

**Perceção dos enfermeiros sobre a utilização de estratégias de comunicação  
terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica**

**Elisabete da Conceição Afonso Mesquita**

**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**

Orientadora – Maria Gorete de Jesus Baptista

Categoria – Professora Doutora

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Setembro 2025

**Mesquita, Elisabete da Conceição Afonso.** Perceção dos enfermeiros sobre a utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais, um agradecimentos aos meus pais e ao meu companheiro pelo apoio e incentivo incondicional ao longo deste tempo e por compreenderem a exigência desta caminhada, sem me largarem a mão. Aos meus amigos, por me apoiarem e que tanto me ouviram dizer que só faltava um bocadinho para terminar.

Pela sua colaboração e apoio para a concretização deste relatório, agradeço imensamente à minha orientado, Sr.<sup>a</sup> Professora Maria Gorete Batista da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pela disponibilidade e incentivo, assim como pela partilha de conhecimentos e sugestões valiosas.

Agradecer à Unidade Local de Saúde do Nordeste que me permitiu desenvolver o meu trabalho de investigação, e aos enfermeiros gestores dos serviços de Urgência e Medicina Intensiva pela ajuda na implementação dos questionários e aos colegas que responderam ao mesmo.

Expresso a minha gratidão também aos meus enfermeiros tutores que me acompanharam ao longo dos ensinamentos clínicos assim como aos restantes profissionais que estiveram presentes nesta minha caminhada e contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Obrigada a todos que me ajudaram neste percurso.

## RESUMO

**Enquadramento:** No contexto do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, os ensinamentos clínicos (EC) permitem a aquisição de competências comuns e específicas enquanto enfermeira especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Os estágios constituem um elo de ligação entre a teoria e a prática permitindo adquirir novos conhecimentos, técnicas e experiência. Foi ainda desenvolvido um estudo sobre as estratégias de comunicação terapêuticas utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, sendo esta uma área de interesse pessoal.

**Objetivos:** Descrição crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em EC e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica especialmente na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

**Métodos:** O desenvolvimento das competências decorreu ao longo dos três estágios clínicos preconizados realizados na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) num total de 750 horas. Para o desenvolvimento da componente de investigação foi realizado um estudo de natureza quantitativa transversal analítico com uma amostra de 48 enfermeiros a exercerem funções no SU e no SMI de uma unidade de saúde da região Norte. O instrumento de recolha de dados (IRD) foi elaborado pela investigadora e aplicado nos meses de abril e maio de 2025. Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences 27.0 (SPSS)

**Resultados:** Os estágios permitiram a aquisição de competências comuns ao enfermeiro especialista e competências na área de enfermagem PSC. O estudo de investigação revelou que as mulheres apresentaram médias significativamente superiores na Prestação de Cuidados (F1 e F2) e Aplicação de Técnicas (F3) e, maior concordância sobre a importância da comunicação terapêutica. Os Enfermeiros com pós-graduação tiveram médias superiores no F2 da Prestação de Cuidados e os enfermeiros especialista apresentaram médias significativamente superiores em F2 da Prestação de Cuidados, F3 da Aplicação de Técnicas e F2 da Forma de Comunicar. Enfermeiros com formação em comunicação em enfermagem obtiveram melhores resultados na Aplicação de Técnicas. Não houve diferenças significativas entre os enfermeiros da urgência e os enfermeiros da medicina intensiva e, entre os enfermeiros com e sem formação em comunicação com o

doente crítico. A Comunicação terapêutica é considerada essencial, com destaque para empatia, escuta ativa e linguagem clara. Os enfermeiros especialistas e com formação em comunicação utilizam técnicas de forma mais consistente e frequente.

**Conclusão:** Os EC permitiram o desenvolvimento de competência comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ficou evidente a importância da consolidação da teoria com a prática em diferentes contextos para a prestação de cuidados especializados, seguros e de qualidade. O estudo de investigação contribuiu para identificarmos as principais estratégias de comunicação terapêuticas utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à PSC e desta forma encontramos oportunidades e estratégias de melhoria. Capacitar os enfermeiros nesta área pode ser uma mais valia oferecendo formação aos mesmos neste contexto.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Competências Especializadas; Comunicação terapêutica; Estratégias

## ABSTRACT

**Background:** In the context of the Master's Degree in Nursing for Critically Ill Individuals at the School of Health of the Polytechnic Institute of Bragança, clinical placements allow the acquisition of common and specific competencies as a specialist nurse in the area of nursing for critically ill individuals. Internships constitute a link between theory and practice, allowing the acquisition of new knowledge, techniques, and experience. A study was also developed on the therapeutic communication strategies used by nurses in providing care to critically ill individuals, this being an area of personal interest.

**Objectives:** Critical and reflective description of the activities developed in clinical placements and acquisition of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, especially in the area of nursing for critically ill individuals.

**Methods:** The development of competencies occurred throughout the three recommended clinical placements carried out at the Local Health Unit of the Northeast (ULSNE) for a total of 750 hours. For the development of the research component, a cross-sectional analytical quantitative study was conducted with a sample of 48 nurses working in the PS and SMI of a health unit in the North region. The data collection instrument (IRD) was developed by the researcher and applied in the months of April and May 2025. Ethical and deontological principles were respected. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences 27.0 (SPSS) statistical program.

**Results:** The internships allow the acquisition of competencies common to the specialist nurse and competencies in the area of PSC nursing. The research study revealed that women presented significantly higher averages in Care Delivery (F1 and F2) and Application of Techniques (F3) and greater agreement on the importance of therapeutic communication. Nurses with postgraduate degrees had higher averages in F2 of Care Delivery, and specialist nurses showed significantly higher averages in F2 of Care Delivery, F3 of Technique Application, and F2 of Communication Method. Nurses with training in nursing communication obtained better results in Technique Application. There were no significant differences between emergency room nurses and intensive care nurses, and between nurses with and without training in communication with critically ill patients. Therapeutic communication is considered essential, with emphasis on empathy,

active listening, and clear language. Specialist nurses and those trained in communication use techniques more consistently and frequently.

**Conclusion:** The ECs allowed the development of common and specific competencies in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Critical Situations. The importance of consolidating theory with practice in different contexts for specialized, safe, and quality care became evident. This research study helps us identify the main therapeutic communication strategies used by nurses in providing care to critically ill patients, thus enabling us to find opportunities and strategies for improvement. Training nurses in this area can be a differentiator by offering them training in this context.

**Key-words:** Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Specialized Skills; Therapeutic Communication; Strategies

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AFE – Análise fatorial exploratória

AHA – American Heart Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioral Pain Scale

CV – Cateter Vesical

CVC – Cateter venoso central

DGS – Direção Geral da Saúde

DRC – Doença renal crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensino clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EPC – Enterobactereáceas Produtoras de Carbapenemes

EPI – Equipamento de proteção individual

FAV – Fístula arteriovenosa

FCG – Fundação Calouste Gulbenkian

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

IHI – Intitute for HealthCare Improvement

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

INEM – Insituto Nacional de Emergência Médica

IRCVC – Infecção da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central

ITUACV – Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical

JCI – Joint Commission International

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à Meticilina

OBS – Sala de observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções básicas de controlo de infeção

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos microorganismos aos antimicrobianos

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNEMR – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNG – Sonda nasogástrica

SPCIRA – Serviço de de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências Antimicrobianas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

