúde: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 89–96.

Phillips, M. L., Tsao, M., Davis-Sandfoss, A., Benzon, H., Mitchell, J. D., Barsuk, J. H., & Ballard, H. A. (2023). Use of simulation-based mastery learning curriculum to improve difficult conversation skills among anesthesiologists: A pilot study. *The Journal of Education in Perioperative Medicine*, 25(3), E710.

Pinheiro, I., Kohlsdorf, M., & Pérez-Nebra, A. R. (2022). Analysis of stress and coping in relatives of patients admitted to the ICU. *Paideia*, 32, e3204. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3204>

Pinho, C. (2020). Sedoanalgesia em doentes críticos: Estratégias para melhoria da qualidade dos cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1–8.

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

Putowski, Z., Rachfalska, N., Majewska, K., Megger, K., & Krzych, Ł. (2023). Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: A systematic review. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 55(3), 168–178. <https://doi.org/10.5114/ait.2023.130831>

Ramos, F. R. S., Brito, M. J. M., & Silva, K. L. (2017). Comunicação na equipe de saúde e segurança do paciente: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 1011–1021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>

Reynolds, W. J., & Scott, P. A. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363–370. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x>

Rosa, R. G., Tonietto, T. F., & da Silva, D. B. (2023). Effect of person-centered care on communication in the ICU: A cluster-randomized trial. *Critical Care Medicine*, 51(2), 208–216. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005552>

Salameh, B., Abdallah, J., Alkubati, S., & AlBashtawy, M. (2024). Noise levels in intensive care units and their impact on patients and healthcare professionals: A systematic review. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.13000>

Sandnes, L., & Uhrenfeldt, L. (2024). O toque carinhoso como comunicação em enfermagem de terapia intensiva: Um estudo qualitativo. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1), 2348891. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2348891>

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Bouchal, S. R., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>

Silva, L. C. M., Oliveira, R. F., & Rodrigues, M. A. (2021). A empatia como ferramenta para a humanização no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20200521.

Silva, R. M., Padilha, M. I., & Bellaguarda, M. L. (2019). Humanização da assistência à saúde: Uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, e20180211.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte do doente crítico: Recomendações*. Lisboa.

Ten Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: A systematic review. *Critical Care*, 20(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2021). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.

Yu-Lian Hong, Y.-C., Nien, Y.-C., & Chi, C.-L. (2024). Nursing experience of caring for a patient with oral cancer post endotracheal tube placement by using theory of comfort. *Tzu Chi Nursing Journal*, 23(4), 102–111.

Zante, B., Erne, K., Grossenbacher, J., & Schefold, J. C. (2023). Nurses' perceived barriers to communication with families in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 320–330.

APÊNDICES

APÊNDICE A – SINALÉTICAS

Figura 1

Sinalética Ruído I



Figura 2

Sinalética Ruído II

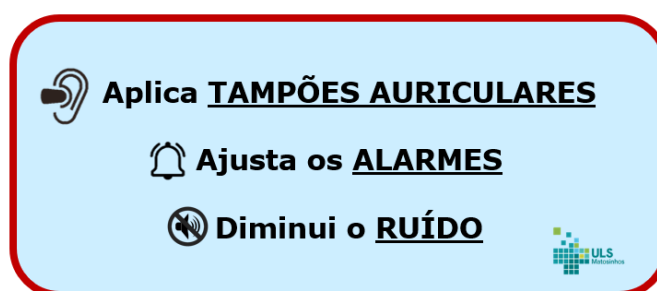


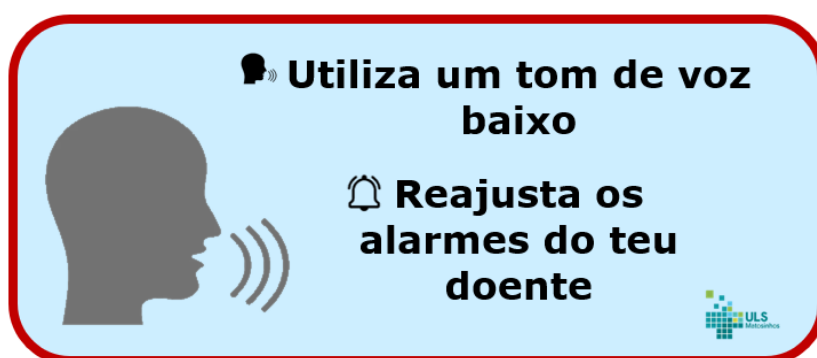
Figura 3

Sinalética Ruído III



Figura 4

Sinalética Ruído IV



**APÊNDICE B: QUIMIOTERAPIA EM CUIDADOS INTENSIVOS - CUIDAR
EM CONTEXTO CRÍTICO**

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é desenvolvido no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização da pessoa em situação crítica, inserido no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano. Este percurso formativo visa consolidar e aprofundar as competências do enfermeiro especialista, que se traduzem na prestação de cuidados de elevada complexidade, sustentados no conhecimento científico, na tomada de decisão clínica e na promoção da segurança e qualidade dos cuidados.

A pessoa em situação crítica caracteriza-se por uma instabilidade potencial ou real das funções vitais, exigindo vigilância contínua, intervenções rápidas e fundamentadas, e uma abordagem multidisciplinar centrada nas necessidades do doente e da família. Quando a esta condição se associa uma patologia oncológica e a necessidade de administração de quimioterapia em ambiente intensivo, surgem desafios acrescidos — quer pela complexidade terapêutica, quer pela vulnerabilidade da pessoa e pelos riscos inerentes ao tratamento citotóxico.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica assume um papel fundamental na monitorização clínica, gestão terapêutica, prevenção de complicações e implementação de medidas de segurança durante a administração de quimioterapia. Estas competências estão em consonância com o Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, que define o enfermeiro especialista como o profissional capaz de intervir em situações de elevada complexidade, com base em julgamento clínico especializado, promovendo o conforto, a segurança e a qualidade de vida da pessoa em situação crítica e da sua família.

