

ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ângela Patrícia Almeida de Jesus

Orientador – Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

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

Jesus, A.P.A. Análise das Estratégias de Comunicação em Enfermeiros de um Serviço de Urgência. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2026.

DEDICATÓRIA

Ao Bruno e aos meus pais.

Cada parte desta trajetória tem um pouco de vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Magalhães da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pela sua orientação, disponibilidade e incentivo para a realização deste relatório.

Ao enfermeiro gestor do Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde de Trás - os - Montes e Alto Douro, onde se desenvolveu a investigação, pelo acolhimento e pela facilidade a concretizar este estudo.

A todos os enfermeiros do Serviço de Urgência que participaram, respondendo ao questionário, um agradecimento especial às enfermeiras Carla Alexandra e Stephanie Rodrigues pelo apoio demonstrado ao longo do processo.

À minha amiga Andreia Gonçalves, por todo o apoio, força, motivação e carinho incondicional, que foi fundamental nos momentos de maior cansaço e dúvidas.

À minha colega de mestrado, Patrícia Diz, agradeço pela amizade e apoio nos momentos difíceis.

A todos que se cruzaram neste meu percurso, o meu agradecimento.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do 1.º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A estrutura do relatório está dividida em duas partes. A primeira parte tem como propósito o desenvolvimento de competências, tanto gerais quanto específicas, relacionadas com a prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. A segunda parte apresenta um estudo de investigação centrado nas estratégias de comunicação que promovem a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica. O objetivo geral deste estudo consistiu em analisar a comunicação no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica. Foi realizado um estudo descritivo correlacional e transversal, de abordagem quantitativa, permitindo analisar relações entre variáveis sem estabelecer causalidade. Para tal, foi aplicado um questionário a enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal. A amostra ficou constituída por 50 enfermeiros, que aceitaram participar voluntariamente, após esclarecimento dos objetivos e garantia de anonimato e confidencialidade. Foi utilizado um método de amostragem não probabilística por conveniência, atendendo à acessibilidade dos participantes no contexto da prática clínica. A maioria dos elementos da amostra pertence ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos.

Os resultados demonstraram que a maioria dos enfermeiros reconhece a relevância da atualização de conhecimentos na área da comunicação em situações de urgência. Entre as estratégias alternativas de comunicação mais frequentemente assinaladas destacaram-se os gestos, as expressões faciais, a postura e o toque, considerados pelos participantes como meios privilegiados de interação com o doente. A comunicação com a pessoa em situação crítica apresenta-se como um processo desafiador, com intensidade variável, mas raramente inexistente. Verificou-se que as dificuldades comunicacionais são transversais aos enfermeiros, independentemente das suas características profissionais ou académicas, destacando a complexidade inerente à comunicação com o doente com alterações comunicacionais. Destacaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de exercício profissional (*Kruskal-Wallis: $p < 0,001$*), a experiência profissional em Serviço de Urgência (*Kruskal-Wallis: $p < 0,019$*) e as estratégias de comunicação. A amostra enquadra-se maioritariamente em

profissionais com experiência consolidada, capazes de mobilizar competências técnicas e emocionais de forma integrada. Uma vez que os enfermeiros numa posição intermédia revelam valorizar menos a atitude corporal, poderá refletir a necessidade de se focarem no comprometimento de órgãos vitais num ambiente altamente volátil como o SU, dando prevalência a outras estratégias de comunicação não-verbal de mais fácil aplicação.

Conclui-se que a comunicação não verbal assume um papel central no cuidado ao doente impossibilitado de comunicar verbalmente, sendo um recurso essencial para promover a humanização da prática clínica em situações críticas, o que reforça a relação terapêutica e a segurança do doente. Estes resultados evidenciam a importância da valorização e da formação contínua dos profissionais de enfermagem no desenvolvimento de competências comunicacionais adaptadas a contextos de urgência.

O ensino clínico proporcionou experiências práticas que reforçam a aplicação de cuidados especializados, centrados nas necessidades da pessoa em situação crítica e nos seus familiares e consolidam uma prática clínica humanizada e competente. As competências relacionadas com a comunicação verbal e não verbal revelaram-se uma componente fundamental do cuidar. Ao longo deste percurso, foi possível prestar cuidados não só à pessoa em situação crítica, mas também à sua família com acompanhamento no decorrer do processo de doença. Esta experiência permitiu a aplicação de cuidados de enfermagem especializados, centrados nas necessidades e fragilidades da pessoa em situação crítica, o que reforçou uma prática clínica humanizada, competente e ajustada às exigências destes contextos complexos.

Palavras-chave: Técnicas de comunicação; Serviços de Emergência Hospitalar; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Críticos; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

This report is part of the 1st Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for Critically Ill Individuals. The report is divided into two parts. The first part aims to develop general and specific competencies related to the practice of Medical-Surgical Nursing in the area of critically ill individuals. The second part presents a research study focused on communication strategies that promote the humanization of care for critically ill individuals. The overall objective of this study was to analyze communication in nursing care for critically ill individuals. A descriptive, correlational, and cross-sectional study with a quantitative approach was conducted, allowing for the analysis of relationships between variables without establishing causality. To this end, a questionnaire was applied to nurses working in the Emergency Department of a Local Health Unit in the Northern region of Portugal. The sample consisted of 50 nurses who voluntarily agreed to participate after being informed of the objectives and guaranteed anonymity and confidentiality. A non-probabilistic convenience sampling method was used, taking into account the accessibility of participants in the context of clinical practice. The majority of the sample members were female, aged between 20 and 40 years.

The results showed that most nurses recognize the importance of updating their knowledge in the area of communication in emergency situations. Among the alternative communication strategies most frequently mentioned were gestures, facial expressions, posture, and touch, considered by participants as privileged means of interaction with the patient. Communication with a critically ill person is a challenging process, with varying intensity, but rarely nonexistent. It was found that communication difficulties are transversal to nurses, regardless of their professional or academic characteristics, highlighting the inherent complexity of communicating with patients with communication disorders. Statistically significant differences were found between professional experience (Kruskal-Wallis: $p < 0.001$), professional experience in Emergency Services (Kruskal-Wallis: $p < 0.019$), and communication strategies. The sample consists mostly of professionals with consolidated experience, capable of mobilizing technical and emotional skills in an integrated way. Since nurses in an intermediate position show less value for body language, this may reflect the need to focus on the compromise of vital organs in a highly volatile environment such as the

ER, giving prevalence to other non-verbal communication strategies that are easier to apply.

It is concluded that non-verbal communication plays a central role in the care of patients unable to communicate verbally, being an essential resource to promote the humanization of clinical practice in critical situations, which reinforces the therapeutic relationship and patient safety. These results highlight the importance of valuing and continuously training nursing professionals in the development of communication skills adapted to emergency contexts. Clinical teaching provided practical experiences that reinforce the application of specialized care, focused on the needs of the person in a critical situation and their family members, and consolidate a humanized and competent clinical practice. Skills related to verbal and non-verbal communication proved to be a fundamental component of care. Throughout this journey, it was possible to provide care not only to the critically ill person, but also to their family, with support throughout the illness process. This experience allowed for the application of specialized nursing care, focused on the needs and vulnerabilities of the critically ill person, which reinforced a humanized, competent clinical practice adapted to the demands of these complex contexts.

Keywords: Communication techniques; Hospital Emergency Services; Nursing Care; Critical Care; Health Communication.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AAC- Comunicação Aumentativa e Alternativa

BIS- Índice Bispectral

BPS- Behavioral Pain Scale

CAA- Comunicação Aumentativa e Alternativa

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP- Ventilação com pressão positiva contínua nas vias aéreas

DGS- Direção-Geral de Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Eletrocardiograma

EPI- Equipamento de Proteção Individual

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IRA- Insuficiência Renal Aguda

IDR- Instrumento de recolha de dados

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

ITEAMS-nInem Tool for Emergency Alert system

NIHSS- National Institutes of Health Stroke Scale

OBS.- Observação

qSOFA- quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment

RASS- Escala de Agitação e Sedação de Richmond

SAV- Suporte Avançado de Vida

SIV- Suporte Imediato de Vida

START- Simple Triage and Rapid Treatment

SU- Serviço de Urgência

TEPH- Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UCI- Unidade De Cuidados Intensivos

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	17
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO.....	18
1.1 ESTÁGIO DE OPÇÃO - EXTRA-HOSPITALAR	18
1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA	21
1.3 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	25
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO	28
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	28
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	29
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	30
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	32
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	33
2.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	34
2.2.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivência de complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	35
2.2.2 Dinamiza a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação.....	39
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, face a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas ..	40
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	44
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS.....	45
2. ESTADO DE ARTE.....	46
3. METODOLOGIA	51
3.1. TIPO DE ESTUDO	51
3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	52
3.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
3.5.PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS	53
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	55
5. DISCUSSÃO.....	66
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	73

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APÊNCICES E ANEXOS	86
APÊNDICE I - Instrumento de Recolha de Dados - Questionário	87
ANEXO I - Autorização para Utilização de Qestionário.....	93
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética	94
ANEXO III - Comprovativo da Submissão do Artigo.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica da amostra (classe etária e sexo).....	55
Tabela 2 - Caracterização profissional e académica da amostra (n=50).....	56
Tabela 3 - Avaliação da importância da comunicação no serviço de urgência.....	57
Tabela 4 - Importância da atualização de conhecimento na área da comunicação.....	57
Tabela 5 - Aspectos privilegiado na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente.....	58
Tabela 6 - Estratégias alternativas à comunicação não verbal.....	59
Tabela 7 - Fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico em Serviço de Urgência.....	59
Tabela 8 - Perceção da dificuldade na comunicação no Serviço de Urgência.....	60
Tabela 9 - Dificuldades sentidas na comunicação com o doente com alterações na comunicação.....	61
Tabela 10 - Teste de diferenças entre as variáveis profissionais académicas e os aspectos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente.....	62
Tabela 11 - Teste de diferenças entre variáveis profissionais e académicas e as estratégias à comunicação.....	63
Tabela 12 - Teste de diferenças entre as variáveis profissionais e académicas e os fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico.....	64

Tabela 13- Teste de diferenças entre as variáveis profissionais e académicas e as dificuldades sentidas com o doente com alteração na comunicação.....	65
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Monovalente I, realizou-se o presente relatório de estágio integrado no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto da pessoa em situação crítica, na Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança. Nele é retratada a experiência vivida durante os ensinamentos clínicos. A unidade curricular contempla duas fases distintas: a realização dos ensinamentos clínicos e a elaboração de um relatório final. O relatório final encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte compreende a caracterização e análise do percurso formativo em ambiente clínico, articulando a descrição das práticas desenvolvidas com uma reflexão fundamentada acerca do desenvolvimento das competências previstas no perfil do enfermeiro especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação crítica, em conformidade com os Regulamentos nº140/2019 e nº429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na segunda parte do trabalho, é dedicado ao estudo de investigação com a descrição detalhada da metodologia utilizada, que inclui o tipo de estudo, a questão de investigação, a amostra selecionada e o instrumento de recolha de dados. Apresenta-se, seguidamente, os resultados obtidos, a respetiva análise e interpretação culminando na formulação das conclusões e implicações para a prática clínica.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviços de Urgência (SU) hospitalares caracterizam-se por situações diárias de emergência e morte, com a presença de tratamentos invasivos, e um pouco agressivos até, pela sua intensidade e complexidade. Nessas unidades, o papel do enfermeiro especialista torna-se fundamental, visto que acompanha o doente permanentemente ao longo dos dias, bem como os seus familiares e as suas preocupações e anseios, tendo uma noção bastante fidedigna do seu estado ao nível físico e psicológico. Torna-se então imprescindível conhecer e poder fazer uso dos cuidados mais adequados, da forma mais humana possível, bem como de estratégias para comunicar com o doente e a sua família, e prestar aos mesmos o máximo de conforto e bem-estar (Silva, 2020).

Face ao exposto, questiona-se quais as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros que desempenham funções num Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal que facilitam a humanização do cuidado à

pessoa em situação crítica? Para responder a esta questão, definiu-se como objetivo geral analisar a comunicação no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, considerando a sua relevância, as estratégias de comunicação verbal e não verbal, bem como os fatores condicionantes e as dificuldades percebidas pelos enfermeiros.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA
ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

No percurso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em situação crítica, os ensinamentos clínicos assumem um papel importante, privilegiando a articulação entre a teoria e a prática profissional. Esta componente prática permite vivenciar, em diferentes contextos clínicos, a complexidade e especificidade inerentes à prestação de cuidados de enfermagem em contextos de situação crítica. A realização destes ensinamentos clínicos, tem como finalidade a consolidação e aprofundamento de competências avançadas, imprescindíveis ao desempenho autónomo e qualificado do enfermeiro em situações com a pessoa em situação crítica.

No âmbito deste Mestrado, foi estabelecida a obrigatoriedade de elaboração de um relatório que documente e reflita a prática clínica e a investigação ao longo dos ensinamentos clínicos. Estes decorreram em três áreas distintas de cuidados, sendo duas de frequência obrigatória, o Serviço de Urgência e o Serviço de Medicina Intensiva, e uma terceira de caráter opcional, a qual se desenvolveu em contexto extra-hospitalar.

1.1. ESTÁGIO DE OPÇÃO - EXTRA-HOSPITALAR

O ensino clínico em contexto extra-hospitalar decorreu de 4 de maio a 22 de julho de 2023, com a duração de 250 horas, distribuídas entre o campo de ensino clínico na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambas pertencem a uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal.

A escolha do local para o ensino clínico fundamentou-se na acessibilidade geográfica, bem como na relação de confiança e proximidade estabelecida com os profissionais do contexto extra-hospitalar. Essa relação favoreceu uma participação ativa e envolvente, ultrapassando a mera observação passiva.

A decisão por realizar o ensino clínico em ambiente extra-hospitalar resultou de uma reflexão antecedida, por uma avaliação cuidadosa das diferentes opções disponíveis. Após ponderar as vantagens e desvantagens de cada possibilidade, a escolha foi sustentada por uma análise reflexiva das necessidades formativas

previamente identificadas, considerando o potencial de aprendizagem prática e diversificada que esse contexto oferece.

Assim, a decisão fundamentou-se em objetivos de aprendizagem concretos, direcionados à pessoa em situação crítica, possibilitando o desenvolvimento de competências essenciais, como a avaliação rápida do estado clínico, a tomada de decisões sob pressão e a implementação de intervenções eficazes.

As unidades de SIV e VMER estão localizadas estrategicamente em centros urbanos próximas de hospitais, com meios distribuídos em pontos de acesso rápido, permitindo uma intervenção imediata.

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) são compostas por um enfermeiro e por um médico, ambos com formação específica. Apesar da distinção entre categorias profissionais, todos os elementos recebem formação pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em Suporte Avançado de Vida, dispondo do material necessário, incluindo o sistema ITEAMS (INEM Tool for Emergency Alert System). A principal função da VMER é assegurar a estabilização de pessoas em situação crítica, garantindo acompanhamento médico durante o transporte (INEM,2023)

Nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), cada turno é constituído por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), com finalidade de assegurar cuidados de saúde diferenciados, incluindo manobras de reanimação, de acordo com as orientações vigentes. Todos os enfermeiros que exercem funções nas unidades SIV devem, obrigatoriamente, possuir a certificação SIV.

Segundo a Circular Normativa n.º 3/2019 do Departamento de Formação em Emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica, citado em Costa (2021):

É atribuída através da conclusão com sucesso de uma formação ministrada exclusivamente pelo INEM, composta por cinco módulos teórico-práticos, abaixo designados, aos quais se seguem estágios obrigatórios. São eles:

i Módulo de Suporte Avançado de Vida (SAV);

ii Módulo de Emergência Médicas SIV (EM);

iii Módulo de Emergência Pediátricas e Obstétricas SIV (EPO)

iv Módulos de Emergência Trauma SIV (ET)

v Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção SIV (TDCSE)

vi Estágios Obrigatórios. No curso SIV Enfermeiros, os estágios assumem a configuração de um módulo de curso, com regras próprias definidas na memória descritiva. (p.31)

O equipamento das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e viaturas médicas (VMER) integra uma combinação diversificada de materiais e uma ampla gama de fármacos, em ambas está disponível um sistema informático incorporado num computador portátil, designado ITEAMS. Este sistema informático permite a transferência online de informação clínica, possibilita enviar dados do doente em tempo real para o CODU; Envio de parâmetros vitais; Transmissão de eletrocardiograma (ECG), possibilitando a análise precoce de arritmias ou alterações isquémicas pelo médico do CODU; Apoio à tomada de decisão clínica; Registo e armazenamento de dados, mantém um histórico das intervenções e parâmetros clínicos para avaliação posterior.

A integração nas equipas da SIV e da VMER, foi desde o início, muito positiva, com um acolhimento que facilitou a adaptação ao contexto. Os profissionais mostraram sempre disponibilidade para esclarecer dúvidas, criando um ambiente de aprendizagem seguro. Cuidar da pessoa em situação crítica é um processo complexo, que exige atualização contínua aliada à experiência prática. Nestes contextos, é fundamental garantir cuidados com rigor, qualidade e eficiência, ajustando a intervenção à gravidade de cada situação.

O enfermeiro com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desempenha um papel essencial no contexto pré-hospitalar, onde a rapidez e a precisão da avaliação são determinantes (Ordem dos Enfermeiros,2018).