TOT – Tubo orotraqueal

UHB – Unidade Hospitalar de Bragança

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação mecânica invasiva

VMNI – Ventilação mecânica não invasiva

VV – Via Verde

## INDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	75
<b>Tabela 2</b> – Constituição dos fatores da escala sobre a prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa crítica.....	78
<b>Tabela 3</b> – Resumo da caracterização dos fatores e global da Prestação de cuidados....	79
<b>Tabela 4</b> – Constituição dos fatores da escala sobre a aplicação das técnicas terapêuticas.....	80
<b>Tabela 5</b> – Resumo da caracterização dos fatores e global da aplicação das técnicas terapêuticas.....	80
<b>Tabela 6</b> – Constituição dos fatores da escala sobre a forma como comunica.....	81
<b>Tabela 1</b> – Resumo da caracterização dos fatores e global da escala sobre a forma como comunica.....	82
<b>Tabela 2</b> – Correlação de Spearman entre fatores e escalas.....	83
<b>Tabela 3</b> – Resultados dos fatores e global das escalas por sexo do enfermeiro.....	83
<b>Tabela 4</b> – Resultados dos fatores e global das escalas por idade do enfermeiro.....	84
<b>Tabela 5</b> – Resultados dos fatores e global das escalas por habilitações literárias do enfermeiro.....	85
<b>Tabela 12</b> – Resultados dos fatores e global das escalas por categoria profissional do enfermeiro.....	86
<b>Tabela 6</b> – Resultados dos fatores e global das escalas por serviço do enfermeiro.....	87
<b>Tabela 7</b> – Correlação de Spearman entre o tempo de exercício e os fatores e escalas.....	88
<b>Tabela 8</b> – Resultados dos fatores e global das escalas por formação em comunicação em enfermagem por parte do enfermeiro.....	89
<b>Tabela 9</b> – Resultados dos fatores e global das escalas por formação em comunicação com doente em situação crítica por parte do enfermeiro.....	90

## **INDICE DE FIGURAS**

**Figura 1** – Técnicas de comunicação terapêuticas identificadas pelos inquiridos.....77

<b>Índice</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM</b> .....	5
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO</b> .....	6
1.1. Estágio de opção – Serviço de Hemodiálise.....	7
1.2. Serviço de urgência.....	10
1.3. Serviço de medicina intensiva .....	15
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO</b> .....	20
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	21
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	22
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	25
2.1.3. Domínio da gestão de cuidados .....	29
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens .....	31
2.2. Competências específicas em enfermagem à pessoa em situação crítica.....	33
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	35
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção á ação .....	41
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 .....	43
<b>PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA NA EVIDÊNCIA: ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	46
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS</b> .....	47
<b>2. ESTADO DA ARTE NA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COM O DOENTE CRÍTICO</b> .....	48
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	54
3.1. Tipo de estudo .....	54
3.2. População e amostra do estudo .....	54
3.3. Procedimento de recolha, análise e tratamento de dados.....	55
3.3.1. Instrumento de recolha de dados .....	55
3.3.2. Procedimento de recolha de dados .....	58
3.3.3. Modelos de análise e tratamento de dados .....	59

<b>4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	61
<b>4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra</b> .....	61
<b>4.2. Conhecimento de técnicas de comunicação terapêutica por parte dos enfermeiros</b> .....	62
<b>4.3. Utilização de técnicas de comunicação na prestação de cuidados ao doente crítico</b> .....	63
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	77
<b>6. CONCLUSÕES DO ESTUDO</b> .....	82
<b>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	85
<b>APÊNDICES E ANEXOS</b> .....	89
<b>APÊNDICE I</b> – Pedido de kit de esterilização par remoção de CVC tunelizado de diálise .....	90
<b>APÊNDICE II</b> – Lista de material para remoção de CVC de diálise tunelizado .....	91
<b>APÊNDICE III</b> – Plano de sessão de formação .....	92
<b>APÊNDICE IV</b> – Instrumento de recolha de dados .....	93
.....	94
<b>ANEXO I</b> – Certificado de formação – Curso online: Princípios de Enfermagem em Cuidados Intensivos .....	99
<b>ANEXO II</b> – Certificado de Participação no II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica.....	100
<b>ANEXO III</b> – Certificado de Participação em Curso de Comunicação em Saúde ....	101
<b>ANEXO IV</b> – Certificado de elaboração de Poster para congresso .....	102
<b>ANEXO V</b> – Parecer da Comissão de Ética da ULSNE.....	103
<b>ANEXO VI</b> – Comprovativo de submissão de artigo em revista .....	104

## INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Com o relatório de estágio pretende-se evidenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista ao longo da prática clínica e, o trabalho de investigação surge como uma oportunidade de desenvolver a capacidade crítica e de aprofundar conhecimentos. Assim, este é o momento onde é possível refletir sobre as vivências que presenciei na prática, fundamentá-las e, quais os resultados que me trouxeram enquanto profissional.

Foram desenvolvidos três ensinamentos clínicos: o primeiro decorreu em uma Unidade de Hemodiálise; o segundo foi no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC); e, o terceiro estágio foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Os três estágios foram desenvolvidos na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), com a duração de 250 horas cada um, num total de 750 horas de prática clínica. Em todos os ensinamentos clínicos fui orientada e supervisionada por um enfermeiro do serviço especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Este documento encontra-se estruturado em duas partes. A Parte I é apresentado o Relatório de Ensino Clínico: Prática Especializada em Enfermagem, baseado na realização dos ensinamentos clínicos, onde consta uma análise crítica e reflexiva relativamente à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, assim como as de mestre considerando os regulamentos nº 140/2019 e nº429/2018. A Parte II debruça-se sobre a Prática Especializada Baseada na Evidência, onde se apresenta o trabalho de investigação desenvolvido. Por fim encontram-se as conclusões e as referências bibliográficas.

Uma das etapas importantes passou por identificar uma problemática de interesse. Assim sendo, a parte de investigação deste trabalho recai sobre um tema que no decorrer dos ensinamentos clínicos considerei extremamente importante e interessante: a comunicação terapêutica entre os enfermeiros e o doente crítico.

Considerando o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, este “demonstra competências específicas em

técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto”, “envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” e, “envolve a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados”. (Regulamento n.º 429/2018, pág. 19359)

A comunicação é um processo dinâmico que envolve interação entre pessoas de forma que se compreendam mutuamente. Sendo a comunicação a base das relações que estabelecemos, esta configura especial importância na prestação de cuidados de saúde, uma vez que enquanto enfermeiros não conseguimos cuidar sem comunicar com o doente.

A comunicação é um instrumento básico do cuidado de enfermagem, e está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, apoiar, informar, confortar ou atender suas necessidades básicas. (Caldas et al, 2017). É um processo complexo, multidimensional e dinâmico, referente ao desenvolvimento de formas de interação de maneira eficaz e eficiente, constitui-se como um dos indicadores mais importantes para medir a qualidade dos cuidados de enfermagem. É por esse motivo que a Joint Commission International (JCI) identifica a comunicação não adequada entre as causas mais comuns de efeitos adversos. (Espert-Giménez, 2020)

No contexto dos cuidados ao doente crítico a comunicação além de possibilitar a recolha de informação fundamental à monitoração do doente e diagnóstico a comunicação empática e compassiva funciona como um elo à vida para o paciente extremamente fragilizado (Zinn et al., 2003; Sakata, 2010). A enfermagem em contextos críticos exige uma sensibilidade aguçada para identificar as necessidades emocionais dos doentes, frequentemente ligadas a sentimentos como medo, ansiedade e incerteza (Backes et al., 2012).

Assumindo a comunicação como base das relações humanas, enquanto profissionais de saúde, os enfermeiros são os maiores responsáveis pela prestação de cuidados e quem passa mais tempo com os doentes, logo devemos possuir capacidades e conhecimentos que nos permitem utilizar estratégias de comunicação terapêutica adequadas ao doente crítico. Só desta forma seremos capazes de conhecer os utentes de forma holística, prestar cuidados adequados às necessidades de quem temos à nossa frente e, contribuir para a qualidade dos mesmos.

A escolha do tema “Perceção dos enfermeiros sobre a utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica” torna-

se pertinente pelo facto de estes doentes se encontrarem em situações em que a sua capacidade de comunicar se encontra comprometida, exigindo ao enfermeiro a aquisição de competências comunicacionais terapêuticas que sejam adequadas à situação clínica do doente.