O presente trabalho pretende, assim, refletir sobre a administração de quimioterapia em contexto de cuidados intensivos, destacando a importância dos cuidados de enfermagem especializados, a gestão do risco e a humanização do cuidar, em consonância com os princípios da enfermagem médico-cirúrgica e com os valores éticos e científicos que sustentam a prática profissional.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo geral refletir sobre a administração de quimioterapia em contexto de cuidados intensivos, identificando as implicações clínicas e os cuidados de enfermagem especializados necessários à pessoa em situação crítica submetida a terapêutica citotóxica.

Como objetivos específicos, pretende-se:

Descrever os principais cuidados de enfermagem inerentes à administração de quimioterapia em ambiente de medicina intensiva;
Analisar os riscos, precauções e medidas de segurança associados ao manuseamento e administração de fármacos citotóxicos;
Reconhecer a importância da vigilância clínica e da monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica oncológica;
Promover uma reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista na gestão do processo terapêutico, na segurança do doente e na humanização dos cuidados.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pessoa em situação crítica caracteriza-se por uma instabilidade potencial ou real das funções vitais que coloca a sua vida em risco, exigindo cuidados de elevada complexidade, baseados em conhecimento especializado e numa tomada de decisão rápida e fundamentada (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica distingue-se pela sua capacidade de avaliar, planear, executar e avaliar intervenções que visam restaurar ou manter a estabilidade hemodinâmica, respiratória e metabólica, assegurando simultaneamente o conforto, a dignidade e a segurança da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento do número de doentes oncológicos internados em unidades de cuidados intensivos, quer por complicações da doença, quer pela necessidade de continuidade de terapêuticas específicas, como a quimioterapia (Azoulay et al., 2020). A administração de agentes citotóxicos em contexto intensivo representa um desafio ético e técnico, uma vez que implica risco acrescido de toxicidade, interações medicamentosas e complicações agudas (Carvalho et al., 2021).

O enfermeiro desempenha um papel central neste processo, assegurando a preparação, identificação e administração segura dos fármacos, bem como a monitorização contínua do estado clínico da pessoa e a prevenção de reações adversas. Para além da competência técnica, exige-se uma prática sustentada na segurança, na vigilância e na humanização dos cuidados, integrando a dimensão científica e ética da profissão (Watson, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro deve demonstrar capacidade para “tomar decisões clínicas em situações de elevada complexidade”, “garantir a segurança da pessoa” e “promover práticas baseadas na evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste sentido, o exercício

profissional em contexto de medicina intensiva requer uma atuação integrada e colaborativa, centrada na pessoa e na família, respeitando princípios de dignidade, autonomia e esperança, fundamentais para o cuidar em situação crítica.

METODOLOGIA

O presente trabalho enquadra-se na unidade curricular de Estágio II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização da pessoa em situação crítica, e foi desenvolvido no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano. Trata-se de um trabalho de natureza reflexiva e descritiva, sustentado na análise crítica da prática clínica e na revisão de evidência científica atual sobre a administração de quimioterapia em contexto de cuidados intensivos.

A metodologia utilizada assentou em duas dimensões complementares:

Dimensão teórica – Realizou-se uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de identificar a evidência científica disponível sobre a administração de quimioterapia em doentes críticos, bem como as implicações éticas, técnicas e de segurança associadas a esta terapêutica.

Dimensão prática-reflexiva – A partir da reflexão orientada pelo contexto do estágio e pela experiência profissional prévia da autora, sob orientação do orientador em medicina intensiva, foi realizada uma reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados a doentes submetidos a quimioterapia, com especial enfoque na segurança, vigilância clínica, prevenção de complicações e humanização do cuidar. Esta reflexão foi orientada pelos princípios ético-deontológicos da profissão e pelas competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), promovendo a integração entre teoria, prática e desenvolvimento profissional.

A análise dos dados teóricos e da experiência clínica permitiu identificar padrões de cuidado, necessidades formativas e estratégias de melhoria da prática, contribuindo para o desenvolvimento de competências avançadas e para a promoção de cuidados seguros, baseados na evidência e centrados na pessoa.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA EM CUIDADOS INTENSIVOS

A administração de quimioterapia em contexto de cuidados intensivos exige do enfermeiro especialista uma atuação rigorosa e sistematizada em todas as fases do processo terapêutico — antes, durante e após a administração — com o objetivo de

garantir a segurança da pessoa e da equipa, reduzir o risco de complicações e promover a eficácia do tratamento.

Antes da administração

Antes de iniciar a terapêutica citotóxica, o enfermeiro deve assegurar:

Validação da prescrição médica, confirmando o fármaco, dose, via, tempo de perfusão e compatibilidades;

Verificação da identificação da pessoa, conforme a política de segurança institucional;

Avaliação do estado clínico, nomeadamente parâmetros hemodinâmicos, função renal e hepática, acesso venoso e presença de sinais de infeção;

Preparação do material e ambiente seguro, garantindo condições assépticas e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados (bata impermeável, luvas de nitrilo, máscara e proteção ocular);

Verificação do acesso venoso (preferencialmente central), assegurando permeabilidade, fixação e ausência de sinais de inflamação ou infiltração;

Educação e informação à pessoa e família, sempre que o estado clínico o permita, promovendo compreensão sobre o procedimento e potenciais efeitos.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2021) e a Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO, 2020), o cumprimento rigoroso destes passos é essencial para minimizar o risco de erros e reações adversas.