A utilização da abordagem ABCDE permite uma avaliação sistematizada, garantindo a identificação precoce de alterações que comprometem a vida e ajudando a definir de forma imediata as respostas mais adequadas. O ensino clínico possibilitou o desenvolvimento de competências avançadas e uma maior aptidão técnica na prestação de cuidados, fortalecendo a capacidade de atuar perante situações de elevada complexidade. Esta experiência permitiu articular o conhecimento teórico com a prática em contexto real, contribuindo para uma atuação mais segura, eficaz e centrada na pessoa em situação crítica.

A tomada de decisão em enfermagem, no contexto pré-hospitalar, exige uma reflexão ética contínua, uma vez que os profissionais atuam em cenários marcados pela urgência, pela imprevisibilidade e pela necessidade de respostas imediatas. Nestas circunstâncias, é essencial garantir que cada intervenção promove a segurança, a dignidade e os direitos da pessoa em situação crítica.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE] (2021), a prestação de cuidados deve basear-se na evidência, centrada na pessoa e guiada por princípios éticos fundamentais, como o respeito, a integridade e a justiça.

No pré-hospitalar, o princípio da não maleficência assume especial relevância, uma vez que muitas decisões são tomadas com informação limitada, exigindo dos profissionais a capacidade de evitar ações que possam causar danos, seja pela omissão de cuidados fundamentais ou pela realização de procedimentos potencialmente prejudiciais em ambiente adverso. Um exemplo ético comum no contexto pré-hospitalar surge durante a administração de fármacos em doentes cuja condição clínica é instável e suscetível de agravamento. A ausência de informação clínica, como alergias ou doenças coexistentes, aumenta o risco de provocar efeitos adversos significativos. O profissional deve ponderar rapidamente os benefícios da intervenção face aos potenciais malefícios, garantindo que a sua atuação respeita o princípio da não maleficência, procurando evitar qualquer dano adicional enquanto tenta preservar a vida.

1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O ensino clínico II foi realizado no Serviço de Urgência (SU) de uma unidade local de saúde situada na região Norte de Portugal, decorrendo no período compreendido entre 18 de setembro a 26 de novembro de 2023, com uma carga horária total de 250 horas. Esta experiência decorreu no edifício principal da instituição, localizada no piso -1, contíguo ao Serviço de Imagiologia. No piso 1 encontram-se instaladas as unidades de Cuidados Intensivos e de Cuidados Coronários, bem como o Laboratório de Análises Clínicas, permitindo uma articulação funcional e célere entre serviços de suporte diagnóstico e terapêutico. O Serviço de Urgência em questão dispõe de recursos humanos qualificados e de meios materiais que possibilitam um atendimento diferenciado e eficiente, em situações de urgência e emergência, assegurando respostas imediatas a quadros clínicos de elevada gravidade e

complexidade. A sua área de influência abrange a totalidade do distrito de Vila Real, o que implica uma procura diversificada e constante, exigindo à equipa multidisciplinar uma elevada capacidade de resposta e adaptação. A sua área física contempla zonas específicas destinadas à receção e admissão administrativa da pessoa aquando da entrada no serviço.

O SU está organizado de forma a garantir a triagem rápida e adequada de todos os utentes, seguindo o Sistema de Triagem de Manchester, o que permite priorizar a assistência de acordo com a gravidade clínica apresentada, a cada pessoa é colocada uma pulseira identificativa, cuja cor indica a prioridade no atendimento. O espaço inclui as salas de espera, uma sala da área médica, área cirúrgica e de ortopedia, sala de tratamentos, sala de emergência, os gabinetes médicos e de enfermagem. A área de Observação (OBS) com capacidade para 9 camas, sendo uma delas de isolamento, todas incluem monitorização contínua e a área de registos de enfermagem. Para garantir uma gestão eficiente dos serviços farmacêuticos, o Serviço de Urgência está equipado com o Pysix MedStation®, o maior do hospital, que oferece elevada capacidade de armazenamento e diversidade de medicamentos.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde, que atuam de forma coordenada e articulada, assegurando cuidados de qualidade em contextos de urgência e emergência médica, todos organizados em regime de turnos para assegurar a cobertura contínua do serviço. Esta estrutura organizativa e funcional permite dar resposta a um elevado fluxo de utentes, provenientes de todo o distrito de Vila Real, abrangendo situações que vão desde episódios de menor gravidade até quadros críticos que requerem intervenção imediata e encaminhamento para unidades de cuidados intensivos ou outros serviços especializados.

Em Portugal, foram implementadas Vias Verdes de Emergência com o objetivo de otimizar a resposta em situações críticas de saúde, reduzindo o tempo entre o início dos sintomas, a ativação do sistema de emergência e a instituição da terapêutica adequada. Estas vias representam protocolos de atuação coordenados entre o Instituto Nacional de Emergência Médica, os hospitais de referência e outros serviços de saúde, assegurando uma abordagem estruturada e integrada ao doente crítico. As vias verdes mais conhecidas incluem a Via Verde Coronária, a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Via Verde Sépsis, e Via Verde de Trauma.

A Via Verde AVC, tem como objetivo reduzir o tempo entre o início dos sintomas e a instituição da terapêutica adequada, garantindo maior eficácia no tratamento e melhoria dos desfechos clínicos. Inclui a identificação precoce dos sintomas de alarme (desvio da comissura labial, alteração da fala, diminuição da força num dos membros superiores). No SU a equipa após a ativação de via verde de AVC conta com médicos especializados em neurologia e medicina interna, o doente é encaminhado para a sala de emergência onde é submetido à avaliação ABC (via aérea, ventilação e circulação), avaliação neurológica através da utilização de escalas, a mais utilizada no serviço de urgência e unidades de AVC a NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), em paralelo procede-se a colheita de sangue para análises laboratoriais em kit próprio e colocado acesso venoso como exigido pelo protocolo. Realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente a tomografia computadorizada crânio-encefálica, e início de terapêuticas dirigidas, de acordo com a gravidade e características do AVC como intervenções fibrinolíticas ou endovasculares, sendo o doente posteriormente encaminhado para unidades especializadas de AVC ou cuidados intensivos, assegurando assim desta forma continuidade de cuidados especializados (DGS, Norma 015/2017, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto).

A Via Verde Coronária criada para doentes com suspeita de enfarte agudo do miocárdio (EAM), uma das principais causas de morte em Portugal. Integra o conjunto de circuitos organizados em Portugal com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade associados ao EAM. O circuito inicia-se com a realização de eletrocardiograma no local, muitas vezes transmitido através do ITEAMS, permitindo o diagnóstico precoce. O doente é transportado para o hospital de referência com capacidade de realizar angioplastia primária, reduzindo o tempo porta-balão, intervalo de tempo entre a chegada do doente ao hospital (porta) e a realização da angioplastia coronária primária (balão), (DGS, Norma nº003/2025, Via Verde Coronária no Adulto).

A Via Verde de Sepsis visa garantir a deteção precoce em situações de infeção grave e de choque séptico, situações frequentemente subdiagnosticadas mas com elevada mortalidade. O circuito privilegia a rápida identificação clínica, idealmente na primeira hora após suspeita de diagnóstico. Esta via procura reduzir o tempo até ao tratamento, já que cada hora de atraso na administração de antibiótico aumenta significativamente a mortalidade (DGS, Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, Via Verde de Sepsis no Adulto).

A abordagem no serviço de urgência inclui a triagem inicial com recurso ao qSOFA (quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment) incluída nos protocolos da Via Verde de Sepsis pela DGS, ferramenta de triagem rápida, em doentes com suspeita de sépsis que apresentam maior risco de evoluir para disfunção orgânica grave ou morte, baseada apenas em sinais clínicos, monitorização da frequência respiratória >22 movimentos por minuto, alteração do estado de consciência e monitorização da pressão arterial sistólica < 100 mmHg, a presença de dois ou mais critérios positivos indica necessidade de intervenção precoce, segue-se a colheita de hemoculturas, exames laboratoriais antes da administração de terapêutica antimicrobiana empírica, devendo ser instituída preferencialmente na primeira hora, juntamente com medidas de suporte hemodinâmico adequadas (DGS, Norma nº 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, Via Verde de Sepsis no Adulto).

Por último, a Via Verde de Trauma foi desenvolvida para vítimas de trauma grave, garantindo que as vítimas são encaminhadas para hospitais diferenciados, onde existe capacidade para intervenção cirúrgica e cuidados intensivos imediatos. O protocolo baseia-se na avaliação inicial pelo método ABCDE, estabilização pré-hospitalar, transporte efetuado com rapidez e eficiência, muitas vezes com acompanhamento da VMER.

A Via Verde de Trauma assegura um conjunto coordenado de recursos e profissionais destinados a garantir acesso rápido a cuidados de saúde para doentes com lesões graves. O serviço de urgência estabelece procedimentos detalhados para atuação junto do doente com trauma grave, é essencial existir uma equipa de trauma, liderada por um responsável clínico e composta por médicos diversificados e outros profissionais de saúde.

Esta equipa é encarregue da avaliação inicial da vítima, da monitorização subsequente, da tomada de decisão quanto à necessidade de transferência para um centro de trauma e, sempre que necessário, da coordenação do transporte para a unidade mais adequada, em colaboração com o CODU. Este processo inclui a estabilização inicial do doente e a implementação das medidas de controlo de danos recomendadas. (DGS, Norma nº 012/2022, Via Verde do Trauma no Adulto).

Durante a abordagem inicial é realizada uma reavaliação rápida pelo protocolo ABCDE, monitorização contínua de sinais vitais, estabilização hemodinâmica e identificação de lesões potencialmente fatais, depois do doente estabilizado são realizados exames complementares de diagnóstico, incluindo radiografias, tomografia

computadorizada e análises laboratoriais. O serviço de urgência para onde o doente será transportado deverá ser previamente avisado da chegada do politraumatizado, sendo este contacto realizado pela equipa pré-hospitalar e pelo CODU, (DGS, Norma nº 012/2022, Via Verde do Trauma no Adulto).

1.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O Ensino Clínico II decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de uma Unidade Local de Saúde no Nordeste de Portugal, entre 16 de setembro e 22 de novembro de 2024, um total de 250 horas. Esta unidade, localizada no 1.º andar, é a única do distrito de Bragança e dispõe de 18 camas, das quais 4 são unidades de isolamento com antecâmaras equipadas para o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), assegurando segurança para profissionais e utentes, antes do contacto direto.

O SMI organiza-se em duas alas principais, ala azul e ala laranja, com área aberta, as unidades dos doentes estão separadas por cortinados que garantem assim a sua privacidade, em ambas as alas estão conectadas a centrais de monitorização que permitem vigilância contínua. Cada unidade inclui camas articuladas, ventiladores, monitores multiparamétricos, sistemas de aspiração, oxigénio, ar comprimido, mesas de apoio, mesas de trabalho para registos e recipientes para resíduos clínicos. O carro de emergência, equipado com desfibrilhador, está presente em ambas as alas.

Esta unidade é capaz de atender doentes críticos e intermédios, incluindo casos de choque séptico com disfunção multiorgânica, insuficiência respiratória, pneumonias graves e traumas resultantes de acidentes de viação e acidentes pessoais.

Durante o período do ensino clínico, observaram-se predominantemente situações de elevada complexidade clínica, destacando-se quadros de choque séptico com disfunção multiorgânica de etiologia respiratória, infeções do sistema nervoso central, casos graves de intoxicação alimentar, colecistites, perfurações de víscera oca, pneumonias associadas a infeções respiratórias e traumatismos resultantes de acidentes de viação.

O Serviço de Medicina Intensiva dispõe de protocolos de procedimentos rigorosos, orientados para a prevenção de infeções associadas a procedimentos invasivos, nomeadamente às intubações orotraqueais e à utilização de cateteres venosos

centrais e vesicais, entre outros dispositivos. Estes protocolos visam garantir a segurança do doente crítico e minimizar o risco de complicações infecciosas associadas à terapêutica intensiva.

A finalidade do serviço centra-se na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, com falência ou risco de falência multiorgânica potencialmente reversível, assegurando suporte avançado de vida de forma contínua, 24 horas por dia. Esta experiência constituiu uma oportunidade formativa de elevada relevância, potenciando a consolidação de competências técnico-científicas, éticas e relacionais inerentes à prática de enfermagem em contexto de cuidados intensivos.

Além das áreas de cuidados, o SMI dispõe de armazéns de consumo clínico, sala de sujos, sala de espera, gabinete médico e gabinete da enfermeira chefe. Cada ala dispõe de sistemas de armazenamento e distribuição de fármacos (Pyxis MedStation), ventiladores de reserva, equipamentos de diálise e área de stock de soros. A equipa multidisciplinar é composta por médicos generalistas e especialistas, enfermeiros (incluindo especialistas) e assistentes operacionais, sendo esta alocação ajustada consoante a intensidade de cuidados.

A metodologia laboral utilizada é individualizada, centrada nas necessidades específicas de cada doente crítico. A distribuição dos profissionais de enfermagem segue proporções recomendadas em normas nacionais, baseadas na gravidade clínica e na intensidade dos cuidados requeridos, garantindo vigilância contínua e intervenções imediatas.

De acordo com a norma nº 743/2019, relativa ao cálculo das dotações seguras de cuidados de enfermagem, as unidades de cuidados intensivos de nível I devem estabelecer uma proporção mínima de 1 enfermeiro por doente, com pelo menos 50% da equipa constituída por especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. As unidades de nível II e III devem seguir rácios de 1:2 e 1:3, respetivamente (Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2019).

Esta orientação normativa reflete a importância de uma dotação segura de profissionais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Estudos recentes em contexto nacional evidenciam que a escassez de enfermeiros compromete a qualidade dos cuidados. Segundo Neves (2019), níveis seguros de dotação de pessoal influenciam positivamente os resultados em saúde, reduzindo mortalidade e eventos adversos, graças ao impacto das práticas de enfermagem e do ambiente laboral.

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel central: é responsável por assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados, otimizar a utilização dos recursos disponíveis, apoiar a tomada de decisão clínica e coordenar a equipa em emergências e elevada gravidade. Para além do domínio técnico e científico, a sua intervenção é também marcada por uma dimensão ética e relacional, essencial para a humanização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A gestão de cuidados em unidades de elevada complexidade impõe encargos significativos, relacionados com a escassez de recursos humanos, a sobrecarga de cuidados e a necessidade de respostas rápidas e eficazes (Neves, 2019).

Assim, o enfermeiro especialista atua como garante a qualidade técnica e a humanização dos cuidados, equilibrando o rigor científico com a escuta sensível e o respeito pela dignidade da pessoa em situação crítica.

De acordo com Cabrita (2022) e Oliveira (2022), a comunicação com o doente ventilado constitui um desafio central na prática de enfermagem em contexto de cuidados intensivos. O Serviço de Medicina Intensiva é, assim, um espaço onde a dimensão comunicacional assume um papel determinante.

Muitos doentes encontram-se submetidos a ventilação mecânica invasiva, o que limita ou impossibilita a comunicação verbal e pode aumentar o sofrimento psicológico (Oliveira, 2022).

Nessas circunstâncias, a competência comunicacional do enfermeiro torna-se essencial para garantir o conforto, a segurança e a humanização dos cuidados. A comunicação com o doente ventilado exige sensibilidade, tempo, empatia e estratégias alternativas, como o uso de gestos, expressões faciais, toque terapêutico ou ferramentas de comunicação aumentativa, adaptadas às limitações do doente (Oliveira, 2022).

A comunicação eficaz, permite reduzir o isolamento emocional e a ansiedade do doente, promovendo o seu bem-estar e a sua participação ativa no processo terapêutico. Além disso, fortalece a relação de confiança entre profissional e utente, elemento essencial à humanização dos cuidados (Cabrita, 2022).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO

O desenvolvimento de competências em ensino clínico constitui um processo contínuo de reflexão crítica sobre o progresso profissional, especialmente no cuidado à pessoa em situação crítica. Através da análise sistemática das experiências clínicas, torna-se possível identificar avanços e lacunas, ajustando estratégias de aprendizagem em função do contexto de atuação, seja em ambientes extra-hospitalares, Serviços de Medicina Intensiva (SMI) ou Serviços de Urgência (SU). As experiências práticas vivenciadas proporcionam oportunidades valiosas de aperfeiçoamento, contribuindo para a consolidação de habilidades específicas e promovendo um cuidado mais seguro e centrado na pessoa. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, tais vivências favorecem o desenvolvimento de competências adicionais que caracterizam o perfil profissional do enfermeiro, reforçando a sua capacidade de intervenção em diferentes cenários clínicos e complexidades do cuidado.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), os enfermeiros especialistas detêm um conjunto de competências comuns que se traduzem na capacidade de prestar cuidados de elevada qualidade, baseados na evidência científica, e de assumir um papel ativo no desenvolvimento e na melhoria contínua da prática clínica. Estas competências incluem a avaliação e o planeamento do cuidado centrado na pessoa, a implementação de intervenções complexas, a monitorização e a análise de resultados, bem como a liderança e a coordenação de equipas de enfermagem.

Adicionalmente, os enfermeiros especialistas devem demonstrar competências de investigação, reflexão crítica e educação em saúde, contribuindo para a promoção dos conhecimentos em saúde e para a formação de outros profissionais. Estas competências comuns constituem o alicerce que permite ao enfermeiro especialista adaptar-se a diferentes contextos clínicos e responder de forma eficaz às necessidades da população, mantendo elevados padrões de qualidade e segurança nos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Complementarmente, as competências específicas da área da Pessoa em Situação Crítica, definidas no Regulamento n.º 249/2018 da Ordem dos Enfermeiros

(2018), reforçam o papel deste profissional na gestão de situações de elevada complexidade clínica, na tomada de decisão em contextos críticos e na coordenação de equipas multidisciplinares em ambiente de cuidados intensivos.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio das competências ético-profissionais é central na prática do enfermeiro especialista, orientando uma atuação segura, legal, ética e centrada na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Estas competências, definidas no Regulamento n.º 140/2019, (2019, p. 4745), artigo 5.º, fazem parte das competências deste domínio:

"Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos profissionais;

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais."