Com a realização deste trabalho de investigação pretendo responder à seguinte questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros sobre a utilização de técnicas de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?”. Para responder a esta questão de investigação foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral – “Identificar as técnicas de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica no SMI e no SU de uma Unidade Hospitalar do Norte do país”;

Objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra a nível sociodemográfico e profissional;
- Identificar estratégias de comunicação terapêuticas utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica;
- Identificação e análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as estratégias de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica.

Considerando o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica divulgado pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, penso que este trabalho vai de acordo aos padrões descritos como a satisfação do cliente onde se refere que o enfermeiro especialista (EE) faz “a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica”; a promoção da saúde uma vez que o EE fornece “informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica” e; bem-estar e o autocuidado através da “gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada”. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Considerando as teorias e modelos de Enfermagem existentes que podemos aplicar na prática creio que a temática do meu trabalho se enquadra com a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e com o Modelo de Comunicação Terapêutica de Joyce Travelbee.

O Modelo de Comunicação Terapêutica de Joyce Travelbee diz que a base da relação entre profissional de saúde e doente ou família/cuidador é a comunicação. De acordo com a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau o essencial é o estabelecimento de uma relação terapêutica e, podemos dizer que o mesmo tem por base o estabelecimento de uma boa comunicação entre profissionais e doente ou família/cuidador.

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

## **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO**

Frequentar ensinamentos clínicos permite o contacto com novas realidades e experiências, além de vivenciarmos a prática de Enfermagem em diferentes contextos e de forma a adquirir e aprimorar competências enquanto profissionais e enfermeiros especialistas.

No âmbito do 1.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC) está definida a realização de três ensinamentos clínicos sendo um deles de escolha opcional e os outros dois obrigatórios nos serviços de Urgência e de Medicina Intensiva. Os três ensinamentos clínicos perfizeram entre si um total de 750 horas de contacto, sendo 250 horas realizadas em cada um dos locais escolhidos. O estágio opcional por mim escolhido foi na Unidade de Hemodiálise da ULSNE.

Os estágios por mim realizados foram todos em unidades pertencentes à ULSNE na Unidade Hospitalar de Bragança (UHB). Todos foram orientados e supervisionados sob responsabilidade de um enfermeiro especialista em EMCPSC.

O presente relatório baseia-se numa reflexão pessoal e crítica e, pretende demonstrar a aquisição das competências comuns e específicas enquanto enfermeira especialista com referência às atividades desenvolvidas e, aos conhecimentos adquiridos e cimentados. Considero como fundamental para a aquisição de competências em primeiro lugar ter noção de auto-conhecimento, conhecer as nossas capacidades e limitações enquanto pessoas e profissionais. Isto é essencial e vai ter impacto na nossa prática profissional.

A prática clínica visa fazer a interligação da teoria com a prática, o desenvolvimento de competências interpessoais, instrumentais e sistémicas. Assim, será feita a articulação entre os objetivos definidos com a aquisição das competências inerentes ao enfermeiro especialista. Os objetivos gerais serão aqui especificados enquanto os objetivos específicos serão apresentados no capítulo correspondente a cada ensinamento clínico. Estes foram elaborados tendo em consideração o Guia Orientador de Estágio fornecido pela Escola Superior de Saúde (ESSa) do Instituto Politécnico de Bragança (IPB).

Foram definidos os seguintes objetivos gerais para os diferentes estágios:

- 1) Familiarização com as dinâmicas, características e equipas dos serviços;
- 2) Aplicar na prática os conhecimentos adquiridos na teoria e aprofundá-los;
- 3) Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à PSC;

- 4) Desenvolver, refletir e comparar sobre as competências previstas para o enfermeiro de cuidados gerais e o enfermeiro especialista em cuidados à PSC;
- 5) Implementar intervenções de enfermagem diferenciadas, especializadas e complexas relacionadas com a PSC;
- 6) Desenvolver competências críticas, de tomada de decisão e de comunicação;
- 7) Elaborar um trabalho de investigação para complementar a prática.

Os objetivos específicos definidos para cada um dos ensinamentos clínicos são apresentados nos respetivos capítulos a seguir.

No decorrer dos estágios foram desenvolvidas competências em diversas áreas como científicas, técnicas, humanas, relacionais, éticas e legais. É com base nos conhecimentos e na experiência que o enfermeiro é capacitado para tomar decisões na prática clínica.

### **1.1. Estágio de opção – Serviço de Hemodiálise**

O primeiro ensino clínico foi o campo de estágio opcional que decorreu entre maio e julho de 2023 no serviço de Nefrologia – Hemodiálise da UHB, com a duração de 250 horas. Fui orientada e supervisionada pela enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) Telma Pedreiro sob orientação da professora Gorete Batista.

Optei por escolher este local como estágio opcional pois durante a prestação de cuidados a doentes de internamento com Doença Renal Crónica (DRC) que cumprem programa regular de Hemodiálise fiquei com curiosidade de aprofundar conhecimentos sobre esta temática de forma a prestar cuidados de enfermagem de melhor qualidade a estes utentes e de conhecer o funcionamento de uma unidade de hemodiálise.

Defini para este ensino clínico os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar e adquirir novos conhecimentos relativamente à DRC e ao utente em programa de hemodiálise;
- Analisar e compreender a dinâmica de um serviço de hemodiálise;
- Desenvolver competências relativamente ao cuidado ao doente renal crónico em programa de hemodiálise;
- Desenvolver competências técnicas e científicas que me permitam cuidar do doente renal crónico em momentos de agudização em que este seja um doente em estado crítico;
- Realizar uma formação em serviço para a equipa de enfermagem.

A equipa deste serviço é formada por 12 enfermeiros mais a enfermeira gestora. O horário de trabalho é de segunda à sábado entre as 8h e a 00h, dividindo-se no turno da manhã entre as 8h e as 16h e o turno da tarde entre as 16h e as 00h. Com horário rotativo e turnos. Está sempre presente durante as sessões de diálise um médico que acompanha os utentes e presta assistência caso seja necessário. Existe também apoio por parte de médicos especialista em Nefrologia alguns dias por semana. Durante os turnos ficam três enfermeiros a assegurar tratamento na sala A e sala AU/isolamento e, um enfermeiro na sala B. Os turnos de diálise dos utentes repartem-se no turno da manhã das 8h às 13h, o turno da tarde das 14h às 19h e, o turno da noite das 20h à 00h. Os utentes podem realizar sessões segunda/quarta/sexta ou, terça/quinta/sábado, mas alguns só realizam tratamento duas vezes por semana. A duração das sessões é ajustada à condição do utente e, por norma dura entre 3 e 4 horas.

Relativamente à estrutura física existem 4 salas para realização de tratamento: sala A com capacidade para 8 utentes; sala B com 4 unidades de diálise; sala AU com capacidade para 2 utentes em situações excecionais e; sala de isolamento que tem 1 unidade de diálise para utentes com patologias infectocontagiosas que se transmitam via sanguínea. De momento existe capacidade máxima de realizar tratamento a 72 utentes, assegurando sempre a necessidade de realização de diálise de doentes internados e, ocasionalmente, asseguram tratamento a utentes que se desloquem de férias à nossa cidade. Cada unidade de diálise é destinada a um utente e encontra-se equipada com maca, máquina de diálise para realização de técnica e, rampa de oxigénio e de ar comprimido. Além das salas destinadas ao tratamento, a nível de infra-estruturas tem também uma copa, um armazém de material, uma sala onde está armazenada terapêutica, o gabinete da enfermeira gestora, casa de banho para utentes, sala de espera, gabinete médico e, uma unidade de tratamento de águas essencial para a realização das sessões de diálise.