Durante a administração

Durante a administração da quimioterapia, o enfermeiro deve:

Assegurar a monitorização contínua dos sinais vitais e do nível de consciência;

Observar sinais precoces de toxicidade ou reação alérgica (rubor, prurido, dispneia, dor torácica, tremores, febre ou hipotensão);

Verificar a integridade do sistema de perfusão e controlar rigorosamente o débito e o tempo de infusão;

Utilizar sistemas fechados de administração, sempre que possível, para reduzir risco de exposição ocupacional;

Garantir a presença de fármacos de emergência (adrenalina, corticoides, anti-histamínicos) e suporte avançado de vida;

Manter comunicação constante com a equipa multidisciplinar, reportando alterações clínicas de forma imediata.

O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica deve, ainda, mobilizar competências de decisão rápida e fundamentada, de modo a intervir perante sinais de instabilidade ou reação adversa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Após a administração

Após o término da terapêutica, o enfermeiro deve:

Lavar o sistema com soro compatível para garantir administração completa do fármaco e evitar resíduos;

Vigiar sinais de extravasamento, alterações cutâneas ou dor no local de punção;

Rejeição segura do material citotóxico, seguindo normas institucionais de biossegurança;

Registar de forma completa e precisa todos os parâmetros observados, intervenções realizadas e resposta da pessoa;

Monitorizar efeitos tardios, nomeadamente náuseas, mucosite, alterações hematológicas ou infeções;

Promover o conforto e apoio emocional, reconhecendo o impacto psicológico e físico da terapêutica.

O reforço da vigilância pós-administração é fundamental, pois muitos efeitos adversos podem surgir horas após o término da infusão (Carvalho et al., 2021).

Assim, o enfermeiro assume um papel essencial na continuidade e segurança do cuidado, atuando como elo entre a pessoa, a equipa médica e os serviços de oncologia, garantindo que a terapêutica é administrada em conformidade com os mais elevados padrões de qualidade e segurança.

DISCUSSÃO

A administração de quimioterapia em contexto de cuidados intensivos representa uma situação de elevada complexidade clínica e emocional, exigindo do enfermeiro especialista um conjunto de competências técnico-científicas, éticas e relacionais que garantam a segurança, a vigilância e o conforto da pessoa em situação crítica. Durante o estágio no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano, foi possível observar e refletir sobre os desafios que emergem da gestão de terapêuticas citotóxicas em doentes oncológicos em estado crítico, destacando-se aspetos como a monitorização rigorosa, o controlo de complicações e a comunicação eficaz entre equipa e doente.

A literatura evidencia que a continuidade de terapêuticas oncológicas em cuidados intensivos é cada vez mais frequente, consequência da evolução dos protocolos de tratamento e do aumento da sobrevivência em contexto oncológico (Azoulay et al., 2020). Contudo, esta realidade impõe uma necessidade acrescida de adaptação dos cuidados e protocolos de segurança, sobretudo no manuseamento e administração de agentes citotóxicos (Carvalho et al., 2021). O enfermeiro especialista desempenha um papel determinante nesta gestão, assegurando a preparação adequada do ambiente e do material, a verificação das prescrições médicas, o uso de equipamentos de proteção individual e a eliminação segura de resíduos, conforme preconizado pelas normas nacionais e internacionais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021).

A experiência em contexto de cuidados intensivos permitiu reconhecer que a administração de quimioterapia em doentes críticos exige não apenas competência técnica, mas também capacidade de decisão e julgamento clínico especializado. A instabilidade hemodinâmica, as alterações metabólicas e a necessidade de suporte ventilatório ou renal tornam estes doentes particularmente vulneráveis. Assim, a vigilância contínua, a identificação precoce de complicações (como reações de hipersensibilidade, extravasamento, alterações do estado de consciência ou disfunção orgânica) e a comunicação interdisciplinar são pilares fundamentais para a segurança terapêutica (Martins et al., 2022).

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica deve ser capaz de “avaliar de forma contínua e sistemática a condição clínica da pessoa”, “gerir situações de instabilidade” e “atuar de forma integrada e coordenada na equipa multidisciplinar”. Esta prática foi evidente no âmbito da reflexão desenvolvida sob orientação do orientador, onde o enfermeiro assume simultaneamente funções de vigilância, ensino à equipa, coordenação de cuidados e suporte emocional à pessoa e à família.

Para além da dimensão técnica, a humanização do cuidado emergiu como elemento essencial. A terapêutica citotóxica em contexto de cuidados intensivos gera, frequentemente, medo, angústia e sensação de incerteza tanto para a pessoa como para a família. A aplicação dos princípios de Jean Watson (2008) sobre o *Cuidar Humano* reforça a importância da empatia, da escuta ativa e da presença autêntica do enfermeiro. Estas atitudes permitem estabelecer uma relação terapêutica que contribui para a diminuição da ansiedade e para a manutenção da esperança, mesmo em contextos de elevada complexidade clínica.

A reflexão sobre a prática possibilitou identificar necessidades de melhoria e formação contínua, nomeadamente no domínio da segurança na manipulação de citotóxicos, na atualização de protocolos e na formação em comunicação terapêutica. De igual modo, reforçou a importância do trabalho em equipa interdisciplinar, que integra médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes operacionais, num esforço conjunto de garantir o bem-estar e a segurança da pessoa em situação crítica oncológica.