Durante os três ensinamentos clínicos em contextos extra-hospitalar, Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Serviços de Urgência (SU), estas competências permitiram desenvolver o desempenho, aperfeiçoar a tomada de decisão e integrar valores éticos, jurídicos e sociais na prática diária.

A relação enfermeiro e doente deve ser sempre centrada na pessoa, adotando uma abordagem holística que considere dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais.

A enfermagem holística assenta no cuidado à pessoa na sua totalidade, reconhecendo a complexidade da experiência humana. Quando o doente não tem capacidade para decidir, a família assume um papel essencial na transmissão de valores, preferências e apoio emocional, garantindo que as decisões respeitam a dignidade da pessoa.

A humanização dos cuidados deve ser sentida e valorizada por doentes, familiares e pela equipa multidisciplinar. A qualidade do cuidado depende tanto das competências técnicas como da forma de interagir e comunicar dos profissionais com a pessoa e com a sua família. Por este motivo, o cuidado é realizado com e para o outro,

tornando a comunicação um elemento central, especialmente no acompanhamento de doentes internados, em unidades de cuidados intensivos (Oliveira, 2022).

Quando um doente crítico apresenta agitação e desorientação devido à ventilação, torna-se evidente a necessidade de adaptar a comunicação ao seu estado de fragilidade. A utilização de frases simples, contacto visual e explicações breves sobre cada intervenção contribui para reduzir o medo e melhorar a colaboração com os cuidados. Paralelamente, a comunicação clara e regular com a família reforça a confiança na equipa e diminui a ansiedade.

Estas situações evidenciam que o cuidado do enfermeiro deve integrar não apenas competências técnicas, mas também uma dimensão ética e deontológica, assumindo a responsabilidade profissional de agir sempre com respeito, dignidade e defesa dos direitos do doente. Uma comunicação sensível e adequada permite humanizar o cuidado, aliviar o sofrimento e promover a segurança e o bem-estar do doente em situações de grande instabilidade clínica.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade é fundamental para o exercício profissional do enfermeiro especialista, assegurando que os cuidados prestados são eficazes, seguros e centrados na pessoa. Segundo o Regulamento n.º140/2019, (2019, p. 4745), artigo 6.º, as competências do domínio da melhoria contínua são:

"Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

Garante um ambiente terapêutico e seguro."

Durante o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos, foram analisados e compreendidos os protocolos e normas específicas de cada serviço. Estes instrumentos têm como finalidade uniformizar os cuidados prestados, otimizar a organização dos serviços e minimizar a ocorrência de erros, refletindo diretamente a aplicação do domínio da melhoria contínua da qualidade.

No contexto do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), a coordenação da admissão dos doentes deve ser realizada em estrita conformidade com os protocolos instituídos, garantindo um ambiente terapêutico seguro e eficiente. Durante este processo, foi possível preparar a unidade para a receção do doente, verificar e testar os equipamentos, bem como preparar e administrar a terapêutica prescrita. Esta prática permitiu aplicar estratégias de melhoria contínua, assegurando um papel ativo no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e colaborar na gestão de processos que aumentam a eficácia e a eficiência dos cuidados de enfermagem.

A prevenção e o controlo das infeções, assumem-se como áreas prioritárias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, alinhada aos indicadores de qualidade em enfermagem. Um dos indicadores centrais é a adesão à higienização das mãos, prática que reflete diretamente a segurança do doente.

Segundo Vilarinho (2023), em estudo realizado numa unidade local de saúde portuguesa entre 2018 e 2021, a taxa de adesão dos profissionais à higienização das mãos revelou a necessidade de reforço contínuo da formação, supervisão e monitorização. Esta realidade evidencia o papel fundamental do enfermeiro especialista na liderança de práticas seguras, na promoção da cultura de qualidade e na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), envolve a adoção rigorosa de protocolos de higiene e desinfeção, a monitorização de indicadores como taxas de infeção por cateter venoso central, ventilação mecânica ou cateteres vesicais, e a educação contínua da equipa para a correta aplicação de medidas preventivas. No SMI, foi possível a participação na implementação destas medidas, verificando a esterilização de dispositivos, preparando materiais de forma asséptica e garantindo a observância dos procedimentos de higiene das mãos e a utilização de equipamentos de proteção individual, contribuindo assim para a redução de riscos e a manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

A integração destas práticas no dia a dia do serviço permite avaliar continuamente os resultados, identificar áreas de melhoria e implementar ações corretivas, reforçando a segurança do doente, a eficácia do cuidado e o cumprimento das responsabilidades éticas, legais e institucionais do enfermeiro especialista.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados refere-se à capacidade do enfermeiro de organizar, coordenar e supervisionar os cuidados de enfermagem de forma segura, eficiente e centrada na pessoa assistida. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, (2019, p. 4745), artigo 7.º, as competências do domínio da gestão são:

"Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde;

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados."

Durante este percurso, o domínio da gestão dos cuidados assumiu um papel essencial neste processo de aprendizagem, permitindo desenvolver competências na organização e priorização das intervenções de enfermagem, assegurando a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. No SMI, através da planificação diária, foi possível desenvolver a capacidade de articular os cuidados de forma integrada, respeitando as necessidades individuais de cada doente e assegurando a continuidade dos cuidados. Foi igualmente relevante a articulação com a equipa multidisciplinar, que evidenciou a importância da comunicação e da cooperação para alcançar melhores resultados em saúde.

Além disso, este domínio permitiu compreender que gerir cuidados não significa apenas distribuir tarefas, mas também assumir responsabilidades, refletir sobre decisões e utilizar os recursos de forma ética e eficiente. Assim, a gestão dos cuidados constitui um eixo central da prática do enfermeiro, contribuindo para a qualidade e a humanização dos cuidados em contextos clínicos complexos.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais refere-se à capacidade do enfermeiro em assumir uma postura de aprendizagem contínua e de atualização permanente dos seus conhecimentos e competências. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, (2019, p. 4745) artigo 8.º, as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são:

"Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica."

No decorrer dos ensinamentos clínicos, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi determinante para enriquecer e consolidar o conhecimento. Através deste domínio, foi possível desenvolver competências essenciais para a prática em contexto crítico, incluindo a atuação na sala de emergência, reconhecendo prioridades e a aplicação de protocolos de atuação em situações de urgência. Foi também possível identificar e intervir de forma adequada perante as diferentes vias verdes, compreendendo a sua importância na resposta rápida e eficaz a situações tempo-dependentes.

Outra área de grande crescimento foi a prestação e interpretação dos cuidados a doentes com ventilação mecânica, onde foram desenvolvidos conhecimentos sobre monitorização, parâmetros ventilatórios e vigilância contínua, compreendendo o papel do enfermeiro na prevenção de complicações e na promoção da segurança do doente.

Além disso, este domínio permitiu evoluir em outras situações práticas, tais como:

Administração segura de fármacos em urgência, incluindo medicamentos com potencial de causar danos, respeitando protocolos e verificações de segurança;

Assistência a doentes politraumatizados, desenvolvendo o raciocínio rápido e a capacidade de priorizar intervenções;

Realização de cuidados de enfermagem complexos, como aspiração de vias aéreas, monitorização hemodinâmica e cuidados pós-operatórios críticos;

Gestão de recursos e materiais clínicos em contextos de elevada pressão, garantindo eficácia e prevenção de desperdício;

Aplicação de técnicas de triagem e avaliação clínica em situações de sobrecarga de cuidados;

Suporte emocional a doentes e familiares em situações de elevado stress, fortalecendo competências de comunicação terapêutica e humanização dos cuidados;

Assim, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais durante este percurso não só ampliou os conhecimentos técnicos e científicos, mas também fortaleceu a capacidade de reflexão, tomada de decisão, autonomia e responsabilidade no cuidar, consolidando competências essenciais para atuar de forma segura, ética e eficiente em contextos clínicos complexos.

2.2 Competências específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

Na área da especialidade em enfermagem à pessoa em situação crítica, o foco recai sobre a pessoa em situação crítica, conforme defendido pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

... é aquela cuja vida está ameaçada devido à falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua a pessoas com uma ou mais funções vitais em risco imediato, respondendo às necessidades afetadas, e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua capacidade total (Regulamento n.º 429/2018, (2018, p.19362).

Os cuidados prestados são contínuos, altamente especializados e orientados para responder de forma imediata às necessidades do doente, garantindo a manutenção das funções vitais, prevenindo complicações, minimizando incapacidades e promovendo a recuperação plena.

A prestação de cuidados nesta área exige uma avaliação estruturada e sistemática, capaz de detetar precocemente alterações clínicas e antecipar potenciais dificuldades. Nesta parte do relatório serão analisadas, de forma reflexiva, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, valorizando as experiências adquiridas durante a prática clínica em contexto extra-hospitalares, Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos. Serão

destacadas apenas as competências mais relevantes, seguindo as orientações do Regulamento de Competências nº 429/2018.

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

Durante os ensinamentos clínicos, foi possível cuidar de pessoas em situação de doença crítica e/ou falência orgânica bem como das suas famílias e cuidadores. Essa experiência proporcionou vivências diretas das complexidades inerentes ao cuidado em contextos de elevada vulnerabilidade, permitindo o desenvolvimento de competências essenciais para a prática profissional e o fortalecimento das dimensões clínica, emocional e ética, visando a preparação para enfrentar os desafios do cuidado em situações críticas com segurança, empatia e profissionalismo.

No ensino clínico realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), verificou-se a oportunidade de colaborar em diversos procedimentos invasivos realizados pela equipe médica. Apesar de a execução técnica estar a cargo do médico, a presença e a intervenção do enfermeiro são indispensáveis em todas as fases, assegurando a segurança do doente, a preparação adequada do material e a monitorização contínua do estado clínico.

Quando o doente apresenta incapacidade de manter uma ventilação espontânea eficaz, seja por fadiga muscular, depressão do sistema nervoso central ou falência respiratória, torna-se necessária a instituir de suporte ventilatório mecânico. Nestas situações, é introduzido um tubo orotraqueal ou uma traqueostomia, permitindo a ligação a um ventilador que assegura as trocas gasosa adequadas e o suporte das funções vitais.

De acordo com Jameson et al. (2020), a ventilação mecânica constitui uma intervenção essencial na insuficiência respiratória aguda, permitindo manter a oxigenação e a eliminação adequada de dióxido de carbono enquanto se tratam as causas subjacentes.

A ventilação mecânica pode ser realizada em diferentes modos, ajustados conforme as necessidades do doente e os objetivos terapêuticos. Na ventilação controlada por volume, o ventilador fornece um volume corrente pré-determinado, enquanto na ventilação controlada por pressão, a pressão inspiratória é fixa, variando o

volume de acordo com a complacência e a resistência pulmonar. A ventilação com pressão assistida é frequentemente utilizada durante o desmame ventilatório, por reduzir o esforço respiratório, e a ventilação com pressão positiva contínua (CPAP) mantém uma pressão estável nas vias aéreas, favorecendo a oxigenação e a expansão alveolar.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2017a), a adoção do Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação é essencial para reduzir a incidência de infecções respiratórias em doentes ventilados, devendo incluir a elevação da cabeceira, a avaliação diária da necessidade de ventilação e a higiene rigorosa da cavidade oral.

A colocação de um cateter venoso central apresenta maior benefício para o doente internado na unidade de cuidados intensivos, quando comparado ao acesso venoso periférico, pois permite um tratamento prolongado com terapêutica vasoativa, a administração de volumes rápidos e a infusão simultânea de diferentes fármacos, devido à presença de múltiplos lumens, algo que não seria possível através de um único acesso venoso periférico.

A cateterização arterial possibilita a monitorização contínua da pressão arterial, bem como o acesso rápido e minimamente invasivo para colheitas de sangue e gasometrias. Este procedimento permite ainda a monitorização cardíaca contínua, através da ligação do cateter arterial a um transdutor posicionado ao nível da aurícula direita.

Nestes momentos, a colaboração da equipa de enfermagem é essencial, consistindo principalmente na preparação do ambiente e do material necessário, assegurando condições de assepsia e seguindo rigorosamente os protocolos definidos e disponíveis para consulta na unidade. Compete igualmente à equipa de enfermagem a monitorização contínua dos parâmetros vitais, antecipando alterações hemodinâmicas e apoiando a equipa médica durante a execução dos procedimentos.

Durante a colocação do cateter venoso central, o enfermeiro garante a preparação do campo estéril, a assistência direta ao médico e a vigilância contínua, prevenindo complicações como infeção, trombose ou deslocação do dispositivo. Já na cateterização arterial, compete ao enfermeiro preparar o material de monitorização invasiva da pressão arterial e garantir a vigilância da perfusão distal do membro cateterizado, assegurando a segurança e estabilidade hemodinâmica do doente. De acordo com Sousa (2021), o domínio técnico e o cumprimento rigoroso dos princípios de assepsia e monitorização contínua são essenciais para a prevenção de complicações

associadas aos acessos vasculares, contribuindo para a segurança e eficácia do tratamento em contextos de urgência e emergência.

Em contexto de cuidados intensivos, o enfermeiro participa ativamente em diversos procedimentos invasivos e não invasivos, integrando-se nas equipas médicas e de enfermagem de forma colaborativa. As intervenções realizadas estendem-se para além da dimensão técnica, abrangendo também o cuidado humano, centrado na pessoa em situação crítica. Tal como refere Pinho (2018), o enfermeiro intensivista assume um papel determinante na vigilância e na resposta rápida às alterações clínicas, articulando competências técnicas e relacionais para garantir cuidados seguros e humanizados.

Para além da vigilância contínua dos parâmetros vitais, o enfermeiro assume um papel fundamental na manutenção das necessidades básicas, na promoção do conforto e na prevenção de complicações associadas à imobilidade e à dependência total, contribuindo para a estabilidade clínica e para a preservação da dignidade da pessoa cuidada.

Neste sentido, os enfermeiros assumem a responsabilidade de garantir uma nutrição adequada à condição clínica do doente, recorrendo, sempre que necessário, a dieta oral adaptada, sonda nasogástrica ou nutrição parentérica. Cabe ainda ao enfermeiro monitorizar a tolerância alimentar, o risco de aspiração e o equilíbrio hidroeletrólítico, assegurando a manutenção das funções vitais. O posicionamento frequente do doente constitui um cuidado fundamental, desempenhando um papel importante na prevenção de úlceras de pressão, na melhoria da função respiratória e na promoção do conforto geral do doente. Esta prática permite manter a integridade da pele, facilita a ventilação pulmonar adequada e contribui para o bem-estar geral, sendo um elemento fundamental dos cuidados de enfermagem.

A vigilância vesical e intestinal constitui um cuidado essencial na prática de enfermagem, integrando a rotina diária de monitorização dos doentes. No âmbito vesical, envolve a avaliação contínua do funcionamento do cateter vesical, o controlo do balanço hídrico e a deteção precoce de sinais de infeção urinária, prevenindo complicações e assegurando a preservação da função renal. Do mesmo modo, a avaliação da função intestinal, permite identificar precocemente obstipação ou diarreia, muitas vezes associado a terapêutica e a imobilidade, incluindo a observação da frequência e características da eliminação e a implementação de intervenções adequadas para manter a função intestinal.

Segundo a DGS, Feixe de Intervenções para a Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter, (2015), o cumprimento deste feixe é essencial para reduzir a incidência de infecções associadas aos cuidados de saúde, devendo incluir práticas de higiene adequadas, avaliação diária da necessidade do cateter e técnicas assépticas rigorosas na sua inserção e manutenção. A avaliação da função intestinal permite ainda identificar precocemente obstipação ou diarreia, frequentemente associadas à terapêutica e à imobilidade.

Os cuidados de higiene a pessoa em situação crítica são igualmente indispensáveis, não apenas pela promoção do bem-estar, mas também pela sua relevância na prevenção de infecções. Ainda neste contexto, destaca-se a troca do material de fixação do tubo orotraqueal, que deve ser realizada de forma segura, evitando a exteriorização do tubo, garantindo a permeabilidade da via aérea e a prevenção de complicações. Dentro deste contexto, o enfermeiro desempenha um papel central na monitorização contínua da pessoa em situação crítica, sendo responsável por avaliar de forma sistemática os níveis de sedação, agitação e dor. Para apoiar essa prática e garantir maior objetividade e segurança nas decisões terapêuticas, foi possível conhecer e aplicar diversas escalas de avaliação, desenvolvidas para monitorizar o estado clínico e funcional dos doentes em situação crítica. Entre as mais utilizadas, destacam-se a Escala de Sedação de Ramsay, o Índice Bispectral (BIS), a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) e a Behavioral Pain Scale (BPS).