Na unidade de hemodiálise do hospital de Bragança encontram-se utentes a fazer diálise através de fístula arteriovenosa (FAV) que consiste numa anastomose via cirúrgica entre uma artéria e uma veia; prótese, que é um enxerto de politetrafluoroetileno expandido que substitui a FAV em doentes em que não se consegue construção da mesma; e, cateter venoso central (CVC) tunelizado de diálise que é um cateter venoso central de grande calibre usado exclusivamente para tratamento dialítico. Tive ainda a possibilidade de assistir e colaborar com o médico Nefrologista na remoção de CVC de diálise tunelizados. Nesta sequência elaborei um documento para fornecer à enfermeira gestora para que esta

pudesse entregar no serviço de esterilização de forma a ser elaborado um Kit esterilizado pré-preparado com todo o material necessário à remoção do CVC de diálise (Apêndice I) e, um documento para permanecer no serviço com o material necessário para a realização da técnica (Apêndice II)

Numa primeira fase procurei familiarizar-me com a estrutura do serviço, organização e dinâmica de trabalho e, integrar-me na equipa multidisciplinar de forma a conseguir colaborar no planeamento e prestação de cuidados. A integração por parte da equipa do serviço foi excelente uma vez que sempre se mostraram disponíveis em colaborar com a minha aprendizagem e em esclarecer todas as dúvidas que surgiam.

Procurei também aprofundar conhecimentos que me permitissem entender a montagem e o funcionamento do equipamento necessário ao tratamento assim como conhecer normas e protocolos do serviço. A leitura dos documentos existentes no serviço permitiu-me também aprofundar conhecimentos sobre técnicas de punção de FAV e de próteses assim como dos cuidados a ter antes, durante e após a sessão de diálise.

Uma vez que a minha enfermeira orientadora era elo de ligação do Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências Antimicrobianas (SPCIRA) foi-me permitido colaborar com ela e entender melhor como são feitas as auditorias à lavagem das mãos e, ao manuseamento do cateter venoso central de diálise para prevenção de infeção.

Sendo o doente hemodializado um doente renal crónico podemos considerar também que é um doente crítico por falência da função de órgão. Assim durante o tratamento tentei desenvolver junto destes doentes ensinamentos relativamente aos cuidados a ter com FAV, prótese ou CVC de diálise, promoção de auto-cuidado e de hábitos de vida adequados.

Achei essencial a supervisão e monitorização detalhada durante o tratamento para prevenção e despiste precoce de complicações que possam ocorrer caso não sejam feitos ensinamentos corretos aos utentes, despiste de hipotensão associada ao tratamento, vigilância de glicemias capilares em diabéticos e, prevenção de descompensações hidroeletrólíticas.

Foi-me possível também durante o ensino clínico fazer turnos com a enfermeira responsável com funções de gestão na ausência da enfermeira gestora do serviço. Isto permitiu-me entender como fazem a gestão das vagas dos utentes e a distribuição dos mesmos por turnos, como é feita a gestão do material e como se organiza o serviço.

Cuidar do doente em situação crítica é também prevenir possíveis complicações em doentes crónicos que se podem transformar em doentes críticos no caso de descompensação da patologia de base. Cuidar do doente crítico exige outra complexidade, preparação e reflexão por parte do enfermeiro assim como a capacidade de identificar rapidamente necessidades e atuar em conformidade. Este ensino clínico permitiu-me desenvolver novas competências e estar mais desperta para particularidades que alguns doentes possam ter de forma a ser capaz de lhes prestar cuidados de enfermagem mais direcionados.

Ainda no decorrer este EC foi solicitado pela enfermeira gestora do serviço a realização de uma formação relacionada com o doente crítico. Escolhemos então como tema Suporte Imediato de Vida no Doente Crítico em que foram abordados os seguintes conteúdos: algoritmo de suporte básico de vida (SBV), algoritmo de suporte avançado de vida (SAV), ritmos de paragem cardiorrespiratória, abordagem ABCDE, farmacologia utilizada em reanimação e, matérias disponíveis no serviço. O plano da formação encontra-se no Apêndice III deste relatório.

## **1.2. Serviço de urgência**

O segundo campo de estágio foi no SUMC e decorreu entre setembro e dezembro de 2023 no Serviço de Urgência (SU) da UHB, com a duração de 250 horas. Foi orientada e supervisionada pela enfermeira especialista em EMC Andreia Graça sob orientação da professora Gorete Batista.

Optei por escolher este serviço porque apesar de pertencer à instituição onde desempenho funções como enfermeira, achei que seria uma oportunidade de compreender melhor o percurso do doente desde a entrada no SU até ao internamento.

Defini para este ensino clínico os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica de um serviço de urgência e as suas especificidades;
- Adquirir e aprofundar competências relacionadas com a prestação de cuidados especializados em EMCPSC em situação de urgência e emergência;
- Dinamizar resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítima, se possível. Caso contrário aprofundar conhecimentos sobre atuação nestes casos;

- Prestar cuidados em contexto de sala de emergência (SE) tendo em conta as competências enquanto enfermeiro especialista em EMCPSC;
- Respeitar as normas de prevenção e controlo de infeção em contexto de urgência/emergência.

A equipa de enfermagem é formada por 47 enfermeiros, sendo 15 deles especialistas em EMC, mais o enfermeiro gestor do serviço. Os turnos de trabalho são rotativos e de 12 horas, a manhã das 8h às 20h e a noite das 20h às 8h.

A organização da equipa de enfermagem durante os turnos é mediante um plano de trabalho elaborado e afixado pelo enfermeiro gestor e divide-se nas seguintes áreas de trabalho: triagem assegurada por um enfermeiro; SE assegurada por um enfermeiro; pequena cirurgia e traumatologia; sala laranja onde permanece um enfermeiro; zona de macas/traumatologia/pequena cirurgia/cadeiras com um enfermeiro atribuído; pediatria onde fica um enfermeiro; e ainda a sala de observação (OBS) onde estão afetos dois elementos da equipa de enfermagem. Assim durante o turno estão presentes sete enfermeiros e, no plano de trabalho de enfermagem há sempre referência ao elemento da equipa que é o responsável de turno, por norma, um elemento com especialidade em EMC.

A equipa médica é sempre composta por elementos de clínica geral na triagem, médicos de medicina interna, ortopedista, cirurgia geral, especialista em ginecologia e obstetrícia, anestesiologia e, pediatria. Além disso conta com uma equipa de assistentes operacionais. Em colaboração também existem médicos que asseguram outras especialidades.

O SU da UHB fica no piso 0 do hospital e recebe utentes de todo o distrito. Possui uma entrada independente para o exterior do recinto hospitalar de forma a um acesso mais fácil e rápido por parte dos utentes e ambulâncias. O percurso do doente começa pela criação de ficha na administrativa para identificação do mesmo. Depois o doente é chamado ao gabinete de triagem onde ocorre o primeiro contacto entre utente e enfermeiro e é atribuída uma prioridade de atendimento. Esta prioridade é estabelecida com base na clínica do utente através de uma avaliação inicial e mediante os sinais e sintomas apresentados são identificados critérios de gravidade e, através da seleção de um fluxograma que seja adequado à situação é estabelecido um nível de prioridade clínica. Recorre-se à Triagem de Manchester em que é usado um sistema de 5 cores, que mediante onde crescente de gravidade são as seguintes: branca (atendimento

programado), azul (doente não urgente), verde (doente pouco urgente), amarelo (doente urgente), laranja (doente muito urgente) e, vermelho (doente emergente). Este sistema de triagem preconiza que os utentes sejam atendidos de acordo com a gravidade da doença e não pela ordem de chegada, de forma que os doentes com pulseira vermelha são encaminhados de imediato para a sala de emergência que é assegurada pelo menos por um Médico Intensivista, por um enfermeiro e por um assistente operacional.

No que diz respeito à estrutura física é composto por: sala de espera; um gabinete de triagem; gabinetes médicos de triagem; gabinete de enfermagem; sala de cadeirões; uma sala de emergência com capacidade para dois doentes; zona de macas; gabinete de ortopedia; gabinete de pequena cirurgia; sala laranja para doentes que requerem maior vigilância e monitorização; gabinete de medicina interna; sala de espera de pediatria; gabinete médico de pediatria; sala de observação com capacidade para 8 doente; sala de observação de pediatria; sala de sujos; o gabinete do enfermeiro gestor; uma copa; casas de banho para utentes e para profissionais e; uma sala com material e soros. Existem dois Pyxis medStation System de onde é retirada a terapêutica prescrita para os doentes.