Assim, o enfermeiro especialista deve assumir-se como líder clínico, promotor de práticas seguras e baseadas na evidência, e defensor da pessoa em situação crítica — garantindo que cada intervenção é orientada pelos princípios de beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela dignidade humana. Esta postura traduz o compromisso ético e científico da enfermagem especializada e reforça o papel do enfermeiro como elemento central na qualidade dos cuidados em ambiente intensivo.

CONCLUSÃO

A administração de quimioterapia em contexto de cuidados intensivos representa um desafio crescente e multidimensional para a enfermagem. Este trabalho permitiu refletir sobre a complexidade deste processo e sobre o papel determinante do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, enquanto profissional capaz de integrar o saber técnico, científico, ético e humano no cuidar da pessoa oncológica em situação crítica.

A análise da evidência científica e da experiência analisada de forma reflexiva a partir da orientação do orientador e da experiência profissional prévia da autora no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano permitiu compreender que a quimioterapia em doentes críticos exige uma vigilância rigorosa, uma gestão terapêutica segura e uma abordagem interdisciplinar centrada na pessoa e na sua família. A instabilidade clínica, a toxicidade dos fármacos e a vulnerabilidade emocional impõem ao enfermeiro uma prática sustentada em competências avançadas de observação, julgamento clínico e tomada de decisão rápida, garantindo a segurança e a continuidade dos cuidados.

Para além da dimensão técnica, emergiu a importância da humanização do cuidar, reforçando que, mesmo em cenários de alta tecnologia e complexidade, o foco do enfermeiro deve permanecer na pessoa — nos seus medos, necessidades e esperança. Como defende Jean Watson (2008), o cuidar implica uma relação autêntica que transcende o ato técnico, promovendo um encontro humano que alivia o sofrimento e restaura o sentido de dignidade.

Este trabalho contribuiu, assim, para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, nomeadamente na capacidade de integrar a evidência científica na prática, promover a segurança da pessoa submetida a terapêuticas complexas e adotar uma atitude reflexiva e ética perante a tomada de decisão clínica. Reforça-se, igualmente, a necessidade de formação contínua, atualização de protocolos institucionais e fortalecimento da comunicação interdisciplinar como pilares essenciais para uma prática de enfermagem segura e de qualidade.

Em síntese, cuidar em contexto crítico implica mais do que responder à instabilidade fisiológica da pessoa: exige compreender o seu sofrimento, reconhecer a sua vulnerabilidade e agir com competência e compaixão. A administração de quimioterapia em cuidados intensivos é, portanto, um campo que desafia o enfermeiro especialista a exercer um cuidar pleno — científico, técnico e profundamente humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azoulay, E., Pène, F., Darmon, M., Lengliné, E., Benoit, D., Soares, M., & Vincent, J.-L. (2020). *Managing critically ill hematology patients: Time to think differently*. *Intensive Care Medicine*, 46(6), 1107–1119. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-2>
- Carvalho, M., Gomes, A., & Figueiredo, S. (2021). *Administração de fármacos citotóxicos: Segurança e práticas de enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*, Série V(5), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20054>
- Kanji, S., MacLean, E., Rashid, F. J., Pittman, M., Trinacty, M., Allan, D., & Rosenberg, E. (2020). Chemotherapy in the Intensive Care Unit: An Evaluation of Context and Outcomes. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 73(4), 279–287.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 122/2011 – Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 30.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 – Competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 141.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). (2017). *Procedimentos específicos do Hospital de Dia na área da quimioterapia* (P-1300, Rev. 2).
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). (2025). *Manipulação e manutenção de cateter venoso central totalmente implantado* (P-1096, Rev. 4).
- Oncology Nursing Society (ONS). (2019). *Chemotherapy and Immunotherapy Guidelines and Recommendations for Practice* (2nd ed.). ONS Publishing.
- European Oncology Nursing Society (EONS). (2023). *Cancer Nursing Education Framework*.

ANEXO

GUIA DE BOLSO – Administração de quimioterapia em cuidados intensivos

Tabela 2 Guia de bolso: administração de quimioterapia em cuidados intensivos

ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA EM CUIDADOS INTENSIVOS		
Joana Cunha		
Hospital Pedro Hispano ULS Matosinhos Escola Superior de Saúde de Bragança		
ANTES DA ADMINISTRAÇÃO	DURANTE A ADMINISTRAÇÃO	APÓS A ADMINISTRAÇÃO
Validar prescrição médica (fármaco, dose, via, tempo de infusão) Confirmar identificação do doente Avaliar estado clínico e função renal/hepática Verificar permeabilidade do acesso venoso (preferencialmente central) Preparar material e ambiente seguro (EPI, sistemas fechados) Informar e tranquilizar a pessoa/família (se possível)	Monitorizar sinais vitais e nível de consciência Observar sinais precoces de reação adversa (rubor, dispneia, dor, tremores, hipotensão) Manter integridade do sistema e débito correto Fármacos de emergência disponíveis (adrenalina, corticoides, anti-histamínicos) Reportar alterações clínicas à equipa médica Assegurar vigilância contínua e comunicação interdisciplinar	Lavar o sistema com soro compatível Vigiar local de punção e sinais de extravasamento Eliminar resíduos citotóxicos em contentores apropriados Registar intervenções e reações observadas Monitorizar efeitos tardios (náuseas, mucosite, febre, alterações hematológicas) Garantir conforto e apoio emocional
CUIDADOS ESSENCIAIS: Utilizar sempre EPI adequado (luvas nitrílicas, bata impermeável, proteção ocular, máscara); Utilizar sistemas fechados e evitar desconexões; Não reutilizar materiais usados com citotóxico; Em caso de extravasamento, suspender infusão e aplicar protocolo institucional; Manter comunicação eficaz com oncologia e farmácia hospitalar;		