A insuficiência renal aguda (IRA) constitui uma complicação frequente em doentes críticos, podendo ter origem em situações de sépsis, choque, trauma ou insuficiência cardíaca. Esta condição está associada a um risco acrescido de progressão para doença renal crónica, exigindo intervenções precoces e eficazes. Nesses casos, a diálise constitui uma intervenção terapêutica fundamental em doentes com insuficiência renal aguda, permitindo a substituição parcial da função renal. Este procedimento tem como objetivo principal a remoção de resíduos metabólicos, excesso de líquidos e eletrólitos, mantendo o equilíbrio hidroelectrolítico e ácido-base do organismo. Existem diferentes modalidades de diálise, incluindo a hemodiálise, realizada através de um circuito extracorpóreo, e a diálise peritoneal, que utiliza a membrana peritoneal como filtro natural. De acordo com Inácio et al. (2023), a técnica de substituição da função renal contínua requer do enfermeiro competências específicas de vigilância, manutenção do circuito e monitorização do estado clínico. Em contexto de cuidados intensivos, para além da função de substituição renal, a diálise pode contribuir para a estabilidade

hemodinâmica e para a recuperação global do doente, sobretudo quando administrada de forma contínua e controlada.

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

No Serviço de Urgência, embora as situações de exceção e catástrofe sejam raras não se tendo verificado durante o período de estágio, a minha tutora informou-me sobre o Plano de Emergência Hospitalar, articulado com o Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil, que assegura a coordenação e mobilização de recursos internos e externos, permitindo uma resposta rápida, integrada e organizada. Este plano contempla três dimensões fundamentais: planeamento e preparação (elementos de prevenção), resposta e gestão da emergência e suporte e sustentação da operacionalidade (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2018).

Na fase de prevenção, são realizadas ações de capacitação da equipa multiprofissional, simulações regulares e manutenção dos materiais em condições de pronta utilização, como kits de trauma, ventiladores portáteis e desfibriladores.

Durante a resposta imediata, aplica-se o sistema de triagem massiva START (Simple Triage and Rapid Treatment), que classifica as vítimas em Zona de Reanimação/Emergência, Zona Urgente, Zona Não Urgente e Zona Negra, consoante a gravidade (Dias et al., 2022).

A dimensão de suporte e sustentação da operacionalidade reúne os recursos, a logística, os sistemas de comunicação e a documentação necessários, para garantir que a resposta em emergência decorra de forma contínua, eficiente e coordenada.

No serviço, existe um armário de catástrofe, que tive oportunidade de observar devidamente organizado, contendo kits preparados para atuar em diferentes emergências. Entre estes, destacam-se os kits de triagem START, que permitem agilizar o processo de avaliação e alocação de doentes, bem como os planos de contingência, que definem as áreas de atuação e os coletes de identificação utilizados pelos profissionais alocados às diferentes zonas. Na sala de emergência, encontram-se também kits preparados para colheitas e materiais de uso imediato na abordagem inicial, como cateteres venosos periféricos, soluções fisiológicas, sistemas de infusão e material de colheita.

Durante o ensino clínico no Serviço de Medicina Intensiva, a enfermeira tutora relatou situações vividas em momentos anteriores que exigiram o aumento da capacidade de resposta do serviço, nomeadamente através da criação de camas adicionais, como ocorreu durante a pandemia de COVID-19. Este período constituiu uma verdadeira prova de resiliência para as equipas de saúde, impondo uma reorganização estrutural, reforço de recursos humanos e materiais, e a implementação de medidas rigorosas de prevenção e controlo de infeção.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2020) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2020), os planos de contingência definidos para a rede de medicina intensiva orientaram esta resposta, estabelecendo estratégias de ampliação da capacidade instalada e de separação de circuitos para doentes infetados e não infetados. Tais medidas evidenciam a importância do planeamento e da preparação das equipas para enfrentar situações de exceção, garantindo uma atuação segura, ética e humanizada.

A atuação em cenários de exceção e catástrofe requer do enfermeiro especialista competências de liderança, priorização e tomada de decisão rápida, assegurando a segurança dos doentes e da equipa. Assim, o treino contínuo e a preparação sistemática são determinantes para garantir uma resposta organizada, eficaz e humanizada perante situações de exceção (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Apesar de não terem ocorrido situações semelhantes durante o período de estágio, a partilha destas experiências reforçou a importância do planeamento, da preparação e da capacidade de adaptação dos profissionais perante cenários críticos e imprevisíveis.

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, face a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos constitui uma prioridade no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, dada a sua vulnerabilidade imunológica e a exposição a procedimentos invasivos característicos deste contexto clínico. Esta abordagem exige

estratégias rigorosas de prevenção e controlo, como a higienização adequada das mãos, a utilização de técnicas assépticas e a aplicação de precauções de isolamento, com o objetivo de reduzir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2017b).

No SMI, a higienização das mãos é considerada a medida mais eficaz de prevenção e controlo de infeções, devendo ser realizada antes e após qualquer contacto com o doente, após a manipulação de dispositivos invasivos e sempre que exista risco de contaminação. Os lavatórios destinados à higienização das mãos possuem sistema de abertura de água através de dispositivo acionado por pedal, prevenindo o contacto manual após a lavagem.

Durante o ensino clínico, observei a adesão rigorosa da equipa de enfermagem às normas de higiene das mãos, especialmente antes e após a realização de procedimentos invasivos, como a aspiração de secreções ou a manipulação de cateteres. Esta prática revelou-se essencial para a prevenção de infeções cruzadas e para a segurança do doente crítico (DGS, 2017b).

A aplicação de medidas de isolamento, o uso de barreiras de proteção e a limpeza e desinfeção rigorosa de superfícies e dispositivos completam o conjunto de práticas essenciais para prevenir a transmissão cruzada e promover a segurança do doente e da equipa. Ao longo do estágio foi possível colaborar na preparação de áreas destinadas ao isolamento de doentes com suspeita de infeção por microrganismos multirresistentes, reforçando a importância da organização do espaço e da correta utilização dos equipamentos de proteção individual, elementos fundamentais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Segundo a DGS, "Feixes de Intervenções" para Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (2017a), consiste na implementação de bundles de intervenção dirigidos à prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, que é uma das complicações mais frequentes nos cuidados intensivos. Entre as medidas recomendadas encontra-se a manutenção da sonda no nível mínimo necessário, a avaliação diária da possibilidade de extubação, a elevação da cabeceira do doente, a higiene oral regular e a monitorização da pressão do cuff. A adoção estruturada destas práticas contribui para a diminuição de complicações e para a melhoria dos resultados clínicos, assegurando cuidados mais seguros e de elevada qualidade.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017b), a prática especializada em enfermagem médico-cirúrgica deve assentar em referenciais normativos que orientem a segurança, a prevenção de complicações e a promoção do bem-estar do doente, incentivando igualmente projetos de melhoria contínua. Neste sentido, o ensino clínico revelou-se fundamental para consolidar competências específicas do mestrado, permitindo integrar o conhecimento científico, a prática baseada na evidência e o desenvolvimento profissional, destacando o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados diferenciados e humanizados à pessoa em situação crítica.

A análise das experiências vivenciadas encontra suporte na Teoria das Transições de Meleis (2010), que compreende a transição como elemento central do cuidado de enfermagem. Em contextos de instabilidade, o enfermeiro é frequentemente o primeiro profissional a estabelecer uma relação de proximidade com o doente e a sua família, desempenhando um papel determinante no apoio durante períodos de mudança significativa. As transições desenvolvimentais, situacionais ou organizacionais que representa momentos de vulnerabilidade, nos quais o doente necessita adquirir novas competências e reconstruir a sua identidade, sendo a adaptação bem-sucedida dependente do suporte prestado pela equipa de enfermagem.

Assim, o trabalho do enfermeiro transcende intervenções pontuais, que implica um acompanhamento contínuo e uma visão holística que integra as dimensões físicas, emocionais e sociais do doente. A aplicação da Teoria das Transições no ensino clínico evidencia a importância da avaliação crítica, da intervenção planeada e do suporte à rede de apoio, promove respostas positivas às mudanças e contribui para o bem-estar e a recuperação da pessoa em situação crítica (Meleis, 2010).

A humanização dos cuidados emerge, neste contexto, como componente indispensável da prática de enfermagem e exige que o enfermeiro concilie a complexidade tecnológica com uma presença empática e atenta. A literatura mostra que gestos simples, como o toque, a escuta e a comunicação clara, contribui para reduzir o sofrimento e fortalecer o vínculo terapêutico, mesmo em ambientes marcados pela rapidez e pela elevada carga emocional. Contudo, fatores como a escassez de profissionais e a intensidade do trabalho podem dificultar esta prática, tornando ainda mais necessária uma postura ética e sensível que mantenha o foco na dignidade da pessoa e da sua família, (Freitas et al., 2023).

Deste modo, a integração da Teoria das Transições com práticas de humanização evidencia a importância do ensino clínico no desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta integração permite que o enfermeiro especialista atue de forma crítica, reflexiva e orientada para a prestação de cuidados seguros, qualificados e centrados na pessoa, enquanto facilita respostas adaptativas às transições experienciadas pelo doente, (Meleis, 2010).

**PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA
EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

A comunicação é uma característica essencial do ser humano e assume um papel fundamental no cuidado em enfermagem. No contexto da saúde, comunicar torna-se ainda mais importante, pois a pessoa encontra-se fragilizada, e muitas vezes não consegue expressar as suas necessidades e sentimentos. Assim, o enfermeiro deve procurar formas de se fazer entender e de compreender o outro, mesmo quando as palavras são limitadas.

Humanizar o cuidado significa reconhecer que, por trás de cada diagnóstico e de cada equipamento, existe uma pessoa com emoções, medos e esperanças. A comunicação, verbal e não verbal, é o principal instrumento que aproxima o enfermeiro do doente e da família, criando um ambiente de confiança, empatia e segurança.

Apesar disso, comunicar em contexto crítico nem sempre é fácil. O ruído dos equipamentos, o ritmo acelerado, o sofrimento e a falta de tempo podem dificultar o contacto humano e tornar a comunicação um desafio. Por isso, é essencial que o enfermeiro desenvolva estratégias que facilitem esta interação e permitam manter o cuidado centrado na pessoa.

Em consonância com o objetivo geral de analisar a comunicação no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

Identificar a importância da comunicação nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;

Conhecer as estratégias utilizadas na comunicação verbal e não verbal na relação terapêutica com a pessoa em situação crítica;

Conhecer os fatores condicionantes e as dificuldades percebidas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica.

Analisar a associação entre as características académicas e profissionais dos enfermeiros e as estratégias de comunicação verbal e não verbal utilizadas com a pessoa em situação crítica.

2. ESTADO DE ARTE

A comunicação é um instrumento essencial da enfermagem, fundamental para a humanização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e à sua família, especialmente em contextos de urgência e cuidados intensivos. Em unidades de cuidados intensivos, onde a capacidade verbal do doente pode estar limitada, a comunicação assume múltiplas formas, incluindo gestos, olhares e expressões não verbais. O enfermeiro, ao utilizar estratégias de comunicação terapêutica, consegue compreender as necessidades, receios e expectativas do doente, promovendo empatia, confiança e interação eficaz, reforçando a qualidade do cuidado e a humanização da assistência, mesmo em ambientes complexos e exigentes (Sodré et al., 2022).

Nesta perspectiva, Oliveira Pinho (2020), acrescenta que a comunicação terapêutica, além de humanizar o cuidado, possibilita ao enfermeiro compreender o outro na sua totalidade e interpretar de forma mais precisa as necessidades expressas e não expressas da pessoa cuidada, favorecendo uma intervenção mais significativa e relacional.

De forma convergente, a Ordem dos Enfermeiros (2024) sublinha que o uso terapêutico da comunicação conduz a cuidados centrados na pessoa, e não na tarefa, assegurando a qualidade e a satisfação associadas ao ato de cuidar.

Segundo Baptista et al. (2024), a comunicação constitui um elemento essencial da prática de enfermagem, sendo reconhecida como instrumento terapêutico e expressão do cuidado humanizado. No contexto de cuidados intensivos, a sua relevância torna-se ainda mais evidente, uma vez que a pessoa em situação crítica se encontra em estado de extrema vulnerabilidade física e emocional.

A comunicação revelou-se um elemento central no processo da prestação de cuidados, influenciando tanto a interação com a equipa como o acompanhamento da família da pessoa em situação crítica. Transmitir informações de forma clara e empática revela-se crucial para diminuir a ansiedade dos familiares, reforçar a confiança na equipa e promover um cuidado humanizado centrado na pessoa (Moura, 2025).

De acordo com Martins (2024), no cuidado à pessoa em situação crítica, a transmissão clara e empática de informações desempenha um papel determinante na relação com o doente, a família e a equipa de enfermagem. Uma comunicação adequada ajuda a reduzir a ansiedade, fortalecer a confiança e promover uma abordagem mais

humanizada na prestação de cuidados. Quando a comunicação é insuficiente ou falha, surgem mal-entendidos, insegurança e stresse, afeta a qualidade dos cuidados e o bem-estar do doente e da família. Por isso, desenvolver estratégias comunicacionais eficazes é fundamental para garantir um cuidado centrado na pessoa em contextos críticos.

De acordo com Sequeira et al. (2016), a comunicação desempenha um papel central na construção da relação de ajuda, funciona como um meio privilegiado para a prática de cuidados humanizados. A escuta atenta, a empatia e a sinceridade constituem elementos-chave para criar uma relação terapêutica que promova conforto, segurança e bem-estar. Desta forma, comunicar em enfermagem vai além de transmitir informação, e assume um valor terapêutico ao permitir um contacto genuíno entre o profissional e a pessoa cuidada. Assim, a comunicação reflete o compromisso ético com a dignidade e a integralidade do ser humano, que reforça a humanização como princípio orientador do cuidado.

Apesar do consenso teórico sobre a importância da comunicação, a literatura evidencia que o ambiente técnico e emocional das unidades de cuidados intensivos impõe barreiras significativas à sua concretização. Nos contextos de cuidados intensivos e serviços de urgência, a humanização apresenta desafios particulares. O ambiente altamente tecnológico, a presença constante de equipamentos e a gravidade clínica das situações podem contribuir para a fragmentação do cuidado e para o distanciamento relacional (Silva et al., 2024). Contudo, é precisamente nesses cenários que a presença humana do enfermeiro assume maior relevância. Como referem Sequeira et al. (2016), a comunicação empática e a escuta sensível constituem recursos essenciais para preservar a dimensão humana do cuidar, restituindo à pessoa a sua condição de sujeito e fortalece um vínculo terapêutico baseado no respeito, na confiança e na esperança.

De acordo com Deslandes (2014), o cuidado é um ato essencialmente relacional, que requer do profissional a capacidade de reconhecer o outro na sua singularidade e de valorizar a escuta e o respeito como fundamentos éticos da prática em saúde. A autora defende que a humanização em saúde ultrapassa a dimensão meramente técnica do cuidar, que integra a sensibilidade, a empatia e a presença como expressões éticas e relacionais da prática de enfermagem.

A pessoa em situação crítica atravessa um momento de profunda vulnerabilidade, oscilando entre a vida e a morte, a esperança e o medo, vivência que interfere não apenas no próprio doente, mas também na sua família. O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos constitui um acontecimento inesperado e

desestabilizador, que expõe a família a elevados níveis de ansiedade, insegurança e incerteza, enquanto a confronta com um ambiente altamente tecnológico e emocionalmente exigente. Este cenário intensifica o sofrimento e amplia as necessidades de informação, esclarecimento e apoio emocional, exigindo dos enfermeiros uma comunicação clara, sensível e contínua, capaz de oferecer estabilidade, significado e presença num contexto marcado pela imprevisibilidade (Miranda, 2023).

Segundo Deslandes (2014), a humanização do cuidado requer do profissional uma atitude ética e sensível diante da vulnerabilidade do outro, orientada pelo reconhecimento da dignidade humana e pelo compromisso com uma prática relacional. Assim, comunicar, em contexto crítico, é também preservar a humanidade do cuidado, que materializa o equilíbrio entre o domínio técnico e o compromisso ético que define o verdadeiro sentido do cuidar.

Oliveira Pinho (2020) reforça que o doente crítico enfrenta múltiplas barreiras à comunicação: uso de dispositivos invasivos, tubo endotraqueal, sondas, medicação sedativa e alterações cognitivas. Essas limitações tornam o enfermeiro o principal mediador entre o doente e o mundo exterior. Além das limitações clínicas, existem fatores organizacionais, como o ruído ambiental, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade de equipas, que interferem na continuidade comunicacional. Estas barreiras exigem do enfermeiro uma postura adaptativa e sensível, sustentada pela empatia, respeito e humildade. Conforme salientam Carús et al. (2021), a comunicação em saúde pode ser comprometida por fatores estruturais e humanos, o que requer estratégias que valorizem o diálogo e a escuta qualificada. Essa constatação reforça que a comunicação não depende apenas de competências individuais, mas também de condições institucionais e culturais que favoreçam uma prática humanizada e reflexiva.

A comunicação terapêutica consiste no uso intencional da palavra, do gesto e do silêncio para promover bem-estar e compreensão. Permite ao enfermeiro compreender as necessidades do outro, expressar empatia e criar uma relação de confiança. Nos cuidados intensivos, a comunicação é essencial para humanizar o ambiente e restaurar a subjetividade da pessoa doente, e reforçar a importância de práticas comunicacionais conscientes e humanizadas (Carús et al., 2021).

Fruitoso (2022), salienta que a comunicação verbal requer clareza, objetividade e um tom empático. A utilização de uma linguagem simples e acessível facilita a compreensão e diminui o medo do desconhecido. O tom de voz deve ser calmo e pausado, que transmita tranquilidade e segurança. A repetição de informações-chave e

a validação da compreensão são práticas que reduzem erros e reforçam a confiança entre enfermeiro e pessoa doente.