Na sala dos cadeirões são alocados doentes que necessitem de menos vigilância, mas que realizam exames complementares de diagnóstico e necessitam da administração de terapêutica. A zona das macas dispõem de 6 unidades e destina-se a doentes acamados ou para aqueles que necessitem de intervenções mais complexas como colocação de sonda nasogástrica (SNG) ou de cateter vesical (CV), com necessidade de privacidade, enquanto aguardam observação e orientação médica. Na sala laranja são colocados os doentes de carácter urgente que necessitam de maior vigilância uma vez que cada maca se encontra equipada com um monitor cardíaco. Dispõem também de um armário com diverso material clínico que nos permite ter tudo à mão caso seja necessário.

A SE tem duas unidades, cada uma delas equipa com os meios necessários para abordagem ao doente crítico: material para abordagem da via aérea com um ventilador em cada unidade, monitor desfibrilhador, rampa de oxigénio e ar comprimido e, equipamento de monitorização cardiorrespiratória contínua. Está também disponível um armário com terapêutica e soroterapia, e material que seja necessário para realização de técnicas (ex: algaliasções, colocação de sonda nasogástrica, colocação de drenos torácicos). Esta sala dá então resposta a situações de emergência ou críticas.

O SU da UHB é classificado com um SU Polivalente uma vez que oferece cuidados diferenciados aos utentes urgentes e emergentes, sendo o mais diferenciado do distrito. Os doentes podem chegar ao serviço pelos seus próprios meios, com os bombeiros, referenciados pelos cuidados de saúde primários ou por outras unidades hospitalares e, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Tendo em conta as características deste serviço e a tipologia dos doentes, por haver necessidade constante e por vezes urgente/emergente da realização de exames complementares de diagnóstico, o SU tem acesso rápido e fácil ao laboratório, raio-x, ecografia, tomografia axial computadorizada e, ressonância magnética

A este SU está afeta um Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) cuja gestão é da responsabilidade do enfermeiro gestor do SU e que conta com uma equipa com formação do INEM e é assegurado por um enfermeiro e por um médico. O serviço tem ainda uma equipa de emergência interna que funciona 24 horas por dias, formada por um enfermeiro e um médico, que prestam cuidados emergentes aos doentes internados nos pisos do hospital quando são ativados.

Estão implementadas três vias verdes (VV): VV sépsis, VV trauma e, VV acidente vascular cerebral (AVC). Quando ativadas na triagem estes doentes são logo encaminhados para a sala laranja ou sala de emergência. Estas permitem um acesso mais rápido e fácil a estes doentes de forma a obterem um tratamento precoce e mais eficaz uma vez que nestes casos o tempo entre o início dos sintomas, o diagnóstico e tratamento são essenciais para o sucesso.

Podemos considerar o SU como a linha da frente do atendimento dos utentes sendo uma parte essencial dos sistemas de saúde. De acordo com o Despacho normativo n.º 11/2002 publicado em Diário da República a 6 de março de 2002, o serviço de urgência deve ser multidisciplinar e multiprofissional e ter como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas em urgência e emergência médicas que são aquelas cuja gravidade exigem uma intervenção médica imediata.

É importante focar a complexidade de situações que podem surgir assim como a necessidade de uma resposta adequada e a tempo. Assim torna-se essencial que enquanto especialistas consigamos ter um olho clínico mais desenvolvido assim como demonstrar maior segurança, responsabilidade, liderança e conhecimentos na prestação de cuidados.

No decorrer deste ensino clínico tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados nas diversas áreas que compõem uma vez que todos os enfermeiros fazem rotação pelos postos existentes. A passagem por todos os postos fez-me reconhecer a necessidade de enquanto profissional possuir conhecimentos teóricos e práticos em todas as áreas de forma a conseguir dar resposta às necessidades do utente. No entanto, acho importante focar a importância da permanência na SE no contexto deste estágio. Esta permitiu-me ter outra visão do utente além do desenvolvimento de outras competências com que não tenho contacto na minha prática diária a trabalhar em serviço de internamento. Permitiu-me desenvolver conhecimentos e atitudes autónomas e em colaboração com a restante equipa multidisciplinar, evidenciando-se o papel essencial do enfermeiro especialista neste contexto.

Inicialmente senti algumas dificuldades por ser um serviço com o qual não me identifico muito e pela exigência que é requerida aos profissionais de saúde pela diversidade e complexidade de situações que possam surgir. No entanto, a minha enfermeira orientadora ajudou-me a ultrapassar estas dificuldades permitindo-me colaborar com ela e com a restante equipa, demonstrando confiança nas minhas capacidades e dando-me autonomia.

Na SE foi-me permitido colaborar na check-list diária que os enfermeiros realizam de forma a assegurar que tudo se encontra operacional em caso de necessidade, assim como a intervir e colaborar em situações de emergência.

Ao longo deste ensino clínico fui confrontada com situações complexas e imprevisíveis que exigem elevada organização da equipa de enfermagem assim como conhecimentos e destreza na prestação de cuidados. Os profissionais de saúde que aqui desempenham funções devem ter teino e competência para lidar com uma variedade de cenários e ser capazes de tomar decisões de forma rápida e precisa muitas vezes sob pressão de forma a prestar os cuidados essenciais e adequados a cada situação. A maioria dos doentes com que tive contacto foram com patologias do foro cardiovascular (enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca), acidentes vasculares cerebrais e, patologias respiratórias.

O enfermeiro do SU desempenha funções de triagem assim como de uma avaliação inicial dos utentes, fazendo uma avaliação rápida da gravidade clínica de cada pessoa de forma a priorizar o atendimento. Além disso tem de saber lidar com tratamentos complexos

como a ressuscitação cardioplmonar, administração complexa de terapêutica, doentes do foro traumático, entre outros. Assim, considero que o enfermeiro do SU além de ter de possuir conhecimentos técnicos e científicos nas mais diversas áreas de atuação, deve ser capaz de trabalhar sob pressão mantendo a calma e trabalhando em equipa de forma a proporcionar os melhores cuidados possíveis, devem ser capazes de comunicar eficazmente o que nem sempre é fácil e, além disso, é necessário muita empatia e resiliência por ser um serviço emocionalmente desgastante e exigente.

### **1.3. Serviço de medicina intensiva**

O ensino clínico no SMI decorreu entre janeiro e março de 2024 na UHB da ULSNE, com a duração de 250 horas. Neste fui orientada e supervisionada pelo enfermeiro especialista em EMC Nuno Rodrigues sob orientação da professora Gorete Batista.

A minha escolha por este serviço recaiu no facto de enquanto enfermeira num serviço de Medicina Interna da mesma unidade hospitalar receber doentes do SMI e desta forma conhecer percurso destes utentes antes de chegarem ao meu serviço.

Defini os seguintes objetivos para o ensino clínico em SMI:

- Aquirir conhecimentos relativos à pessoa em situação crítica em contexto de SMI;
- Perceber a dinâmica de prestação de cuidados e funcionamento em SMI;
- Desenvolver competências técnicas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico em SMI;
- Ampliar conhecimentos e respeitar as normas de prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica em contexto de SMI tendo em conta a complexidade da situação dos utentes;
- Dinamizar a importância do cumprimento das normas de prevenção e controlo de infeção como elemento da instituição pertence ao Programa STOP Infeção 2.0.

A equipa do serviço é composta por 46 enfermeiros dos quais 20 tinham a especialidade em EMC e 5 tinham a especialidade em enfermagem de reabilitação. Os turnos de trabalho são rotativos e de 12 horas. A equipa do serviço conta também com apoio médicos intensivistas 24 horas por dia, todos os dias, assistentes operacionais, equipa de medicina física e de reabilitação, nutrição, farmácia, entre outros. A equipa multidisciplinar do serviço trabalha em conjunto e de forma organizada tendo como objetivo prestar os melhores cuidados possíveis e a recuperação do utente.