**APÊNDICE C– SHORT FORMATION EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO
INDIVIDUAL**

Figura 5

Equipamento de Proteção Individual



APÊNDICE D: CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO
BOAS PRÁTICAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



Cateter Totalmente Implantado Boas Práticas no Serviço de Urgência

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica
Escola Superior de saúde de Bragança
Joana Cunha

Objetivos da Sessão



Rever conceitos-chave



Reforçar técnica correta



Identificar erros comuns no SU



Promover segurança do doente;

Enquadramento

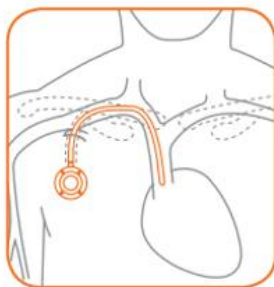
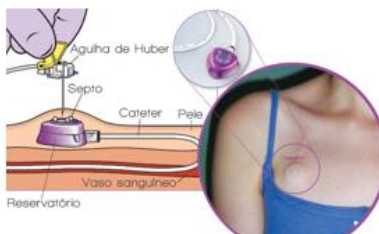
É frequente a admissão de doentes já portadores de cateter totalmente implantado (CTI).

Indicado quando não há acesso periférico disponível

O enfermeiro decide:

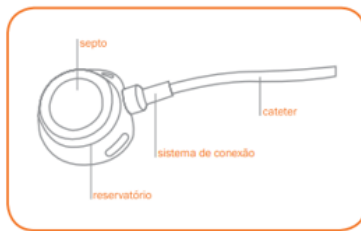
- Usar ou não usar?
- Como puncionar em segurança?
- Quando evitar e optar por outro acesso?

Responsabilidade direta na prevenção de infeção e extravasamento.



O que é o CTI?

- É um cateter venoso central de longa duração;
- Implantado cirurgicamente;
- Subcutâneo;
- Permite o acesso venoso através de um vaso de grande calibre;
- Sem lúmens externos visíveis;
- O acesso é feito com agulha de huber, através da pele;
- Permite administração Quimioterapia, Antibioterapia prolongada, Nutrição parentérica, Transfusões e colheitas de sangue;
- Permite infusões contínuas ou intermitentes, e suportam altas taxas de fluxo.



COMO É CONSTITUÍDO O CTI?

- Câmara ou reservatório;
- Septo ou membrana para receber as punções;
- Cateter de silicone rádio-opaco;
- Sistema de conexão.



Local de Inserção

Local de Implante (Reservatório/Porta): Normalmente na região peitoral superior (subclavicular), à direita ou à esquerda.

Acesso Venoso:

- **Veia Subclávia:** A mais frequente.
- **Veia Cefálica:** Usada frequentemente, pois oferece um acesso periférico que progride para a veia cava.
- **Veia Jugular Interna:** Alternativa comum no pescoço.
- **Veias Femorais/Safena:** Usadas em situações excepcionais ou de exceção, como trombose da veia cava superior.

Indicações no SU



Usar	Não Usar
○ Acesso venoso periférico difícil ○ Administração de fármacos Vesicantes/Irritantes ○ Infusão de Volume ○ Colheita de Sangue ○ Nutrição Parentérica ○ Hemodinamicamente estável ○ Profissional com formação na punção ○ Agulha de huber disponível ○ Observação do local de inserção do CVC (eritema, edema, dor, exsudado) ○ Confirmação de refluxo sanguíneo	○ Infecção Local/Sistêmica ○ Oclusão do cateter ○ Dano na pele ou câmara ○ Trombose venosa profunda ○ Profissional sem formação na punção ○ Sem garantia de técnicas assépticas rigorosas ○ Agulha huber não disponível.



Avaliação clínica

Confirmar tipo de dispositivo
Avaliar indicação para uso no SU
Inspecionar local: integridade da pele e sinais inflamatórios



Técnica segura

Higienização das mãos
Técnica asséptica
Utilização exclusiva de **agulha de huber**
Confirmar **refluxo sanguíneo** antes da perfusão
Fixação correta da agulha



Material Obrigatório

Luvas esterilizadas
Máscara cirúrgica
Agulha tipo Huber
Seringas ≥ 10 ml
SF 0,9%
Conector de pressão neutra
Clorexidina alcoólica 2%

Papel do Enfermeiro

Procedimento



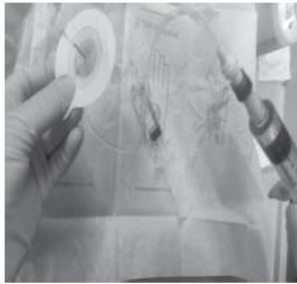
Pontos-chave:

- Técnica asséptica;
- *Flush* com soro fisiológico com técnica *push/pause, start/stop*;
- Técnica de pressão positiva, no final do *flush*, com clampagem do cateter venoso central;
- Utilizar sempre seringas de calibre igual ou superior a 10 ml;
- Usar agulha tipo huber na punção do cateter venoso central;
- Utilizar sempre conector de pressão neutra;
- Assepsia com clorexidina a 2% em solução alcoólica;
- Inspeccionar a pele sobre a câmara do cateter, certificando-se de que não existem sinais de eritema, rubor, edema ou dor;

Punção do CTI



- Reunir o material;
- Posicionar o doente;
- Colocar a máscara facial simples;
- Higienizar as mãos;
- Abrir o campo estéril e dispor sobre ele o material;
- Desinfetar o local a punccionar com solução antisséptica (clorexidina 2% em solução alcoólica);
- Colocar as luvas esterilizadas.