A escuta ativa, atitude de atenção plena e respeito, é um dos instrumentos mais poderosos da comunicação terapêutica. Demonstra disponibilidade genuína e contribui para o reconhecimento das necessidades emocionais da pessoa doente. Através da escuta ativa, o enfermeiro identifica o sofrimento e oferece apoio emocional, que transforma o ato comunicativo em cuidado. O treino da escuta ativa contribui, ainda, para o desenvolvimento da inteligência emocional e da empatia profissional (Frutuoso, 2022).

A literatura evidencia que a comunicação não verbal constitui um elemento central na humanização dos cuidados de enfermagem. Monterroso et al. (2025), demonstra-se que pequenos gestos, como segurar a mão de um doente durante um procedimento doloroso, podem atenuar a ansiedade, transmitir segurança e reforçar o vínculo terapêutico. Estes autores salientam que o corpo do enfermeiro se torna o principal mediador da relação de cuidado quando a comunicação verbal é limitada. Silva et al. (2024), acrescentam que, no contexto da medicina intensiva, a comunicação com o doente crítico requer sensibilidade e competência emocional, uma vez que estes utentes se encontram em situação de elevada vulnerabilidade. A escuta ativa e a presença empática são, assim, estratégias que promovem a confiança e a dignidade no processo de cuidar.

Também Oliveira Pinho (2020) defende que o olhar, o toque e a postura do enfermeiro assumem um papel fundamental na relação terapêutica, que permite reconhecer as necessidades e aliviar o sofrimento.

De forma convergente, os diferentes autores realçam que o toque terapêutico, o contacto visual e o silêncio constituem formas de comunicação que ultrapassam a palavra e expressam a empatia, a escuta e a presença genuína do enfermeiro. Em conjunto, estas dimensões evidenciam que a comunicação não verbal é parte integrante da humanização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica (Monterroso et al., 2025; Oliveira Pinho, 2020; Silva et al., 2024).

Nos últimos anos, têm vindo a ser desenvolvidas diversas tecnologias de comunicação aumentativa, como pranchas de pictogramas e aplicações digitais, que facilitam a expressão de doentes intubados ou com limitações cognitivas. Estudos internacionais evidenciam que estas estratégias salvaguardam o direito à comunicação e à participação ativa do doente crítico nos seus próprios cuidados, contribuindo para

reduzir sentimentos de frustração, isolamento e ansiedade (Johnson et al., 2021). Estas ferramentas demonstram que comunicar é mais do que uma competência técnica é uma forma de presença ética e sensível, que traduz o cuidado na sua dimensão mais humana.

A formação contínua em comunicação terapêutica é essencial para o fortalecimento da humanização em enfermagem. O desenvolvimento de competências comunicacionais constitui uma dimensão ética do cuidar, imprescindível à qualidade relacional e terapêutica. Cabrita (2022) reforça que, em contextos críticos, o aperfeiçoamento das estratégias de comunicação exige prática reflexiva e formação contínua, permitindo ao enfermeiro comunicar de forma empática e consciente, promovendo uma relação de cuidado verdadeiramente humanizada. Contudo, a formação em comunicação terapêutica continua pouco estruturada e muitas vezes limitada a conteúdos pontuais, o que restringe o desenvolvimento de competências relacionais sustentáveis na prática clínica.

A literatura recente reforça a importância da comunicação terapêutica na humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica. Evidências demonstram que o treino em competências comunicacionais melhora significativamente os comportamentos de cuidado e favorece relações mais empáticas, éticas e seguras entre enfermeiros e pessoas em situação crítica (Zare et al., 2023).

Apesar dos avanços teóricos que consolidam a comunicação terapêutica como eixo central da humanização dos cuidados de enfermagem (Baptista et al., 2024; Oliveira Pinho, 2020), verifica-se a ausência de estudos qualitativos que explorem a percepção da pessoa em situação crítica e da sua família, bem como o impacto emocional experienciado pelo enfermeiro nesse processo.

Essa lacuna limita a compreensão integral da comunicação como fenómeno relacional e ético (Deslandes, 2014). Assim, torna-se essencial investir em formações e investigações que desenvolvam competências comunicacionais centradas na empatia, na escuta ativa e na presença, favorecendo relações terapêuticas mais humanizadas (Deslandes, 2024; Silva et al., 2024). O reforço destas dimensões contribui não apenas para a qualidade e segurança dos cuidados, mas também para o bem-estar emocional do enfermeiro e da pessoa cuidada, preservando a dignidade de ambos nos contextos de maior vulnerabilidade (Silva et al., 2024).

3. METODOLOGIA

A metodologia corresponde ao conjunto estruturado de etapas e procedimentos que orientam o desenvolvimento de uma investigação científica. A sua função principal é assegurar a coerência entre o problema, os objetivos e as estratégias adotadas, permitindo ao investigador organizar, de forma lógica e sistemática, o percurso investigativo. Assim, a metodologia não se restringe à escolha de técnicas de recolha e análise de dados, mas abrange a definição de um caminho que garanta a validade e a credibilidade dos resultados obtidos (Vilelas, 2020).

3.1.TIPO DE ESTUDO

Desenvolveu-se um estudo descritivo correlacional e transversal de abordagem quantitativa, adequada aos objetivos propostos. Os estudos do tipo quantitativo permitem transformar informações em dados numéricos, possibilitando a análise e classificação das respostas (Vilelas, 2020).

Os estudos descritivos possibilitam a caracterização detalhada de um fenómeno ou das suas variáveis, enquanto os estudos correlacionais procuram analisar a existência e a intensidade de relação entre variáveis, sem estabelecer relações de causalidade (Vilelas, 2020). Em termos temporais, este estudo é transversal, uma vez que o inquérito é aplicado num único momento a uma determinada amostra permitindo observar as variáveis em análise num ponto específico do tempo (Vilelas, 2020).

3.2.POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Vilelas (2020), a população é o conjunto de todas as pessoas nas quais se pretende estudar algumas características e a amostra não é mais do que uma parte da população. A população selecionada foi constituída pelos enfermeiros (69) do Serviço de Urgência de uma Unidade Local da Região Norte de Portugal. A amostra foi composta por indivíduos da população que concordaram em participar no estudo de forma voluntária, utilizando um método de amostragem não probabilística por

conveniência. A escolha da amostra respeitou os seguintes critérios, como critérios de inclusão, os enfermeiros que exercem funções no SU, como critérios de exclusão, os enfermeiros ausentes do serviço de SU por motivo de férias, doença ou licença.

3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados (IRD) utilizado consiste num questionário identificador de estratégias de comunicação usadas por enfermeiros com a pessoa em situação crítica (APÊNDICE I). Consideram-se em estudo as variáveis sociodemográficas e profissionais como variáveis independentes, e as estratégias de comunicação (verbal e não-verbal) usadas com a pessoa em situação crítica como variáveis dependentes.

Este instrumento de recolha de dados encontra-se dividido em duas partes:

Parte I: Caracterização sociodemográfica e profissional, formada pela idade, sexo, experiência profissional, tempo de exercício profissional, experiência em Serviço de Urgência e habilitações académicas.

Parte II: Constituída por questões de resposta fechada (1-7) com as quais se pretende entender, se a comunicação é importante na prestação de cuidados no contexto do Serviço Urgência (SU), a importância e atualização do conhecimento nesta área, quais os aspetos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente, quais as estratégias alternativas à comunicação verbal utilizadas, quais os fatores que, na opinião dos enfermeiros, mais condicionam a comunicação com o doente, qual a perceção da dificuldade na comunicação sentida pelos enfermeiros e quais as principais dificuldades sentidas aquando da comunicação com o doente com alterações na comunicação.

Foi utilizado um instrumento de recolha de dados adaptado, da autoria de Carla Alexandra de Oliveira Pinho, desenvolvido para o estudo *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos*, realizado em 2019, tendo a autora dado o seu consentimento para a utilização do mesmo (ANEXO I - A autorização do autor para a utilização do questionário).

3.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O intervalo de recolha de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2024 a fevereiro de 2025. É de notar que além de ter sido solicitada a autorização necessária à autora do questionário a ser utilizado, para que os direitos de autor sejam respeitados e o uso do questionário seja consentido, o estudo foi apresentado para análise e autorização do Presidente do Conselho Administrativo do hospital onde decorreu a recolha de dados. Após o parecer positivo da Comissão de Ética, foi autorizada a sua execução (ANEXO II- Parecer da Comissão de Ética).

Foi realizada uma reunião com o chefe do serviço, na qual se apresentaram os objetivos do estudo, e o instrumento de recolha de dados que seria utilizado. Foi escolhido este instrumento de recolha de dados por ser uma técnica de observação indireta, para que os intervenientes estejam mais à vontade para responder, pelo anonimato e confidencialidade dos questionários. Na realização deste projeto, garante-se o respeito pelos direitos e o consentimento informado, esclarecido e livre, dos participantes em todas as fases do estudo. Além disso, cada participante terá a liberdade de, a qualquer momento, recusar responder às perguntas que lhe causem constrangimento de qualquer natureza.

3.5. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

Terminada a colheita de dados, o investigador procede à análise das respostas obtidas, a partir das quais serão retiradas conclusões que permitem responder à questão formulada no início do estudo (Vilelas, 2020).

No âmbito da estatística descritiva, procedeu-se ao cálculo das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis.

Para além da simples descrição dos dados, a estatística analítica permite inferir até que ponto os resultados poderão ser generalizáveis à população subjacente à amostra (Vilelas, 2020).

Para analisar a associação entre as características académicas e profissionais dos enfermeiros e as estratégias de comunicação verbal e não verbal utilizadas com a pessoa em situação crítica, consideraram-se quatro dimensões, nomeadamente: aspetos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente;

estratégias alternativas à comunicação; fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico em SU; dificuldades sentidas na comunicação com o doente com alterações da comunicação.

Aplicaram-se testes não paramétricos, uma vez que as variáveis não cumpriram os pressupostos para a aplicação de testes paramétricos. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O nível de significância considerado foi de 5%.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o programa SPSS Statistics®, versão 28.0 (Statistical Package for the Social Sciences), após a recolha de informação através de questionário em suporte de papel.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Procedeu-se inicialmente à caracterização do perfil sociodemográfico e profissional apresentado na Tabela 1, constituída por 50 profissionais de saúde. Estamos perante uma amostra em que predomina o sexo feminino (68%), sendo a maioria dos participantes (64%) composta por indivíduos com idade compreendida entre os 20 e 40 anos. O grupo etário superior aos 60 anos não teve representatividade.

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica da amostra (classe etária e sexo)

Variáveis	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Classe Etária	20-40	32	64
	41-50	14	28
	51-60	4	8
	>60	0	0
Sexo	Feminino	34	68
	Masculino	16	32
Total		50	100,00

Relativamente à caracterização profissional e académica (Tabela 2), do total da amostra de enfermeiros (n = 50), a maioria pertencia ao grupo com mais de 15 anos de tempo de exercício profissional (66%). Contudo, quando analisado o tempo de experiência em Serviço de Urgência constou-se uma distribuição uniforme pelas classes temporais, com predomínio acima dos 15 anos (36%); as classes entre 0-4 anos e 5-9 anos têm exatamente a mesma representatividade (24%), sendo a classe com tempo de exercício entre 10-14 anos no Serviço de Urgência a mais baixa (16%). Ou seja, comparativamente com o tempo de exercício profissional, o tempo de experiência em SU dos participantes no momento do preenchimento do questionário é inferior, o que evidencia a rotatividade dos enfermeiros pelos serviços da instituição ao longo do tempo.

Em relação às habilitações académicas, do total da amostra de enfermeiros, 16 enfermeiros (32%) detinham a licenciatura em enfermagem, 15 enfermeiros detinham o mestrado (30%).

De acordo com as áreas de formação pós-licenciatura do total da amostra de enfermeiros a especialização em Doente crítico e Médico-Cirúrgica (40%) seguida a especialização em Saúde Comunitária (10%) são as que têm maior representatividade, dados que podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2

Caracterização profissional e acadêmica da amostra (n=50)

Variáveis	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Tempo de exercício profissional	0-4 anos	3	6,0
	5-9 anos	4	8,0
	10-14 anos	10	20,0
	>15 anos	33	66,0
Experiência em Serviço de Urgência	0-4 anos	12	24,0
	5-9 anos	12	24,0
	10-14 anos	8	16,0
	>15 anos	18	36,0
Habilitações acadêmicas	Licenciatura	16	32,0
	Pós-Graduação	3	6,0
	Especialidade	16	32,0
	Mestrado	15	30,0
Área de formação pós-licenciatura	Especialização em Doente crítico e Médico-Cirúrgica	20	40,0
	Especialização em Saúde comunitária	5	10,0
	Gestão de serviços de saúde	1	2,0
	Especialização em Reabilitação	1	2,0
	Especialização em saúde infantil e pediátrica	1	2,0
	Especialização em Saúde mental e Psiquiátrica	1	2,0
Total		50	100,00

Na Tabela 3 apresentam-se as respostas relativas ao primeiro objetivo, que procurou identificar a importância da comunicação nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de Serviço de Urgência. A seguir, são destacados alguns pontos-chave desses resultados, de modo a evidenciar o consenso estabelecido entre os enfermeiros acerca da relevância da comunicação.

Verificou-se que 86% (n = 43) dos enfermeiros inquiridos consideraram que a comunicação na prestação de cuidados em Serviço de Urgência tem extrema importância, enquanto 14% (n = 7) atribuíram-lhe grande relevância. Este resultado, embora inferior, reforça igualmente a percepção de que a comunicação constitui um elemento de grande importância no processo de cuidar. Destaca-se, ainda, que não houve qualquer registo de respostas nos níveis “nenhuma importância”; “pouca importância” ou “alguma importância”, o que demonstra que os enfermeiros que

participaram no estudo reconhecem a importância da comunicação na prestação de cuidados. Pode afirmar-se que estes resultados revelam consenso quase absoluto entre os enfermeiros na atribuição da importância à comunicação na prestação de cuidados no contexto do Serviço de Urgência. A ausência de respostas nos níveis mais baixos reforça a percepção da comunicação como competência nuclear do cuidar.

Tabela 3

Avaliação da importância da comunicação no serviço de urgência

Variável	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Importância da comunicação no SU	1 – Nenhuma	0	0
	2 – Pouca	0	0
	3 – Alguma	0	0
	4 – Muita	7	14,00
	5 – Extrema	43	86,00
Total		50	100,00

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados referentes à percepção dos enfermeiros quanto à importância da atualização de conhecimentos na área da comunicação para a prestação de cuidados em Serviço de Urgência.

Constatou-se que a grande maioria dos participantes, 98% (n = 49), considerou importante a atualização de conhecimentos em comunicação, enquanto apenas 2% (n = 1) referiu não a considerar necessária. Este resultado demonstra a existência de uma valorização praticamente unânime da necessidade de atualização nesta competência.

Deste modo, observa-se um consenso alargado sobre a relevância contínua da comunicação como área de formação essencial, reforçando a percepção de que a atualização de conhecimentos contribui para a qualidade e eficácia da prestação de cuidados em contexto de urgência

Tabela 4

Importância da atualização de conhecimento na área da comunicação

Variável	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Importância da atualização de conhecimentos nesta área	1 – Sim	49	98,00
	2 – Não	1	2,00
Total		50	100,00

Entrando no âmbito do segundo objetivo, na Tabela 5 apresentam-se os aspectos privilegiados pelos enfermeiros em estudo na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente.

Verificou-se que a maioria dos participantes indicou como meios privilegiados de comunicação: gestos/expressões gestuais (94,0%, n = 47), expressões faciais (100%, n = 50), postura (94,0%, n = 47), sorriso (94,0%, n = 47), olhar (94,0%, n = 47) e toque (86,0%, n = 43). Estes resultados evidenciam que os enfermeiros privilegiam meios de comunicação não verbais, valorizando gestos, expressões, postura, sorriso, olhar e toque como estratégias centrais. O silêncio foi o meio que obteve menor valor percentual (58%, n = 29). Ainda, através das respostas obtidas às questões abertas dos questionários, outros aspectos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente identificados foram: escrita (n = 5) e a empatia (n = 1).

Tabela 5

Aspectos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar

Variável	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Aspectos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente	1 – Gestos, expressões gestuais	47	94,00
	2 – Expressões faciais	50	100,00
	3 – Postura	47	94,00
	4 – Sorriso	47	94,00
	5 – Olhar	47	94,00
	6 – Silêncio	29	58,00
	7 – Toque	43	86,00
	8- Outro	6	12,00

Continuando no segundo objetivo específico, na Tabela 6 apresentam-se as estratégias alternativas utilizadas pelos enfermeiros em substituição da comunicação verbal. Constatou-se que, com maior representatividade, a estratégia alternativa à comunicação foi o incentivo à escrita (96%), o que a torna a opção mais consensual.

Relativamente a outros métodos, verificou-se que 40,0% (n = 20) utilizam o álbum de imagens, 28,0% (n = 14) recorrem à tabela de frases e 28,0% (n = 14) assinalaram o abecedário.

Os resultados indicam, assim, que embora os enfermeiros reconheçam várias possibilidades de comunicação alternativa, existe uma clara tendência para a escolha de estratégias de mais fácil aplicação, como o incentivo à escrita. Na resposta aberta, outras

estratégias alternativas à comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente foram identificadas: dispositivos eletrônicos (n=1), gestos (n=3). Embora os enfermeiros reconheçam várias possibilidades de comunicação alternativa, observa-se uma clara preferência por métodos de fácil aplicação, como incentivo à escrita.