Inserindo o SMI na estrutura da UHB, localiza-se no piso 0 perto do SU e do serviço de radiologia e, tem portas de saída diretas para o exterior da instituição. Desta forma a transferência dos utentes da SE para o SMI fica facilitada, assim como o acesso a exames complementares de diagnóstico e o transporte do doente crítico. A proveniência dos doentes pode variar desde o SU, aos serviços de internamento de qualquer unidade hospitalar do distrito assim como de outros locais, mas também doentes transferidos de outros hospitais para continuidade de cuidados na área de residência. Todos os doentes admitidos requerem suporte orgânico, monitorização e vigilância contínua.

O serviço tem capacidade para 18 camas estando elas distribuídas em duas alas: Ala A ou Ala laranja com 10 camas sendo uma delas um quarto de isolamento com pressão negativa e, a Ala B ou Ala azul com 8 camas sendo que três delas são em quarto de isolamento com pressão negativa. A zona das camas é ampla e desimpedida de forma a permitir proximidade de prestação de cuidados assim como observação, vigilância e monitorização contínuas existindo cortinas que separam cada unidade para garantir a privacidade dos doentes. Cada unidade tem uma cama elétrica articulada com colchão de pressão alternada; um carro de apoio com material consumível; um monitor que permite monitorização invasiva ou não, com registo eletrocardiográfico de parâmetros vitais; contam também com suporte ventilatório (invasivo e não invasivo); seringas e bombas perfusoras; insuflador manual; rampa de oxigénio, ar e sistema de vácuo para aspiração; contentores individualizados de lixo (preto e branco) e; mesa de trabalho com computador para registos e onde fica o processo físico dos utentes. Todos os monitores de cada unidade estão ligados a centrais de monitorização facilitando a vigilância direta e contínua dos doentes.

Cada uma das alas dispõem de um sistema de medicação Pyxis MedStation para dispensa de terapêutica, armário com soroterapia e alimentação entérica e parentérica, sala com material clínico, sala de sujos, sala de roupa e ainda de um carro de emergência com monitor desfibrilhador. Existem espaços comum às duas alas como uma sala onde se encontram ventiladores, máquinas de hemodiálise, bombas para alimentação entérica e parentérica, sensores de medicação de atividade cerebral e, outros equipamentos que possam ser necessários, duas copas, vestiário com instalação sanitária e duche, gabinete médico, gabinete da enfermeira gestora, o gabinete do diretor de serviço e, uma sala para realização de reuniões com os familiares dos doentes internados. O serviço conta também em cada ala com uma área de sujos ligada ao exterior e fora do local de prestação de

cuidados. À entrada do serviço encontra-se o gabinete da administrativa e uma sala de espera de visitas.

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEMR) de Medicina Intensiva (2017), “a Medicina Intensiva é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Os SMI assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica (...) devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital (...) Este papel coloca os SMI e os intensivistas como gestores do processo assistencial e do sistema de resposta do doente crítico (...)”.

Os doentes admitidos são doentes em estado crítico em falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais que são uma ameaça à vida e, necessitam de meios avançados de diagnóstico, monitorização, tratamento e terapêutica. A complexidade dos cuidados exige então do enfermeiro uma diferenciação e especificidade de conhecimentos, técnicas, procedimentos e capacidade de manusear os diferentes equipamentos disponíveis. O enfermeiro deve também ser capaz de antecipar situações de instabilidade de forma a intervir a tempo. Neste sentido, pode observar que algumas das técnicas desempenhadas são reanimação cardiorrespiratória que implica conhecimento de algoritmos de Suporte avançado de vida; permeabilização e manutenção da via aérea (entubação oro e nasotraqueal, traqueostomias, ventilação mecânica invasiva e não invasiva); “pacing” cardíaco; monitorização contínua de sinais vitais de forma invasiva e não invasiva; realização de exames complementares de diagnóstico no serviço como ecografias e broncofibroscopias; técnicas de substituição da função renal intermitentes e contínuas.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) que cita a Direção Geral da Saúde (DGS) (2020), em SMI os doentes podem ser classificados em doentes Nível I, Nível II e Nível III. O rácio enfermeiro/utentes deve ser considerado tendo em conta o nível de prestação de cuidados exigida, assim, em utentes nível III recomenda-se um rácio de 1 enfermeiro para cada doente.

O SMI da UHB recebe doentes Nível I, Nível II e Nível III. Esta classificação é feita tendo por base a necessidade de cuidados dos utentes e segundo o Parecer n.º20/2020

(2020) da OE, o Nível I preconiza uma monitorização não invasiva e capacidade de assegurar manobras e reanimação assim como articulação com outros níveis de cuidados; Nível II também designados por Unidades de Cuidados Intermédios, existe monitorização invasiva e suporte de funções vitais mas pode não proporcionar acesso permanente a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas; Nível III são os designados SMI e devem ter equipas dedicadas e qualificadas 24 horas presentes no serviço e, “pressupõem a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários”.

Em cada turno a distribuição dos utentes pelos enfermeiros é feita tendo em conta o nível de cuidados exigida por cada utente. Na Ala A, por norma, em cada turno estão presentes 5 enfermeiros e na Ala B estão 4 enfermeiros. Em caso de doentes nível I o enfermeiro pode assumir até 3 utentes, se o nível de cuidados for nível II cada enfermeiro pode assumir 2 utentes e, se forem doentes nível III se for possível o enfermeiro só assume um doente. Nos turnos da manhã contam com um elemento extra que é especialista em Enfermagem de Reabilitação e foca-se em prestar cuidados como especialista. O método de trabalho usado é o método individual, mas os elementos da equipa colaboram entre si. A enfermeira gestora ou o enfermeiro responsável de turno estão encarregues da distribuição dos doentes por enfermeiro.

Algumas das patologias com que tive contacto foram choques sépticos com disfunção multiorgânica, infeções e disfunções a nível respiratório, pneumonias com disfunções multiorgânicas graves, tromboembolismos pulmonares, alterações do estado de consciência e, cuidados pós paragem cardiorrespiratória (PCR). Pude ainda ter contacto com doentes de traumatologia e do foro cirúrgico nomeadamente na prestação de cuidados pós-operatórios a doentes com cirurgias intestinais complexas, tive oportunidade de observar uma rutura esofágica espontânea, hemorragias digestivas, entre outras. Tive ainda oportunidade de ter contacto com um doente potencial dador de órgãos e entender a dinâmica por trás da realização dos testes que permitem o diagnóstico de morte cerebral e os cuidados a ter.

Inicialmente as dificuldades por mim sentidas recaíram na especificidade dos cuidados prestados e da diversidade de técnicas existentes com as quais não tive contacto anteriormente. No entanto, sendo este o ensino clínico com o qual estava mais entusiasmada e com o qual mais me identifiquei procurei ultrapassar as dificuldades sentidas e evoluir de forma a adquirir autonomia e segurança na prestação dos cuidados.

Neste sentido e de forma a desenvolver os meus conhecimentos, frequentei neste período uma formação sobre Princípios de Enfermagem em Cuidados Intensivos (ANEXO I).

Procurei conhecer os protocolos instituídos no serviço e aplicá-los de forma a garantir cuidados de enfermagem mais seguros. Tive contacto com práticas e situações novas para mim como doentes com vias aéreas artificiais com suporte ventilatório invasivo (entubação orotraqueal e traqueostomias). Como elemento da instituição do Programa STOP infeção 2.0 já conhecia o protocolo de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI) o que contribuiu para que se respeita as normas e procedimentos do serviço e prestasse os cuidados adequados. Estão também em vigor protocolos de Prevenção e Controlo de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, Prevenção de Infeção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical, e Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, sendo feitas auditorias pelos elementos da equipa pertencentes à SPCIRA quando decorrem estes procedimentos.

Diariamente após cada passagem de turno, realizava-se o Huddle de segurança com a equipa multidisciplinar de forma a organizar-se melhor o trabalho para cada turno.