Intervenção

- Preencher a agulha, todo o prolongamento e dispositivo de pressão neutra com soro fisiológico, expurgando todo o ar do sistema;
- Se o sistema possuir *clamp*, clampar, para evitar a saída da solução, ou então, na sua ausência, manter a seringa acoplada ao sistema;
- Com a mão não dominante proceder à antisepsia da pele, no local onde se encontra posicionada a câmara subcutânea, de acesso ao cateter;
- Segurar a agulha e a seringa com a mão dominante;
- Com a mão não dominante, segurar firmemente a porta de acesso entre os dedos;
- Inserir a agulha no septo, em ângulo reto (90°) com a superfície da pele, até sentir um obstáculo: corresponde à parede posterior da câmara;



Intervenção

- Aspirar para se certificar da funcionalidade do cateter, 3-5 mL de sangue e rejeite;
- Utilizar uma segunda seringa preenchida com soro fisiológico (10 mL) para realizar técnica de *flush* (técnica de *push/pause* ou *start/stop*: perfusão de 1/1 mL a ritmo lento);
- Adaptar em seguida o sistema com a solução que pretende infundir ou administrar;
- Aplicar penso transparente específico para o cateter sob o local da punção;
- Observação cuidadosa durante a perfusão com fármacos para detetar qualquer disfunção e limitar o risco de extravasamento dos mesmos

Remoção do Cateter

- Após o término da medicação, o cateter deve ser sempre lavado com pelo menos 10 ml de SF
- Reunir todo o material, à exceção da agulha tipo Huber e do conector de pressão neutra
- Colocar máscara facial simples
- Remover o penso de fixação da agulha no cateter
- Higienizar as mãos



Complicações Possíveis 🚨

Extravasamento

- Punção inadequada (uso de agulha não huber)
- Deslocação da agulha de huber
- Lesão tecidual grave

Infeção

- Local e Sistémica
- Dor e edema

Obstrução do cateter

Erros comuns na utilização CTI



✗ Utilizar agulha que não é de Huber

→ risco elevado de dano do septo e extravasamento



✗ Puncionar sem confirmação de refluxo sanguíneo

→ nunca iniciar perfusão “à experiência”



✗ Desvalorizar dor, edema ou resistência à perfusão

→ sinais precoces de extravasamento ou má posição



✗ Utilizar seringas < 10 cc

→ aumento da pressão intraluminal e risco de rutura



✗ Quebrar a técnica asséptica na punção/manipulação

→ aumento do risco de infeção local e sistémica



✗ Assumir que o CVC TI deve ser sempre utilizado

→ optar por outro acesso também é uma decisão segura

Conclusão

O CTI não é um acesso de emergência imediata;

Pode ser um acesso seguro no SU, quando usado nas indicações corretas;

Agulha de huber é obrigatória;

Dor, edema ou resistência à perfusão não são normais;

Na dúvida, não utilizar e comunicar;

A segurança do doente depende da avaliação, técnica e vigilância do enfermeiro;

A utilização segura é uma responsabilidade da equipa;



“No SU, o CTI é seguro quando é respeitado — e perigoso quando é improvisado.”



Perguntas



Obrigada pela atenção.

Referências Bibliográficas

Gorski, L. A., Hadaway, L., Hagle, M. E., McGoldrick, M., Orr, M., & Doellman, D. (2021). Infusion therapy standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*, 44(1S), S1–S224.
<https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000396>

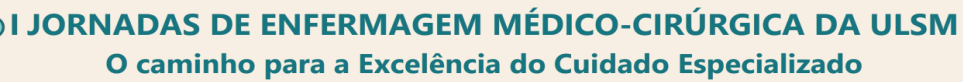
Kartsouni, V., Papanastasiou, A., Georgiou, E., Kalogeropoulou, C., & Matsagkas, M. (2022). Complications of totally implantable central venous catheters (ports): A retrospective study. *Journal of Vascular Access*, 23(5), 760–767.
<https://doi.org/10.1177/11297298211030952>

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2022). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. Centers for Disease Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>

Santos, A., Costa, A., & Pereira, F. (2022). Acesso venoso central de inserção periférica e totalmente implantado: Princípios de utilização e otimização. *ON – Revista Portuguesa de Oncologia*, 44, 22–28.

StatPearls Publishing. (2024). Totally implantable venous access devices. In *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.

**APÊNDICE E: POSTER- PERCEÇÕES DOS DOENTES E DAS FAMÍLIAS
SOBRE A COMUNICAÇÃO E EMPATIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM CONTEXTOS CIRÚRGICOS CRÍTICOS**



Joana Cunha IPB- Escola Superior de Saúde de Bragança; joanaabc@gmail.com;

A comunicação e a empatia são dimensões centrais da prática de enfermagem, especialmente em contextos cirúrgicos críticos, onde o doente e a família enfrentam situações de elevada vulnerabilidade, ansiedade e incerteza. A literatura evidencia que a forma como os profissionais comunicam influencia a confiança, a satisfação e a segurança percebida, sendo determinante para a experiência global de cuidados. Contudo, permanece limitada a compreensão das percepções dos doentes e das famílias sobre estas interações em ambientes de alta complexidade clínica.

Compreender as percepções dos doentes e das famílias relativamente à comunicação e empatia dos profissionais de saúde em contextos cirúrgicos críticos, identificando dimensões facilitadoras e barreiras à relação terapêutica.