Tabela 6

Estratégias alternativas à comunicação verbal e não verbal

Variável	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Estratégias alternativas à comunicação	1 – Abecedário	14	28,00
	2 – Incentivar à escrita	48	96,00
	3 – Tabela de frases	14	28,00
	4 – Álbum de imagens	20	40,00
	5 – Outra	4	8,00

Entrando no âmbito do terceiro objetivo específico, na Tabela 7 apresentam-se os fatores que, na opinião dos enfermeiros, mais condicionam a comunicação com o doente. Verificou-se que a grande maioria dos participantes (96,0%, n = 48) considerou o estado de consciência do doente como o principal fator condicionante. Outro fator destacado foi a falta de tempo, assinalada por 68,0% (n = 34) dos enfermeiros. Já a presença de outras pessoas foi referida por 54,0% (n = 27).

Por outro lado, o espaço físico foi considerado condicionante apenas por 32,0% (n = 16). Em análise à resposta à questão aberta, outros fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico em SU foram identificados: doentes estrangeiros que não falem português ou inglês (n = 1), falta de privacidade que permita à pessoa comunicar o que realmente se passou numa determinada situação, e medo de incompreensão (n = 1). Os fatores identificados demonstram que a comunicação é fortemente condicionada pelo estado de consciência do doente e pela limitação de tempo e de recursos, reforçando a necessidade de formação específica e estratégias estruturadas.

Tabela 7

Fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico em serviço de urgência

Variável	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico em SU	1 – Estado de consciência do doente	48	96,00
	2 – Relação enfermeiro – doente	19	38,00
	3 – Falta de tempo	34	68,00
	4 – Espaço físico	16	32,00
	5 – Presença de outras pessoas	27	54,00
	6 – Outro	2	4,00

Continuando no âmbito do mesmo objetivo (3°), na Tabela 8 apresentam-se os resultados relativos à percepção da dificuldade na comunicação com o doente.

Observou-se que a maioria dos enfermeiros referiu alguma dificuldade 46,0%(n = 23) ou muita dificuldade 42,0% (n = 21). Apenas uma pequena proporção indicou pouca dificuldade 6,0% (n = 3), e uma minoria considerou a dificuldade extrema 4,0% (n = 2).

Estes resultados evidenciam que, para a quase totalidade dos enfermeiros inquiridos, a comunicação com a pessoa em situação crítica se apresenta como um processo desafiador, com intensidade variável, mas raramente inexistente.

Tabela 8

Percepção da dificuldade na comunicação no serviço de urgência

Variável	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Percepção da dificuldade na comunicação no SU	1 – Nenhuma	1	2,00
	2 – Pouca	3	6,00
	3 – Alguma	23	46,00
	4 – Muita	21	42,00
	5 - Extrema	2	4,00
Total		50	100,00

Conforme apresentado na Tabela 9, verifica-se que a principal dificuldade referida pelos enfermeiros foi as dúvidas acerca da percepção do doente sobre a mensagem recebida, mencionada por 78,0% (n=39), evidenciando a importância do feedback e de estratégias de comunicação claras. Outras dificuldades frequentemente assinaladas foram a de compreender os doentes que comunicam através de gestos e sinais 56,0% (n = 28) e a de compreender a comunicação oral dos doentes 54,0% (n = 27). Por sua vez a categoria com menor representatividade prende-se com a escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente 18% (n = 9).

Outras dificuldades sentidas para com o doente crítico em SU, com alterações na comunicação identificadas pelos enfermeiros da amostra, foram: saber se a mensagem transmitida é a correta 2,0% (n = 1), barreira da linguagem 2,0% (n = 1).

Tabela 9*Dificuldades sentidas com o doente com alterações na comunicação*

Variável	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Dificuldades sentidas para com o doente com alterações na comunicação em situação crítica	1. Compreender a comunicação oral dos doentes, quando este não se expressa verbalmente de forma clara	27	54,00
	2. Compreender doentes que comunicam através de gestos, sinais ou movimentos dos lábios	28	56,00
	3. Expressar-se através da comunicação não verbal	23	46,00
	4. Dúvidas acerca da perceção do doente sobre a mensagem recebida	39	78,00
	5. Escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente	9	18,00
	6 – Outras	2	4,00

Segue-se a abordagem do quarto objetivo específico, no qual se procurou verificar se existia ou não uma associação estatisticamente significativa entre as características profissionais e académicas e as estratégias de comunicação (verbal e não verbal) usadas com a pessoa em situação crítica pelos enfermeiros participantes no estudo. Como referido na metodologia, no estudo desta análise consideraram-se os aspetos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente; as estratégias alternativas à comunicação; os fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico; e as dificuldades sentidas para com o doente com alterações na comunicação. Conforme se observa na Tabela 10, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis profissionais e académicas e aos aspetos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente, à exceção da categoria postura.

Relativamente a esta categoria, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de exercício profissional (*Kruskal-Wallis: p<0,001*) e à experiência profissional em SU (*Kruskal-Wallis: p<0,019*).

No que respeita ao tempo de exercício profissional, os enfermeiros da amostra obtiveram médias de ordenação inferiores aos dos profissionais com tempo de experiência entre os 10-14 anos (19,5) comparativamente com os profissionais com tempo de exercício entre 0-4; 5-9 e mais de 15 anos; que apresentaram ordenações médias superiores (27 equitativamente), dados que não constam na tabela.

De igual modo, no que respeita ao tempo de experiência profissional em serviço de urgência, os enfermeiros com 10-14 anos apresentam médias de ordenação inferiores (20,75) quando comparados com os profissionais com tempo de exercício entre 0-4; 5-9 e mais de 15 anos de experiência, que apresentaram médias de ordenação superiores (27), dados que não constam na tabela.

Tabela 10

Teste de diferenças entre as variáveis profissionais e académicas e os aspetos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente

	Tempo de exercício Profissional	Experiência profissional em SU	Habilitações académicas	Área de Especialização
1 – Gestos, expressões gestuais	$X^2_{KW}=3,202$ $gl=3$ $p=0,361$	$X^2_{KW}=3,630$ $gl=3$ $p=0,304$	$X^2_{KW}=0,203$ $gl=3$ $p=0,977$	$X^2_{KW}=1,875$ $gl=3$ $p=0,599$
2 – Expressões faciais	$X^2_{KW}=0,000$ $gl=3$ $p=1,000$	$X^2_{KW}=0,000$ $gl=3$ $p=1,000$	$X^2_{KW}=0,000$ $gl=3$ $p=1,000$	$X^2_{KW}=0,000$ $gl=4$ $p=1,000$
3 – Postura	$X^2_{KW}=16,420$ $gl=3$ $p=0,001$	$X^2_{KW}=9,904$ $gl=3$ $p=0,019$	$X^2_{KW}=0,203$ $gl=3$ $p=0,977$	$X^2_{KW}=1,163$ $gl=4$ $p=0,884$
4 – Sorriso	$X^2_{KW}=4,770$ $gl=3$ $p=0,189$	$X^2_{KW}=3,630$ $gl=3$ $p=0,304$	$X^2_{KW}=0,2032$ $gl=3$ $p=0,977$	$X^2_{KW}=1,982$ $gl=4$ $p=0,739$
5 – Olhar	$X^2_{KW}=1,611$ $gl=3$ $p=0,657$	$X^2_{KW}=5,560$ $gl=3$ $p=0,135$	$X^2_{KW}=2,302$ $gl=3$ $p=0,512$	$X^2_{KW}=0,658$ $gl=4$ $p=0,856$
6 – Silêncio	$X^2_{KW}=4,144$ $gl=3$ $p=0,246$	$X^2_{KW}=4,468$ $gl=3$ $p=0,215$	$X^2_{KW}=3,239$ $gl=3$ $p=0,356$	$X^2_{KW}=6,631$ $gl=4$ $p=0,157$
7 – Toque	$X^2_{KW}=1,939$ $gl=3$ $p=0,585$	$X^2_{KW}=1,632$ $gl=3$ $p=0,652$	$X^2_{KW}=0,977$ $gl=3$ $p=0,807$	$X^2_{KW}=3,532$ $gl=4$ $p=0,473$

Legenda: X^2_{KW} - Qui- quadrado de Kruskal-Wallis; gl - graus de liberdade; p - Probabilidade

Os fatores relacionados com as estratégias alternativas à comunicação são analisados em função das variáveis profissionais e académicas dos enfermeiros da amostra.

Conforme se observa na Tabela 11, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis profissionais e académicas e as estratégias alternativas de comunicação, nomeadamente o recurso ao abecedário, o incentivo à escrita, a utilização de tabelas de frases e de álbuns de imagens ($p > 0,05$).

Tabela 11

Teste de diferenças entre variáveis profissionais e acadêmicas e as estratégias alternativas à comunicação

	Tempo de exercício Profissional	Experiência profissional em SU	Habilitações acadêmicas	Área de Especialização
1 – Abecedário	$X^2_{KW}=4,101$ $gl=3$ $p=0,251$	$X^2_{KW}=4,710$ $gl=3$ $p=0,194$	$X^2_{KW}=6,040$ $gl=3$ $p=0,110$	$X^2_{KW}=5,813$ $gl=4$ $p=0,214$
2 – Incentivar à escrita	$X^2_{KW}=1,052$ $gl=3$ $p=0,789$	$X^2_{KW}=2,566$ $gl=3$ $p=0,463$	$X^2_{KW}=4,339$ $gl=3$ $p=0,227$	$X^2_{KW}=3,961$ $gl=4$ $p=0,411$
3 – Tabela de frases	$X^2_{KW}=5,029$ $gl=3$ $p=0,170$	$X^2_{KW}=1,402$ $gl=3$ $p=0,705$	$X^2_{KW}=2,394$ $gl=3$ $p=0,495$	$X^2_{KW}=1,794$ $gl=4$ $p=0,774$
4 – Álbum de imagens	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$

Legenda: X^2_{kw} - Qui- quadrado de Kruskal-Wallis; gl - graus de liberdade; p - Probabilidade

Relativamente aos fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico em contexto de Serviço de Urgência, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis profissionais e acadêmicas analisadas.

Conforme apresentado na Tabela 12, o tempo de exercício profissional, a experiência em Serviço de Urgência, as habilitações acadêmicas e a área de especialização não evidenciaram associações estatisticamente significativas com o estado de consciência do doente, a relação enfermeiro–doente, a falta de tempo, o espaço físico ou a presença de outras pessoas ($p > 0,05$)

Estes resultados indicam que os fatores condicionantes da comunicação são transversais aos enfermeiros, não dependendo das suas características profissionais ou acadêmicas.

Tabela 12

Teste de diferenças entre as variáveis profissionais e acadêmicas e os fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico

	Tempo de exercício Profissional	Experiência profissional em SU	Habilitações acadêmicas	Área de Especialização
1 – Estado de consciência do doente	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
2 – Relação enfermeiro – doente	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
3 – Falta de tempo	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
4 – Espaço físico	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
5 – Presença de outras pessoas	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$

Legenda: X^2_{kw} - Qui- quadrado de Kruskal-Wallis; gl - graus de liberdade; p - Probabilidade

Os fatores relacionados com as dificuldades sentidas na comunicação com o doente com alterações na comunicação são analisados em função das variáveis profissionais e acadêmicas dos enfermeiros da amostra.

Conforme apresentado na Tabela 13, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de exercício profissional, a experiência em serviço de urgência, as habilitações acadêmicas e a área de especialização e as dificuldades relacionadas com: a compreensão da comunicação oral quando o doente não se expressa de forma clara; a interpretação de gestos, sinais ou movimentos labiais; a expressão através da comunicação não verbal; as dúvidas quanto à percepção da mensagem pelo doente; e a escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente ($p > 0,05$).

Estes resultados indicam que as dificuldades comunicacionais são transversais aos enfermeiros, independentemente das suas características profissionais ou acadêmicas, destacando a complexidade inerente à comunicação com o doente com alterações da comunicação.

Tabela 13

Teste de diferenças entre as variáveis profissionais e académicas e as Dificuldades sentidas com o doente com alterações na comunicação

	Tempo de exercício Profissional	Experiência profissional em SU	Habilitações académicas	Área de Especialização
1. Compreender a comunicação oral dos doentes, quando este não se expressa verbalmente de forma clara	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
2. Compreender doentes que comunicam através de gestos, sinais ou movimentos dos lábios	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
3. Expressar-se através da comunicação não verbal	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
4. Dúvidas acerca da perceção do doente sobre a mensagem recebida	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$
5. Escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente	$X^2_{KW}=3,966$ $gl=3$ $p=0,265$	$X^2_{KW}=0,567$ $gl=3$ $p=0,904$	$X^2_{KW}=0,408$ $gl=3$ $p=0,939$	$X^2_{KW}=1,683$ $gl=4$ $p=0,794$

Legenda: X^2_{KW} - Qui- quadrado de Kruskal-Wallis; gl - graus de liberdade; p - Probabilidade

5. DISCUSSÃO

A comunicação em enfermagem assume-se como uma competência central no processo de cuidar, sobretudo em contexto de urgência, onde a relação enfermeiro–doente é frequentemente condicionada pelo estado clínico e pela pressão assistencial. Vários autores destacam que comunicar eficazmente em situações críticas não é apenas transmitir informação, mas criar condições de confiança, proximidade e humanização (Silva, 2020).

Para iniciar a discussão dos resultados, importa caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra. No presente estudo, verificou-se que 64% dos enfermeiros tinham idade entre 20 e 40 anos, sendo este um valor consistente com o perfil jovem da profissão em Portugal, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2023). Quanto ao sexo, 68% dos participantes eram do sexo feminino, o que acompanha a tendência nacional, uma vez que os registos da Ordem dos Enfermeiros continuam a indicar uma profissão marcadamente feminina.

Relativamente à experiência profissional, observou-se que 66% dos inquiridos apresentavam pelo menos 15 anos de exercício profissional, confirmando o predomínio de profissionais experientes nos contextos críticos. Do mesmo modo, 36% dos participantes referiram ter mais de 15 anos de experiência em SU, o que reforça a pertinência da amostra para o estudo, uma vez que se trata de enfermeiros com conhecimento prático acumulado em ambientes de elevada exigência.

No que toca às habilitações académicas, verificou-se uma distribuição relativamente equitativa: 32% possuíam licenciatura, 32% especialidade e 30% mestrado. Estes resultados refletem a crescente aposta dos enfermeiros portugueses em formação académica avançada, acompanhando as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2021) sobre a valorização das competências técnico-científicas da profissão. Entre os que detinham especialidade, 40% eram especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, confirmando a preponderância desta área nos contextos hospitalares e em Serviços de Urgência.

No que respeita à perceção da importância da comunicação, os resultados evidenciam que 86% dos enfermeiros a consideram de extrema importância na prestação de cuidados em Serviços de Urgência, o que revela uma valorização clara da comunicação enquanto competência central do cuidar em contexto crítico. Este

resultado pode ser interpretado como expressão de uma consciência profissional consolidada de que a comunicação ultrapassa a mera transmissão de informação, assumindo um papel terapêutico fundamental na promoção da segurança, confiança e humanização dos cuidados. Reforça o papel central da comunicação em enfermagem, tal como evidenciado por Silva et al. (2024), que a identificam como fator determinante para a qualidade da relação terapêutica e para a segurança do doente. A elevada valorização atribuída à comunicação sugere ainda que os enfermeiros reconhecem a sua relevância mesmo em contextos marcados por elevada pressão assistencial e instabilidade clínica. Para além disso, 98% dos participantes sublinharam a necessidade de atualização contínua de conhecimentos em comunicação, convergindo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2021), que defende a formação permanente como condição indispensável à excelência do exercício profissional.

No que se refere às estratégias privilegiadas de comunicação com doentes impossibilitados de falar, o estudo evidenciou uma elevada utilização de estratégias de comunicação não verbal, sendo referidas de forma consistente as expressões gestuais, a postura corporal, o sorriso e o olhar (94%). Esta predominância sugere que os enfermeiros privilegiam estratégias imediatas, intuitivas e integradas na prática quotidiana, particularmente relevantes quando a comunicação verbal se encontra comprometida pelo estado clínico do doente. Estes resultados confirmam a relevância da comunicação não verbal como via essencial de interação em situações críticas. Outros estudos apontam na mesma direção, indicando que o recurso a gestos, expressões faciais e toque transmite ao doente segurança e humanização, mesmo quando a comunicação verbal não é possível (Baptista et al., 2024; Monterroso et al., 2025).

Em relação às estratégias alternativas de comunicação verbal, verificou-se uma quase unanimidade: 96 % dos enfermeiros referiram incentivar a escrita como forma de facilitar a expressão do doente. Contudo, apenas 40% referiram utilizar álbuns de imagens, 28% recorreram a tabelas de frases e 28% a abecedários. Esta discrepância evidencia que, apesar do reconhecimento teórico da utilidade destas estratégias, a sua aplicação prática é limitada, devido à falta de recursos institucionais, à escassa formação específica ou à perceção de baixa exequibilidade em contexto de urgência. A literatura confirma esta realidade, apontando que a escassez de recursos institucionais e a ausência de formação específica constituem entraves à utilização de materiais complementares de comunicação (Johnson et al., 2021). Também Baptista (2024)

identificou itens como toque, leitura labial, e resposta ocular como os menos conhecidos, sugerindo que essas estratégias são menos utilizadas ou menos familiares para os enfermeiros no contexto da comunicação não verbal, e realçou ainda que 10,1% dos enfermeiros desconhecem instrumentos de apoio à comunicação.

Esta evidência sugere a preferência por métodos simples, acessíveis e de aplicação imediata, ainda que limitados na sua diversidade, o que aponta para a necessidade de maior investimento institucional na disponibilização de ferramentas diversificadas de apoio à comunicação (Zare et al., 2023).