Tive contacto com doentes com ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação mecânica não invasiva (VMNI) podendo colaborar na preparação do material, ventilador e nos cuidados de enfermagem. Presenciei e ajudei em outros procedimentos como a colocação de CVC, cateter de diálise, linha arterial, drenos torácicos e, CV. Procurei sempre ter em consideração as normas do serviço de forma a manter os cuidados de assépsia e prevenir infeções associadas aos dispositivos. No decorrer do ensino clínico tive também contacto com terapêutica específica utilizada na sedação e analgesia dos utentes assim como colaborar com o meu orientador que é responsável pelo protocolo de gestão da dor.

Concluindo, este ensino clínico foi muito enriquecedor a nível técnico e teórico, mas além disso, foi-me inculcado pelo meu enfermeiro orientador no início de cada turno a fazer uma avaliação do utente antes de iniciar a prestação de cuidados de forma a identificar aquilo que poderia fazer pelo mesmo naquele dia e como podia melhorar a sua situação. Penso que isto seja essencial para prestarmos cuidados de enfermagem de qualidade e ajustados às necessidades do doente, assim como me permitiu ter uma outra visão da prestação de cuidados. No final consegui perceber o quão complexo pode ser o doente crítico em contexto de SMI, mas também o quanto é importante o papel do enfermeiro especialista na evolução do estado clínico do mesmo.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO**

A ambição, a necessidade de adquirir novos conhecimentos e de aprimorarmos a nossa prática enquanto enfermeiros contribui para que desde cedo estejamos dispostos para a necessidade de nos desenvolvermos enquanto profissionais e de uma constante procura de formas de prestarmos cuidados de excelência e de qualidade. Surge assim o percurso de enfermeiro de cuidados gerais até enfermeiro especialista.

É essencial que enquanto enfermeiros especialistas desenvolvamos competências que aliam os conhecimentos teóricos aos práticos de forma a fornecermos cuidados de qualidade e a responder aos desafios que possam surgir. Segundo a OE no Regulamento n.º 140/2019, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”.

As competências necessárias à profissão de enfermagem adquirem-se com o saber, mas há coisas que só a experiência e o contacto com novas realidades são capazes de nos fornecer e, desenvolver áreas como o saber ser o saber fazer.

A OE como entidade reguladora da profissão de Enfermagem definiu competências comuns do enfermeiro especialista que são transversais a todas as áreas de especialidade e, competências específicas para cada área de especialidade. As competências comuns que cada enfermeiro especialista deve possuir seja qual for a área de especialidade encontram-se definidas no Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da OE. A especialidade em EMC encontra-se dividida em quatro áreas de especialidade, sendo que as competências mencionadas neste relatório dizem respeito à área de especialidade à pessoa em situação crítica.

Neste capítulo é feita uma análise crítica e reflexiva das competências obtidas e desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos sejam elas comuns ao enfermeiro especialista ao especialista e específicas tendo em conta a área de especialidade. Os estágios desenvolvidos foram enriquecedores e valiosos para a minha formação e, como tal, pretende-se demonstrar que as competências definidas pela OE nos enfermeiros foram adquiridas através de atividades e da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A aprendizagem é um processo contínuo e influenciado pelas experiências que adquirimos ao longo do nosso percurso, no entanto, enquanto profissionais da área da

saúde é essencial investir na nossa formação e aprofundar conhecimentos para prestarmos cuidados de alta qualidade. O curso de Mestrado em EMC contribui para o desenvolvimento de conhecimentos teóricos aliando os mesmos com a prática nos ensinamentos clínicos. Da associação entre a teoria e prática surge a necessidade de refletirmos sobre a prática de enfermagem e de fundamentarmos os nossos atos e tomada de decisão de acordo com a evidência científica.

Inicialmente serão abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e de seguida as competências comuns da área de especialidade em EMCPC. As competências serão analisadas considerando as aprendizagens desenvolvidas ao longo dos três ensinamentos clínicos. Durante este percurso procurei também desenvolver-me enquanto pessoa e profissional, estar aberta a outras realidades e disponível acima de tudo para aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem que pudessem surgir, sem nunca esquecer de reconhecer as minhas limitações e de questionar quando não sabia.

## **2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

Preconiza-se que o enfermeiro especialista além de possuir competências na sua área de especialidade, desenvolva “competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (Regulamento 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p. 4744). As competências específicas do enfermeiro especialista são um aperfeiçoamento das competências inerentes à prática da enfermagem que o enfermeiro de cuidados gerais tem e que lhe permitem atuar em diferentes áreas de Enfermagem e em diferentes contextos da prática clínica.

As competências comuns enquanto enfermeiro especialista adquiridas no âmbito desta especialidade constam no Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, emitido pela OE e, são: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio da melhoria contínua da qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e; Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste capítulo irei realizar uma análise crítica e reflexiva de carácter pessoal, das atividades e competências desenvolvidas em cada um dos domínios supracitados e que se encontram descritos no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, durante os

ensinos clínicos de forma a demonstrar a aquisição destas competências enquanto futura enfermeira especialista.

### **2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

O exercício profissional do enfermeiro é regulado e fundamentado em princípios éticos e deontológicos que se encontram definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências que se espera que o enfermeiro adquira neste domínio são “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e, “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

De acordo com o REPE, Decreto-Lei n.º 161/96 publicado em Diário da República, Artigo 8.º “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”

Neste domínio procurei no decorrer dos ensinos clínicos atender e respeitar as normas profissionais e seguir as práticas recomendadas, sem nunca perder de vista o respeito pelos direitos e dignidade humana dos utentes e, tentar responder às suas necessidades sem nunca esquecer que na nossa prática devemos ter em consideração os valores éticos, deontológicos e jurídicos que orientam a profissão de enfermagem, mas também respeitar os valores e crenças dos doentes.

De acordo com os Padrões de Qualidade da OE (2001), no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Considerando a prestação de cuidados à PSC, muitas vezes enquanto profissionais não nos é possível estabelecer uma comunicação eficaz com estes doentes pela especificidade das patologias e pelo facto de muitas vezes serem doentes que por se encontrarem sedados não são capazes de comunicar. Nesta realidade, é essencial que enquanto profissionais

tenhamos competências científicas, técnicas e humanas que nos permitam prestar cuidados de forma holística aos doentes mesmo quando não somos capazes de comunicar como gostaríamos.

Considerando ainda a Lei 156/2015 publicada em Diário da República, de acordo o o Artigo 99º o enfermeiro deve respeitar a liberdade e dignidade da pessoa humana e, deve preservar valores como a igualdade, a liberdade e capacidade de escolha, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e, a competência e aperfeiçoamento profissionais. E, segundo o Artigo 100º o enfermeiro deve cumprir as normas deontológicas e leis que regem a profissão, responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.

Na prática diária somos confrontados com processos de tomada de decisão e estes podem nem sempre ser tão fáceis e claros como gostaríamos. Estas decisões por norma são tomadas tendo por base os nossos conhecimentos científicos e técnicos, a nossa experiência profissional, a complexidade clínica das situações, a perspetiva da equipa multidisciplinar, os diferentes contextos de trabalho e, sem nunca esquecer, a perspetiva, valores e crenças dos doentes. No entanto, todas as decisões devem ser fundamentadas e salvaguardadas de acordo com as normas orientadoras da profissão, só assim fui capaz de intervir junto da pessoa em situação crítica respeitando este domínio de competência.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), o enfermeiro deve exercer a sua profissão respeitando a vida e a dignidade humana e, cumprir e zelar pelo cumprimento a legislação referente ao exercício da profissão.

Considerando o exposto em cima apresentado, a longo dos ensinamentos clínicos procurei ser assertiva e demonstrar segurança na prestação de cuidados à PSC, reconhecendo que estando num ambiente novo e diferente, com equipas com as quais não estava familiarizada e com a complexidade de algumas situações, nem sempre foi fácil e por vezes não tinha uma resposta imediata para a situação o que foi facilitado pela presença e apoio constante dos enfermeiros tutores.

Também é importante refletir que neste contexto de prestação de cuidados em que por vezes tentamos reanimar os doentes sem conhecermos a sua vontade, desejos e crenças, devemos salvaguardar o respeito pela vida e atuar de acordo com o que se entende ser o melhor interesse do doente e, neste caso, atuamos tendo em conta o princípio da beneficência e não maleficência e, recorremos ao consentimento presumido.