FASE I – Scoping Review

FASE 2 – Estudo Qualitativo

Resultados Esperados:

Comunicação

- Clareza
- Escuta Ativa
- Acesso à informação
- Linguagem adequada

Presença
Compreensão
Apoio emocional
Atitudes Humanizadas

Redução da ansiedade
Satisfação
Segurança

Sobrecarga
Falta de tempo
Ruído
Falhas na Comunicação

A comunicação e a empatia são reconhecidas como pilares da humanização e segurança dos cuidados em contexto cirúrgico crítico. A comunicação clara, a escuta ativa e a presença emocional favorecem a confiança, o conforto e o envolvimento familiar (Zante et al., 2023; Rosa et al., 2023).

Persistem, contudo, barreiras organizacionais — como falta de tempo, linguagem técnica e ausência de feedback — que limitam a relação terapêutica (Coombs et al., 2020).

A comunicação e empatia são determinantes na experiência e segurança do doente e da família em contexto cirúrgico crítico. Dar voz aos participantes permite compreender emoções, necessidades e expectativas, orientando práticas mais humanas e centradas na pessoa. Os resultados reforçam a importância da escuta ativa, do acolhimento e da clareza comunicacional como fatores que promovem confiança, conforto e satisfação.

Urge investir em formação dos profissionais de saúde e em estratégias de comunicação estruturada, favorecendo relações terapêuticas empáticas e a humanização dos cuidados (Baptista, 2025; Silva et al., 2021).

Aceda às referências completas através do QR Code



APÊNDICE F: GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

-Comunicação e Empatia em Contextos Cirúrgicos Críticos-

(Para ler antes da entrevista)

"Agradeço a sua participação. Esta entrevista tem como objetivo compreender como as pessoas vivenciam a comunicação e a empatia por parte dos profissionais de saúde em situações de cuidados cirúrgicos críticos. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua experiência e opinião. A entrevista será confidencial e pode parar a qualquer momento, se desejar."

A. Introdução/contextualização

1. Podes contar-me como foi a tua experiência (ou do teu familiar) durante o internamento cirúrgico?
2. Quais foram os momentos mais difíceis ou marcantes dessa experiência?

B. Comunicação dos profissionais de saúde

3. Como foi, para ti, a forma como os profissionais de saúde comunicaram durante o internamento cirúrgico?
4. Recordas alguma conversa ou explicação que tenha sido especialmente clara, útil ou tranquilizadora?
5. Houve algum momento em que sentiste falta de informação ou comunicação adequada?

C. Relação com a Equipa e empatia

6. Sentiste que os profissionais de saúde demonstraram empatia ou preocupação contigo/com a tua família? De que forma?
7. Em algum momento sentiste que foste tratado com frieza ou indiferença? Queres partilhar como foi?
8. Como percebeste o envolvimento emocional dos profissionais durante os momentos mais críticos?

D. Participação da família

9. A tua família sentiu-se ouvida e envolvida nas decisões ou cuidados prestados?
10. Como descreverias a comunicação entre os profissionais e os teus familiares?

E. Barreiras e sugestões

11. O que consideras que dificultou a comunicação entre ti (ou tua família) e os profissionais?
12. O que te teria feito sentir mais confortável ou apoiado nesse contexto?

13. Que tipo de atitude ou comportamento gostarias de ver mais nos profissionais de saúde em situações semelhantes?

F. Encerramento

14. Há algo mais que gostarias de partilhar sobre a tua experiência com a comunicação e empatia dos profissionais durante esse momento?

Observações:

- Adaptar o guião conforme se trate de um **doente ou familiar**.
- Registar comunicação não verbal e tom emocional durante a entrevista (com consentimento).
- Permitir pausas e tempo de reflexão ao entrevistado.
- Reforçar a confidencialidade e o anonimato.

APÊNDICE G: GRELHA DE CODIFICAÇÃO

GRELHA DE CODIFICAÇÃO

Análise de Conteúdo de Bardin

Esta grelha destina-se à organização e codificação dos dados qualitativos recolhidos nas entrevistas, seguindo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Foi preenchida com base nas transcrições integrais das entrevistas, permitindo a identificação sistemática das unidades de registo, códigos, subcategorias e categorias emergentes.

Embora a codificação tenha sido realizada de forma manual, reconhece-se que a utilização de software de apoio à análise qualitativa, como o NVivo, poderia ter reforçado a sistematização, organização e rastreabilidade do processo analítico.

Tabela 3 Grelha de Codificação

Unidade de Registo (UR)	Código	Categoria	Subcategoria	Participante

APÊNDICE H: CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Estudo: Perceções dos Doentes e das Famílias sobre a Comunicação e Empatia dos Profissionais de Saúde em Contextos Cirúrgicos Críticos.

Investigador Responsável: Joana Cunha - aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Instituição: Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde

Orientadora Científica: Professora Doutora Gorete Batista

Contacto: joanaabc@gmail.com

Local do Estudo: Unidade Local de Saúde

Está a ser convidado(a) a participar num estudo de investigação que pretende compreender as perceções de doentes e familiares relativamente à comunicação e empatia demonstradas pelos profissionais de saúde durante a hospitalização em contexto cirúrgico crítico.

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde.

O objetivo é recolher experiências vividas por doentes e/ou familiares para melhorar a comunicação profissional e humanização dos cuidados em ambientes críticos hospitalares.

A participação consiste na realização de uma entrevista individual, com duração aproximada de 30 a 45 minutos, para posterior análise. A entrevista será realizada conforme a sua disponibilidade, num local privado e tranquilo.

Todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais. Os seus dados pessoais não serão divulgados. As entrevistas serão codificadas e os resultados apresentados de forma agrupada, sem identificar os participantes.

A sua participação é voluntária;
Pode recusar participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo nos cuidados prestados;
Pode solicitar esclarecimentos adicionais antes, durante ou depois da entrevista.

Para qualquer questão relacionada com o estudo, pode contactar:
Joana Alexandra Baião Cunha
Email: joanaabc@gmail.com

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, procedimentos e natureza voluntária deste estudo. Compreendi que posso retirar o meu consentimento em qualquer fase, sem qualquer consequência. Aceito participar neste estudo.

Participante (Doente ou Familiar):
Nome: _____
Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Investigadora:

Nome:

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

**APÊNDICE I– GRELHA DE CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS (Análise de
Conteúdo de Bardin)**

GRELHA DE CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS (Análise de Conteúdo de Bardin)

Categorias analíticas: Comunicação; Empatia; Relação com a Equipa; Participação da família; Barreiras.

As citações incluídas nesta grelha têm carácter ilustrativo do processo de codificação, sendo que, na apresentação dos resultados no corpo do trabalho, privilegiou-se a interpretação analítica dos padrões emergentes.

Tabela 4 Grelha de codificação das entrevistas

Unidade de Registo (excerto literal)	Código	Subcategoria	Categoria	Participante
<i>“Houve aspetos bem organizados e outros que poderiam ter sido mais claros.”</i>	Informação pouco clara	Clareza da informação	Comunicação	Doente 3
<i>“Alguns profissionais explicaram muito bem cada passo, mas outros foram mais apressados.”</i>	Comunicação inconsistente	Clareza da informação		Doente 2
<i>“A linguagem era muito técnica e isso dificultava perceber tudo.”</i>	Linguagem excessivamente técnica	Clareza da informação		Doente 4
<i>“Muitas respostas eram vagas ou muito técnicas.”</i>	Respostas vagas/técnicas	Clareza da informação		Familiar 2
<i>“Nem sempre tinham tempo para explicar.”</i>	Falta de tempo comunicacional	Disponibilidade		Doente 4
<i>“Tive de insistir várias vezes para conseguir esclarecer dúvidas.”</i>	Necessidade de insistência	Disponibilidade		Familiar 2
<i>“Ligávamos para o serviço e não conseguíamos falar com ninguém.”</i>	Inacessibilidade telefónica	Acesso à informação		Familiar 3
<i>“Sentia-me seguro quando o enfermeiro simplesmente dizia ‘estou aqui’.”</i>	Presença tranquilizadora	Apoio emocional	Empatia	Doente 1
<i>“Um simples ‘estou aqui’ fazia diferença.”</i>	Valorização da presença	Apoio emocional		Doente 3
<i>“Olharam nos olhos, chamavam pelo nome e explicavam com calma.”</i>	Comunicação humanizada	Gestos empáticos		Doente 4

<i>“Algumas respostas foram secas, como se eu estivesse a incomodar.”</i>	Respostas secas	Distanciamento emocional		Doente 1
<i>“Nem fizeram contacto visual comigo.”</i>	Ausência de contacto visual	Distanciamento emocional		Doente 2
<i>“Pareciam totalmente desligados.”</i>	Distanciamento emocional	Distanciamento emocional		Doente 3
<i>“Chamavam-me pelo nome e explicavam o que iam fazer.”</i>	Reconhecimento da pessoa	Personalização do cuidado	Relação com a Equipa	Doente 4
<i>“Alguns profissionais eram mais atentos, outros mais formais.”</i>	Variabilidade relacional	Estilo relacional		Familiar 3
<i>“Mesmo com muito trabalho, tinham sempre uma palavra.”</i>	Disponibilidade relacional	Qualidade relacional		Familiar 4
<i>“Pedirem a nossa opinião fez-nos sentir valorizados.”</i>	Envolvimento nas decisões	Envolvimento da família	Participação da família	Doente 2
<i>“Foram bem informados e sentiram-se tranquilizados.”</i>	Informação à família	Envolvimento informativo		Doente 1
<i>“Raramente conseguiam falar com a equipa.”</i>	Dificuldade de contacto	Limitação do envolvimento		Doente 3
<i>“Gostaria de ter participado mais.”</i>	Desejo de maior envolvimento	Limitação do envolvimento		Familiar 2
<i>“O ritmo acelerado do serviço dificultava a comunicação.”</i>	Ritmo acelerado	Organização do serviço	Barreiras	Doente 2
<i>“A limitação de visitas dificultou o contacto.”</i>	Restrição de visitas	Organização institucional		Doente 3
<i>“A falta de tempo limitou a participação dos familiares.”</i>	Falta de tempo	Recursos humanos		Doente 1
<i>“O ambiente era barulhento e pouco privado.”</i>	Falta de privacidade	Ambiente físico		Familiar 3

ANEXO A: Declaração Orientadora

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, Maria Gorete de Jesus Baptista, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, como orientadora científica do RELATÓRIO DE ESTÁGIO com o Trabalho de Investigação intitulado "**Perceções dos Doentes e das Famílias sobre a Comunicação e Empatia dos Profissionais de Saúde em Contextos Cirúrgicos Críticos: Estudo Qualitativo**", desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Medico-Cirurgia-PSC, pela estudante, **Joana Alexandra Baião Cunha**, a63944, declara que o mesmo reúne os requisitos para ser apresentado e defendido publicamente.

Bragança, 16 de março de 2026

A orientadora científica



(Maria Gorete de Jesus Baptista, PhD)