No que diz respeito aos fatores condicionantes da comunicação os resultados mostraram que o estado de consciência do doente é percebido como o principal fator condicionante da comunicação seguido da falta de tempo, refletindo as exigências e pressões do ambiente de urgência. Estes dados refletem a complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, em que a instabilidade clínica e as exigências assistenciais limitam a reciprocidade comunicacional. Estes valores estão em consonância com estudos prévios que identificam a instabilidade clínica do doente e as exigências assistenciais como barreiras significativas ao processo comunicativo (Carús et al., 2021). A falta de tempo surge como uma limitação organizacional relevante, evidenciando a tensão existente entre a necessidade de intervenção técnica imediata e a disponibilidade relacional, já descrita em diversos trabalhos, que compromete a disponibilidade para estabelecer interações consistentes e humanizadas (Cabrita, 2022).

Quanto à percepção das dificuldades na comunicação verificou-se que 42% dos enfermeiros classificaram a dificuldade como “muita” e 46% como “alguma”. Estes valores indicam que, apesar da valorização da comunicação, os profissionais reconhecem limitações significativas na sua concretização em contexto crítico. A principal dificuldade identificada foi a dúvida sobre a percepção da mensagem pelo doente, (78%) dos participantes referiram sentir dúvida acerca da percepção do doente relativamente à mensagem recebida. Este resultado assume particular relevância, pois evidencia que o principal desafio do processo comunicativo reside na validação da compreensão da mensagem, comprometendo a eficácia da comunicação e a segurança dos cuidados. Os achados obtidos reforçam evidências da literatura, que destaca a ausência de feedback claro como uma das maiores limitações do processo comunicativo em cuidados críticos (Frutuoso, 2025).

Para analisar a associação entre as características académicas e profissionais dos enfermeiros e as estratégias de comunicação verbal e não verbal utilizadas com a pessoa em situação crítica, consideraram-se quatro dimensões, nomeadamente: aspetos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente; estratégias alternativas à comunicação; fatores condicionantes da comunicação com o doente crítico em SU; dificuldades sentidas para com o doente com alterações na comunicação. Concluímos que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis profissionais e académicas e os aspetos privilegiados na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente, à exceção da categoria postura.

Relativamente a esta categoria, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de exercício profissional (Kruskal-Wallis: $p < 0,001$) e à experiência profissional em SU (Kruskal-Wallis: $p < 0,019$). Os resultados obtidos demonstraram que, relativamente ao tempo de exercício profissional e ao tempo de experiência profissional em Serviço de Urgência, os enfermeiros da amostra com tempo de exercício entre 0-4; 5-9 e mais que 15 anos (ou seja, os extremos) apresentaram ordenações médias superiores face aos enfermeiros que se enquadraram entre os 10-14 anos. Também Frutuoso (2022) ao estudar a relação entre os estilos de comunicação e o grupo etário dos profissionais de saúde, obteve que no grupo dos profissionais de saúde jovens adultos, a percentagem mais elevada recaiu nos que manifestaram uma comunicação do estilo nobre (corresponde a um estilo diretivo e simples, levando os profissionais de saúde a serem diretos e francos), enquanto no grupo dos participantes adultos/meia-idade prevaleceram os que apresentaram uma comunicação do estilo reflexivo, destacando que revelaram maior capacidade de transmitir informação, associado à experiência profissional. Bekkink et al. (2018) identificaram fatores pessoais, como o conhecimento e a experiência, aumentam a confiança e a autoestima, traduzindo impacto na comunicação. Ainda Baptista (2024) concluiu que os enfermeiros que se encontram numa fase intermédia (6 a 10 anos de exercício profissional) na sua vida profissional perfilam-se com médias significativamente inferiores de compaixão e capacidade de se colocar no lugar do doente

Conceptualmente, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato. Estes cuidados de enfermagem exigem observação contínua, sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer a

situação da pessoa, antecipar e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Neste contexto, o enfermeiro, nos Serviços de Urgência e emergência, assume uma postura baseada na competência, no domínio das técnicas instrumentais e, principalmente, no atendimento humanizado e competente. As condições de emergência representam casos de vulnerabilidade, exigindo atendimento rápido e eficaz. Por outras palavras, os ambientes permanentemente ativos e funcionais de um serviço de urgência associado a gravidade das situações e à imprevisibilidade potenciam um ambiente de elevada instabilidade, pressão e stress.

Os resultados sugerem que o ambiente de um Serviço de Urgência, caracterizado pela atividade contínua, gravidade das situações e imprevisibilidade, geram elevada instabilidade, pressão e stress, exigindo adaptação rápida da equipa. Por sua vez, competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação. O saber profissional de enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos.

A literatura recente enfatiza que a competência profissional integra dimensões técnicas, cognitivas e emocionais, sendo a competência emocional determinante uma adaptação eficaz em contextos clínicos de elevada complexidade como o Serviço de Urgência (Amorim, 2022). É através da experiência clínica, aliada a regulação emocional e a reflexão sobre a prática, que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado. Assim, as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem da integração progressiva entre conhecimento técnico, experiência profissional e maturidade emocional.

De acordo com Amorim (2022), o desenvolvimento da competência emocional no contexto de SU está associado à experiência profissional, à capacidade de autorregulação e à maturidade emocional, permitindo ao enfermeiro adaptar-se progressivamente às exigências clínicas e comunicacionais da pessoa em situação crítica. Ou seja, perante os resultados obtidos, relativamente às estratégias da

comunicação não verbal estudadas (Expressões gestuais, expressões faciais, postura, sorriso, olhar, silêncio, toque) considera-se a postura a mais difícil de identificar, apesar de ter sido valorizada por 94% dos inquiridos.

De acordo com a literatura atual sobre a competência emocional em contexto de urgência, a amostra enquadra-se maioritariamente em profissionais com experiência consolidada, capazes de mobilizar saberes técnicos e emocionais de forma integrada (Amorim, 2022). Que analisa o aspeto que os enfermeiros com tempo de exercício profissional e experiência em SU entre os 10-14 anos, são os que revelam valorizar menos a postura corporal, tal poderá refletir a necessidade destes profissionais focarem-se essencialmente no comprometimento de órgãos vitais num ambiente altamente volátil com uma situação de urgência/emergência, dando prevalência a outras estratégias de comunicação não-verbal que não a postura corporal.

Por sua vez, os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional apoiam-se mais em normas e orientações estruturadas, valorizando todas as estratégias identificadas como importantes, enquanto os enfermeiros com maior tempo de experiência, demonstram maior capacidade de adaptação situacional, identificando rapidamente os problemas e ajustando a comunicação de acordo com a complexidade do contexto clínico, o que é consistente com a evidência sobre maturidade emocional e competência (Amorim, 2022).

Vieira (2017) introduz o conceito de solícitude, afirmando que cuidar exige que o enfermeiro confie nas suas capacidades, no seu juízo para avaliar as necessidades e na aprendizagem resultante do erro, garantindo a possibilidade de crescimento. Por outro lado, Blackburn et al. (2019), salientam que a transmissão de informação entre os membros da equipa multiprofissional e os doentes sobre os seus cuidados e condições pode ser um desafio, particularmente em ambientes exigentes e pressionados pelo tempo, tais como o SU, assim, o processo de comunicação e transmissão de informação é essencial, sendo este um indicador de qualidade dos cuidados prestados. Corroborado por Baptista (2024) que estudou a compaixão, como uma dimensão relativa à sensibilidade dos enfermeiros aos sentimentos e necessidades dos doentes, concluiu que os enfermeiros demonstram altos níveis de compaixão e empatia emocional.

De forma geral, os resultados evidenciam que os enfermeiros recorrem sobretudo a estratégias não verbais, mas enfrentam barreiras significativas relacionadas com o estado clínico do doente e a limitação de tempo, bem como dificuldades em validar a compreensão da mensagem transmitida. A ausência de feedback claro constitui

um entrave central, comprometendo a eficácia da comunicação. Estes fatores comprometem a eficácia da comunicação e reforçam a necessidade de estratégias estruturadas e programas de formação específicos, orientadas para contextos de elevada complexidade clínica, integrando a comunicação verbal, não verbal e competência emocional. Assim, torna-se evidente a importância de investir em estratégias de comunicação estruturadas, bem como em formações que capacitem os profissionais para lidar com contextos de elevada complexidade. Como afirma Baptista (2024) os enfermeiros frequentemente demonstram atitudes e comportamentos centrados no doente, como a inclusão e a consideração do bem-estar da pessoa em situação crítica, contudo, a literatura demonstra que as técnicas de comunicação não-verbal tendem a ser menos utilizadas em doentes com limitação na expressão verbal, sendo necessário recorrer à linguagem escrita e gestual, imagens e quadros de apoio (dos Santos Comape et al., 2024).

Este estudo apresenta algumas limitações, baseou-se numa amostra restrita a um único contexto hospitalar e centrou-se exclusivamente na perspetiva dos enfermeiros, não incluindo a visão dos doentes ou familiares, pelo que os resultados não podem ser generalizados.

Apesar disso, os resultados obtidos oferecem contributos relevantes para a compreensão das estratégias comunicacionais em contexto à pessoa em situação crítica e apontam caminhos para o desenvolvimento de práticas mais humanizadas.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Esta investigação teve como finalidade analisar as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros no serviço de urgência no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, considerando a sua relevância, as estratégias de comunicação verbal e não verbal, bem como os fatores condicionantes e as dificuldades percebidas pelos enfermeiros.

Os participantes apresentam experiência significativa e formação académica diversificada refletindo uma equipa profissional apta a lidar com as exigências da comunicação em contexto crítico. Salienta-se que a formação contínua é determinante para a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica, na medida em que fortalece as competências comunicacionais dos enfermeiros e amplia o leque de estratégias de comunicação disponíveis. Este investimento contribui para interações mais seguras, empáticas e eficazes, favorecendo a construção de uma relação terapêutica centrada no doente e na sua dignidade.

Quanto às estratégias utilizadas, os enfermeiros privilegiam a comunicação não verbal e o incentivo à escrita, enquanto a utilização de recursos estruturados de comunicação aumentativa permanece limitada. Esta preferência evidencia que, em contextos críticos, são privilegiados métodos imediatos e intuitivos, mas que a diversidade estratégica continua restrita, apontando para a necessidade de maior formação e de recursos institucionais de apoio.

As dificuldades mais relevantes identificadas relacionam-se com a validação da compreensão das mensagens pelo doente e com a limitação de tempo e recursos no contexto de urgência. Estes fatores condicionantes reforçam a necessidade de estratégias estruturadas e formação específica, de modo a garantir uma comunicação eficaz e segura, mesmo em situações de elevada complexidade clínica.

Relativamente às estratégias da comunicação não verbal estudadas considerou-se a atitude corporal, provavelmente, a mais difícil de identificar. Analisando o aspeto que os enfermeiros com tempo de exercício profissional e experiência em SU entre os 10-14 anos, são os que revelam valorizar menos a atitude corporal.

Tal poderá refletir a necessidade destes profissionais focarem-se fundamentalmente no comprometimento de órgãos vitais num ambiente altamente volátil perante a pessoa em situação crítica, priorizando outras estratégias de

comunicação não-verbal que não a postura corporal. Por sua vez, os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional cumprem regras, orientações e normas, pelo que, consideram todas as estratégias identificadas como importantes, assim como os enfermeiros com maior tempo de experiência, identificam o problema de forma imediata focando-se na solução com precisão.

Do ponto de vista prático, torna-se imperativo investir na formação contínua dos profissionais, disponibilizar recursos específicos de apoio à comunicação e garantir condições organizacionais que permitam tempo e espaço adequado à interação. Estas medidas são fundamentais para reduzir as barreiras identificadas, reforçar a humanização dos cuidados e aumentar a segurança do doente em situações de urgência.

Apesar das limitações, os resultados oferecem contributos relevantes para o desenvolvimento de práticas de enfermagem mais humanizadas e eficazes em contextos críticos, reforçando a importância de estratégias comunicacionais estruturadas e formação contínua como elementos centrais para a qualidade e segurança do cuidado.

Em síntese, este estudo demonstrou que os enfermeiros atribuem grande importância à comunicação, reconhecendo-a como elemento essencial da prática profissional e da humanização dos cuidados em Serviços de Urgência. Apesar de continuarem a privilegiar a comunicação não verbal e o incentivo à escrita, a utilização de recursos estruturados de comunicação aumentativa permanece limitada. Os fatores condicionantes identificados e as dificuldades percebidas evidenciam que, para além das competências individuais, é necessária uma resposta institucional e organizacional que promova uma comunicação clínica eficaz e segura, mesmo em contexto de elevada complexidade.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório proporcionou uma reflexão aprofundada e o registo estruturado do percurso realizado ao longo do mestrado. Os diversos contextos clínicos possibilitaram a aquisição de experiências essenciais e o desenvolvimento de competências que serão determinantes para a minha futura prática como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica. A diversidade dos campos de estágio, aliada às múltiplas oportunidades de contacto com a pessoa em situação crítica, constituíram uma base sólida para o meu crescimento pessoal e profissional.

A investigação realizada revelou-se um contributo significativo para a prática clínica, ao evidenciar a importância da comunicação como elemento central da humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência. O estudo demonstrou que os enfermeiros valorizam sobretudo a comunicação não verbal, ainda que o recurso a estratégias alternativas permaneça pouco diversificado. Simultaneamente, identificaram-se fatores condicionantes e dificuldades que fragilizam o processo comunicacional, reforçando a necessidade de formação contínua e de apoio organizacional.

Os resultados obtidos constituem um contributo relevante para a prática clínica e para a literatura existente, ao evidenciar a importância de investir na capacitação dos profissionais em competências comunicacionais. Este investimento revela-se essencial não apenas para responder aos desafios identificados, mas também para reforçar uma prática de cuidados mais humanizada, eficaz e centrada na pessoa em situação crítica e na sua dignidade.

Ao término deste percurso formativo, é possível afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados. Reforço, assim, o meu compromisso em prosseguir com a atualização contínua de conhecimentos e no aprofundamento de competências especializadas, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a consolidação do papel do enfermeiro especialista na promoção de uma comunicação terapêutica, eficaz e humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, C. C. M. (2022). Competência Emocional do Enfermeiro do Serviço de Urgência no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica [*Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação crítica, Escola Superior Enfermagem da Universidade do Minho*].

<https://www.proquest.com/openview/83bbb8f88880e76eb2edddc9dbfd3643/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC]. (2018). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (revisão de 2018)*. Autoridade Nacional de Proteção Civil.

<http://planos.prociv.pt/Documents/130313331474961281.pdf>

Baptista, G. (2024). *Competências de Comunicação do Enfermeiro com o Doente Crítico e Família*. [Relatório de Pós-Doutoramento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório UTAD.

https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Fhdl.handle.net%2F10348%2F13582&sca_esv=2249988ea6ef4f61&source=hp&ei=wm24aejPD6aihIPp_qliAI&iflsig=AFdpzrgAAAAabh70opyxIGrAZqVnegFffeco9hkKi00&ved=0ahUKEWjouKXGpqWTaxUmUUEAHSd9CSEQ4dUDCA8&uact=5&oq=https%3A%2F%2Fhdl.handle.net%2F10348%2F13582&gs_l=ip=Egdnd3Mtd2l6liJodHRwczovL2hkbC5oYW5kbGUubmV0LzEwMzQ4LzEzNTgySjkKUABYAHAAeACQAQCYAVKgAVKqAQExuAEDyAEA-AEC-AEBmAIaOAIaMAkGcAoAc0sgcAuAcAawgcAyAcAgAgB&sclient=gws-wiz

Baptista, G., Magalhães, B., Rodrigues, V., & Galvão, A. (2024). Estratégias de comunicação do enfermeiro com o doente crítico em unidades de cuidados intensivos: scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde Mental*, (32), 65–72.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9763688.pdf>

- Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42, 30-35.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>
- Cabrita, C. V. (2022). Métodos de comunicação eficazes aplicados à pessoa ventilada em UCI: uma intervenção de enfermagem especializada [*Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora*]. Repositório da Universidade de Évora.
<https://www.proquest.com/openview/f17a40aad4c7a030324c2863b1845743/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Carús, C. S., Vieira, A. G., Botton, L. T. J., Schubert, C., & Faundes, M. A. B. G. (2021). Barreiras para comunicação eficaz em saúde. *Research, Society and Development*, 10(7), e10810716218.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16218>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2021). Código de ética para enfermeiros. Conselho Internacional de Enfermeiros. Obtido de <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses>
- Costa, T. E. M. C. (2021). *Um percurso formativo na intervenção de enfermagem extra-hospitalar: Documentação de cuidados em Suporte Imediato de Vida* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do IPVC.
http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2590/1/Tania_Carneiro_Costa.pdf
- Deslandes, S.F. (2014). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. *Criança, mulheres e saúde collection*. ISBN 978-85-7541-329-6.
<https://doi.org/10.7476/9788575413296>
- Dias, A., Grazielli Gava (2022, 16 de setembro). *O que é o método START? IESPE*.
<https://iespe.com.br/blog/o-que-e-o-metodo-start/>

dos Santos Comape, R., Correa, E., & de Souza, L. A. (2024). A importância da comunicação efetiva ao paciente na urgência e emergência: uma revisão de literatura. *Medicus*, 6(2), 128-142.

<https://cognitionis.inf.br/index.php/medicus/article/view/284>

Direção Geral de Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. [https://](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf)

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção Geral de Saúde. (2017a). "Feixe de intervenções" para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Direção-Geral da Saúde.

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção Geral de Saúde. (2017). Via Verde Sépsis no Adulto. de Norma n.º 010/2016 de 30/09/2016 atualizada a 16/05/2017, *Via Verde Sépsis no Adulto*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral de Saúde. (2017). Norma 015/2017, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto:

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2022). Norma n.º 012/2022, *Via Verde do Trauma no Adulto*.
https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

Direção Geral de Saúde. (2025). Norma n.º 003/2025, *Via Verde Coronária no Adulto*.
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032025-de-07032025-via-verde-coronaria-vvc-no-adulto-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2020). Linhas orientadoras dos planos de contingência dos serviços e da rede de medicina intensiva para o doente COVID-19 crítico. Task Force de Medicina Intensiva COVID-19.
<https://www.spci.pt/media/covid-19/Task-Force-Medicina-Intensiva-COVID19-final-v4.pdf>

Freitas, A. C. de, Lourenço, J. da S., & Carvalho, L. R. B. (2023). A perceção do Enfermeiro quanto ao cuidado humanizado no âmbito da UTI: Revisão de Literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5 (5), 1533-1549.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p1533-1549>

Frutuoso, M. M. (2022). Comunicação com a pessoa em situação crítica no serviço de urgência [*Relatório de Estágio de Mestrado, Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem*]. https://www.google.com/search?q=Frutuoso%2C+M.+M.+%282022%29.+Comunica%C3%A7%C3%A3o+com+a+pessoa+em+situa%C3%A7%C3%A3o+cr%C3%ADtica+no+servi%C3%A7o+de+urg%C3%A2ncia&sca_esv=2249988ea6ef4f61&biw=1490&bih=676&ei=eW64aYHNDIPhkdUP3reRwAU&ved=0ahUKEwjB7cOdp6WTAxWDcKQEHd5bBFgQ4dUDCBE&uact=5&oq=Frutuoso%2C+M.+M.+%282022%29.+Comunica%C3%A7%C3%A3o+com+a+pessoa+em+situa%C3%A7%C3%A3o+cr%C3%ADtica+no+servi%C3%A7o+de+urg%C3%A2ncia&gs_lp=Egxn3Mtd2l6LXNlcnAiYkZydXR1b3NvLCBNLiBNLiAoMjAyMikuIENvbXVuaWNhw6fDo28gY29tIGegcGVzc29hIGVtIHNpdHVhw6fDo28gY3LDrXRpY2Eg8gc2VydmcDp28gZGUgdXJnw6puY2lhSJIYUicSWicScAF4AJABAJgBYKABYKoBATG4AQPIAQD4AQH4AQKYAgGgAgyoAgrCAhAQA BgDGI8BGOoCGLQC2AEBwgIQEC4YAXiPARjqAhi0AtgBAZgDDPEFT-23JLSKyWa6BgQIARgKkgcBMAAHdLIHALgHAMIHAzMtMcgHCoAIAQ&sc_lent=gws-wiz-serp

Inácio, A.C.A.G., Marques, R. M. D., & Sousa, P.P. (2023). Cuidados de enfermagem à pessoa sob técnicas de substituição da função renal contínua: scoping review. *Cadernos de Saúde*, 15 (2), 15-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11773>

Instituto Nacional Emergência Médica. (2023). Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER). Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/2017/05/29/viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao/>

Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (2020). *Medicina Interna de Harrison* (20ªed.). AMGH Editora

Johnson, E., Heyns, T., & Nilsson, S. (2021). Nurses' perspectives on alternative communication strategies use in critical care units. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 368–376. <https://doi.org/10.1111/nicc.12612>

Martins, S. A. S. N. (2024). Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência [*Dissertação para obtenção de grau de mestre e Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação crítica, Escolas Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco
<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=67a4f8c64df2b14cbec32d6230ffebc30acbb9d5e633bba1ed49941393ecc69JmltdHM9MTc3MzUzMjgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=199f424a-b6a5-6c01-0d58-502db7c26dc8&psq=Comunica%3%a7%3%a3o+com+a+Fam%3%adlia+da+Pessoa+m+Situa%3%a7%3%a3o+%09Cr%3%adtica+no+Servi%3%a7o+de+Urg%3%aaancia+&u=a1aHR0cHM6Ly9jb211bS5yY2FhcC5wdC9iaXRzdHJlYW1zL2VjMDI5M2ZiLWUxNzctNDBhZC05YmY2LTQ2MzZlNmU0ZTAyYS9kb3dubG9hZA>

Meleis, A. (2010). Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. *New York: Springer Publishing Company, LLC.*
<https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions-theory-middle-range-and-situation-specific-theories-in-nursing-research-and-practice.pdf>

Miranda, P. M. D. S. (2023). Comunicação com os familiares do doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos [*Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora*]. Repositório da Universidade de Évora.
<http://hdl.handle.net/10174/35249>

Monterroso, L., Silva, M., Martins, R., Pires, S. N., & Costa, S. (2025). A importância da comunicação não verbal na prestação de cuidados: Relato de experiência. *Revista Aracê*, 7(8), e7072-e7072.
<https://doi.org/10.56238/arev7n8-023>

Moura, D. L. R. (2025). A comunicação como pilar do cuidado à pessoa em situação crítica.
<http://hdl.handle.net/10400.14/53802>

- Neves, T. M. A. (2019). Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: Estudo em contexto hospitalar [*Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra*]. Estudo Geral Repositório Digital da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/95319>
- Olde Bekkink, M., Farrell, S. E., & Takayesu, J. K. (2018). Comunicação interprofissional no pronto-socorro: perceções e implicações dos residentes para a educação médica. *Revista internacional de educação médica*, 9, 262–270. <https://doi.org/10.5116/ijme.5bb5.c111>
- Oliveira, A. L., Cruz, F., Coelho, M. A., & Cunha, M. (2022). Estratégias de comunicação facilitadoras das intervenções de Enfermagem Holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica. *Servir*, 2(02), e25880. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25880>
- Oliveira Pinho, C.A (2020). A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos [*Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco*]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=4f6d73b15e23b4b3e261179c815b6699d48188c466a91714f389ae88d86866dcJmltdHM9MTc3MzUzMjgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=199f424a-b6a5-6c01-0d58-502db7c26dc8&psq=Comunica%c3%a7%c3%a3o+no+Cuidado+Especializado+a o+Doente+Cr%c3%adtico+em+contexto+de+Cuidados+Intensivos&u=a1aHR0cHM6Ly9jb211bS5yY2FhcC5wdC9iaXRzdHJlYW0vMTA0MDAuMjYvMzM3O TA vMS9CQ1RGQzEyMy5wZGY>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Parecer n.º 10/2017 – Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017 b). Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 — Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 16 de julho de 2018, 20633–20636. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

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) <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Diário da República. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, pp. 128-155. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho. Diário da República, 2.ª série, n.º 137, 173-191. <https://files.dre.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Relatório e contas 2023. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AssembleiasGerais/Documents/AG2024/PONTO%201%20-%20RAC%202023.pdf>

Ordem dos Enfermeiros – Açores. (2024, 25 de agosto). O uso terapêutico da comunicação. Açoriano Oriental. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34686/25_08_2024-22363-p%C3%A1gina-19-geral.pdf

Pinho, J. A. (Coord.). (2018). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel.

- Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Silva, M. S. T. (2020). O papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de exceção [*Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa*]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<http://hdl.handle.net/10400.14/31612>
- Silva, M., Cabral, A., & Silva, D. (2024). Comunicação com o doente crítico no serviço de medicina intensiva. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (14e), e32763.
<https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>
- Sodré, M. V., Silva, B. A. de O., & Souza, D. A. de. (2022). A comunicação entre a enfermagem e os pacientes em uma unidade de terapia intensiva: dilemas e conflitos. *REVISA*, 11(2), 138–148.
<https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n2.p138a148>
- Sousa, M. (2021). Acessos Vasculares. Em N. Coimbra (Ed), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp.77-86). Lidel - Edição Técnicas Lda.
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 3ª edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 9789725405659
- Vilarinho, M. J. M. (2023). Análise da adesão dos profissionais à higienização das mãos numa unidade local de saúde de Portugal entre 2018-2021.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/server/api/core/bitstreams/28721ae5-bdfa-4272-8218-405d03b8ccae/content>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação, O processo de construção do conhecimento* (3ª.ed.). Edições Sílabo

Zare, F., Farokhzadian, J., Nematollahi, M., Miri, S., Zakeri, M. A., & Foroughameri, G. (2023). Therapeutic communication skills training: An effective tool to improve the caring behaviors of ICU nurses [*Treino em competências de comunicação terapêutica: uma ferramenta eficaz para melhorar os comportamentos de cuidado dos enfermeiros de UCI*]. *Acta Medica Iranica*, 61(5), 294–296.

https://www.researchgate.net/publication/373465932_Therapeutic_Communication_Skills_Training_An_Effective_Tool_to_Improve_the_Caring_Behaviors_of_ICU_Nurses

APÊNCICES E ANEXOS

APÊNDICE I - Instrumento de Recolha de Dados - Questionário

Excelentíssimo(a) Enfermeiro(a):

Sou aluna do 2º Ano, do I Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, promovido pela Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Saúde e pretendo efetuar um estudo de investigação no âmbito de realização de projeto para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, subordinado ao tema: ***“A Humanização dos Cuidados à pessoa em situação crítica”***.

A utilização deste questionário tem como objetivo *“Conhecer as estratégias utilizadas na comunicação verbal e não-verbal que contribuem para a humanização dos cuidados prestados, com o doente crítico”* no contexto do Serviço de Urgência.

Solicita-se o seu contributo, respondendo às questões que surgem no presente instrumento de recolha de dados, sendo constituído por duas partes. Uma Primeira Parte visa a caracterização Sociodemográficas e profissional do inquirido, enquanto à Segunda Parte, que é constituída por questões de resposta fechada (1-7) com as quais se pretende entender, se a comunicação é importante na prestação de cuidados no contexto de um Serviço Urgência (SU), importância e atualização de conhecimento nesta área, quais os aspetos que privilegia na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente, quais as estratégias alternativas à comunicação verbal que utilizam, qual/quais os fatores que na opinião dos enfermeiros mais condicionam a comunicação com o doente, qual a perceção da dificuldade na comunicação que os enfermeiros sentem, quais as principais dificuldades que sente aquando da comunicação com o doente com alterações na comunicação.

Instruções para o preenchimento do questionário:

1. Leia de forma atenta todas as questões que lhe são colocadas, antes de responder;
2. Não deixe nenhuma questão por responder, uma vez que isso inviabilizaria uma análise apropriada dos dados;
3. O preenchimento do questionário, é individual;
4. Nas questões em que exista um quadrado deve indicar com uma cruz (X) a resposta que se adequa à sua situação;
6. No final confirme se respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

As suas respostas são confidenciais e anónimas e só serão utilizadas para o progresso desta investigação. Em qualquer parte do questionário não é identificado o inquirido. Pode desistir do preenchimento a qualquer instante e sem qualquer prejuízo.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Os meus melhores cumprimentos

(Ângela Jesus)

Participação no estudo - Depois de ler o texto introdutivo, considero-me informada(o).

e

Aceito participar no estudo

Não aceito participar no estudo

I. Parte - Caracterização Sociodemográfica, Profissional e Académica

Por favor, preencha os espaços em branco e assinale com uma cruz (X) a(s) sua(s) opção(ões):

1. Escalões Etários: 20-40 40-50 50-60 >60

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Experiência Profissional (anos):

0-4 5-9 10-14 >15

4. Tempo de Exercício Profissional (anos):

0-4 5-9 10-14 >15

5. Experiência em serviço de Urgência (anos):

0-4 5-9 10-14 >15

6. Habilitações Académicas:

Licenciatura Pós-Graduação Especialidade

Mestrado Doutoramento

7. Com exceção da Licenciatura, se seleccionou alguma das opções anteriores refira qual (ais) as áreas.

II. Parte- Validação da Pertinência do tema em Estudo

Por favor, assinale com uma cruz (X) a(s) sua(s) opção(ões)

1. Na sua opinião, a comunicação é importante na prestação de cuidados no contexto de um Serviço de Urgência.

Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema

2. Na sua opinião, é importante a atualização de conhecimentos nesta área?

Sim Não

3. Quais os aspetos que privilegia na comunicação com o doente impossibilitado de comunicar verbalmente?

	Sim	Não
3.1. Gestos/expressões gestuais		
3.2. Expressões Faciais		
3.3. Postura		
3.4. Sorriso		
3.5. Olhar		
3.6. Silencio		
3.7. Toque		
3.8. Outro? Qual? _____		

4. Quais as estratégias alternativas à comunicação verbal que utiliza?

Estratégia	Sim	Não
4.1. Abecedário		
4.2. Incentivar a escrita (fornecer papel e caneta ou quadro branco e marcador)		
4.3. Tabela de frases		
4.4. Álbum de imagens		
4.5. Outra Qual? _____		

5. Qual/quais o(s) fator(es) que na sua opinião mais condicionam a comunicação como doente?

5.1. Estado de consciência do doente	
5.2. Relação Enfermeiro-Doente	
5.3. Falta de Tempo	
5.4. Espaço Físico	
5.5. Presença de outras pessoas	
5.6. Outro Qual? _____	

6. Qual a percepção da dificuldade na comunicação?

Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema

7. Quais as principais dificuldades que sente aquando da comunicação com o doente com alterações na comunicação?

7.1. Compreender a comunicação oral dos doentes, quando este não se expressa verbalmente de forma clara.	
7.2. Compreender doentes que comunicam através de gestos, sinais ou movimentos dos lábios (comunicação não verbal)	
7.3. Expressar-se através da comunicação não verbal	
7.4. Dúvida acerca da perceção do doente sobre a mensagem recebida	
7.5. Escassa relação de confiança entre enfermeiro e doente	
7.6. Outra Qual? _____	

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO I - Autorização para utilização de questionário

Pedido de autorização e adaptação



Carla Pinho <carlapinho26@gmail.com>

Para: Você



sáb, 22/07/2023 21:25

Boa noite Ângela Jesus.

Antes demais é com grande alegria que recebo o seu email, sendo um gosto que utilize o questionário criado por mim ou qualquer outra informação que lhe seja pertinente. Agradeço desde já a permissão pedida e desejo-lhe muito sucesso na realização do Mestrado.

Cumprimentos

Carla Pinho

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética

De: Jose Faceira <JFACEIRA@chtmad.min-saude.pt>

Enviada: 12 de setembro de 2024 07:57

Para: CARLA FONTE <carlaf@chtmad.min-saude.pt>

Assunto: RE: CES 3464 Título de Investigação: A humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica: Estratégias de Comunicação

Bom Dia:

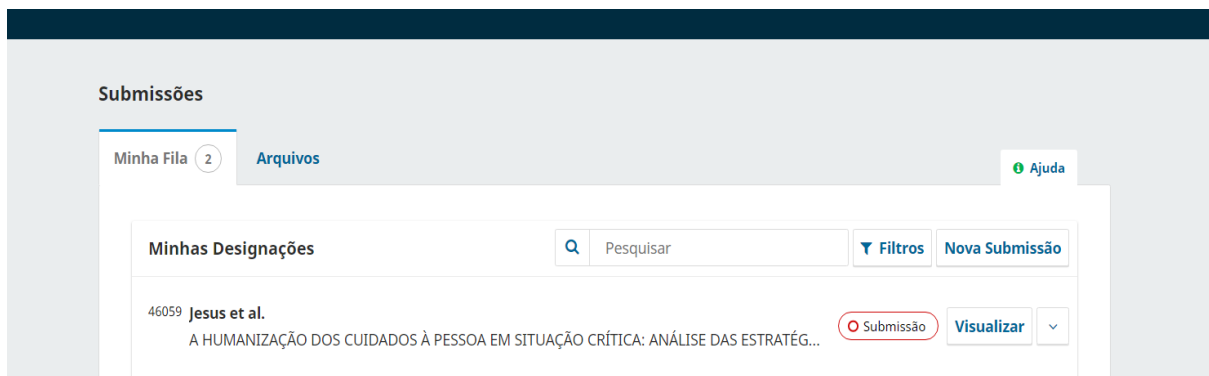
Depois de avaliado o documento enviado e estando as alterações conforme indicação da CES na sua pretérita reunião, dá-se o parecer favorável ao trabalho em análise.

Atentamente:

José Faceira

Vice-Presidente da CES da ULSMAD

ANEXO III - Comprovativo da Submissão do Artigo



The screenshot displays a web interface for managing submissions. At the top, there is a dark blue header. Below it, the main content area has a light gray background. The title "Submissões" is positioned at the top left of the content area. Below the title, there are two tabs: "Minha Fila" (with a small circle containing the number 2) and "Arquivos". To the right of these tabs is a green "Ajuda" button. Below the tabs, there is a white box containing the title "Minhas Designações". To the right of this title is a search bar with a magnifying glass icon and the text "Pesquisar". Further right are two buttons: "Filtros" and "Nova Submissão". Below this search and filter area, there is a list of submissions. The first entry shows the number "46059" followed by the author "Jesus et al." and the title "A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: ANÁLISE DAS ESTRATÉG...". To the right of the title are three buttons: "Submissão" (with a red circle icon), "Visualizar", and a dropdown arrow.

Submissões

Minha Fila 2 Arquivos Ajuda

Minhas Designações Filtros Nova Submissão

46059 Jesus et al.
A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: ANÁLISE DAS ESTRATÉG... Submissão Visualizar ▼