Enquanto enfermeiros temos o dever do sigilo profissional o que implica, segundo o Estatuto da OE publicado como Lei n.º 156/2015, Artigo 106º que toda a informação obtida deve ser algo de segredo profissional e confidencial e, que a informação obtida só deve ser partilhada com aqueles implicados no plano terapêutico. Assim, durante os estágios procurei assegurar a confidencialidade da informação relativa aos doentes com que tive contacto e, antes de transmitir informações, conhecer a vontade do doente e, em caso deste ser incapaz, conhecer o familiar que pretendia obter as informações de forma a determinar se este era significativo para o utente.

Procurei não me esquecer dos princípios éticos como o respeito da dignidade e direitos humanos, o tratameto justo e igualitário, o direito à confidencialidade, respeitar a autonomia dos utentes na tomada de decisão e cosnentimento informado assim como o princípio da beneficiência e não maleficência.

As questões éticas estão sempre presentes e considero que é fundamente formar uma parceria com os doentes e família/cuidador sendo que aqui oe stabelecimento de uma comunicação e relação terapêutica com os mesmos é essencial e o que nos permitir conhecer o doente de forma holística e tomar decisões que vão de encontro à sua vontade. Assim, procurei fomentar uma comunicação positiva e aproveitar momentos com a prestação de cuidados para aplicar estratégias de comunicação terapêutica verbal e não-verbal.

É importante refletirmos também sobre a importância da nossa profissão e o quanto as nossas decisões afetam os doentes assim, procurei implementar estratégias de enfermagem no plano de cuidados que tivessem um resultado positivo, sempre sob supervisão e orientação dos enfermeiros tutores. Desta forma, planeei, executei e, ao longo dos turnos fui discutindo com o enfermeiro orientador se as intervenções estavam a ter o resultado esperado ou se deveriam ser ajustadas. Como especialista, estas reflexões têm ainda mais importância pois estamos em posse de maior conhecimento técnico e científico em relação ao doente crítico.

A organização física de serviços com o SU e o SMI por serem locais mais abertos, assegurar a privacidade e intimidade dos doentes por nem sempre ser uma tarefa fácil. Desta forma procurei ter em atenção este aspeto e recorrer a estratégias como: tapar o utente, fechar as cortinas, utilizar biombos, limitar o número de pessoas presentes ao prestar cuidados, quando possível utilizar gabinetes que me permitissem fechar as portas,

utilizar um tom de voz mais baixo, mas perceptível ao utente. Este meu comportamento reflete o respeito pelo doente enquanto pessoa e pela sua privacidade e dignidade, de forma a não o colocar numa posição de maior fragilidade e constrangimento.

Concluindo, enquanto enfermeiros o cumprimento das competências profissionais, legais, éticas e deontológicas são essenciais para garantir a qualidade dos cuidados prestados, a integridade profissional e, o respeito pela vida, direitos e dignidade humana. É isto que nos permite a prestação de cuidados holísticos, éticos e competentes que promovam saúde, o bem-estar e, contribuam para a confiança e respeito pela profissão. Uma vez que todas as nossas decisões afetam os doentes é fundamental sermos protadores de conhecimentos que nos permitam sempre fundamentar as nossas práticas de forma ética e legal, respeitando sempre os direitos e a dignidade humana. Com base nas ideias e reflexões expostas neste capítulo pode-se concluir que foram desenvolvidas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

### **2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Segundo o Regulamento n. °140/2019, as competências que se espera que o enfermeiro desenvolva no domínio da melhoria contínua da qualidade 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 seguro”.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001), “definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros” e, criar sistemas de qualidade em saúde é uma prioridade, de forma que se reconhece a importância de implementação de estratégias que visem a melhoria continua da qualidade.

Os Padrões de Qualidade são então uma ferramenta de que os enfermeiros dispõem para proporcionar melhoria do exercício profissional e dos cuidados prestados além de garantirem cuidados de enfermagem seguros, eficazes e centrados nos doentes. Como especialista reconheço a importância de conhecer os Padrões de Qualidade. Segundo o Colégio da Especialidade da Enfermagem Médico-cirúrgica da OE (2017), os Padrões de

Qualidade relacionados à Especialidade em EMCPSC são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Nos diferentes estágios houve oportunidade de trabalhar cada um destes padrões durante a prestação de cuidados à PSC além da participação e colaboração em projetos de melhoria contínua da qualidade que se encontram implementados a nível hospitalar e dos serviços e, a promoção da adesão a melhores práticas clínicas. Além dos protocolos, mas elaborados, é também fundamental não nos esquecermos do básico como a correta higienização das mãos, uso de equipamento de proteção individual, triagem de resíduos e correta manipulação e administração de terapêutica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), não existe uma definição de qualidade universalmente aceite, embora se entenda que implica “influenciar positivamente os resultados em saúde, tanto a nível individual como da população, realçando a importância central das evidências e dos conhecimentos profissionais”, os cuidados de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros, centrados nas pessoas e, para os cuidados serem de qualidade os serviços de saúde devem ser oportunos, equitativos, integrados e, eficientes.

A melhoria continua da qualidade resulta de um processo sistemático e contínuo de procura pelas melhores técnicas e procedimentos para garantir a excelências dos cuidados prestados. Para tal, é essencial identificarmos áreas em que é possível melhorar, implementar e testar mudanças e, analisar os resultados obtidos. Deve ser um esforço de toda a equipa para que as estratégias sejam implementadas de forma eficaz e resultarem em cuidados uniformizados e mais seguros.

Apesar de reconhecer a especificidade de cada serviço e o facto de cada um aplicar normas e protocolos, a uniformização dos cuidados permite aos profissionais de enfermagem executar as técnicas diferenciadas ao doente crítico da mesma forma, minimizando erros e promovendo cuidados seguros e de qualidade. Em contexto de SU colaborei no preenchimento de check-list da Sala de Emergência, verificação do carrinho de emergência e testagem do monitor desfibrilhador.

A ULSNE faz parte das unidades de saúde que aderiram ao projeto STOP Infeção 2.0 que é um projeto do SPCIRA em parceria com a DGS e a Fundação Calouste Gulbenkian

(FCG) e o apoio técnico-científico do Institute for HealthCare Improvement (IHI) e, tem como objetivo reduzir a incidência de cinco tipos de infecção hospitalar em 50%, no prazo de 3 anos. (DGS, 2020)

As infecções em que o programa incide são: Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical (ITUACV), Infecção da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IRCVC), Pneumonia Associada à Intubação (PAI) e, Infecção do Local Cirúrgico (ILC). Estas são infecções nosocomiais, ou seja, que podem ser associadas aos cuidados de saúde e a más práticas.

Enquanto profissional, no meu serviço sou elo de ligação do SPCIRA e, como tal, tive oportunidade de conhecer este projeto mais de perto e de assistir a formações e sessões de aprendizagem online neste âmbito o que sinto que foi uma mais-valia para conseguir aplicar os feixes de intervenção aquando dos ensinamentos clínicos como aluna de mestrado e especialidade e, contribuir para criar um ambiente seguro para os doentes e reduzir as taxas de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Houve a oportunidade de acompanhar como são feitas as auditorias de adesão aos feixes de prevenção de infeção em cada serviço pelos elos de ligação ao SPCIRA sendo que é dado feedback ao enfermeiro auditado e conhecimento dos aspetos que deve melhorar. Mensalmente os dados também são inseridos numa plataforma e posteriormente analisados e os serviços informados caso tenham alguma infeção.

Procurei conhecer a metodologia usada em cada serviço para a transmissão de informação sobre os utentes de forma a ter uma participação ativa e de acordo com as normas, permitindo minimizar o erro para os utentes. Procurei conhecer os utentes de forma a identificar mais facilmente as suas vontades e necessidades e atuar como estes gostariam, sempre que possível tentei envolver a família na prestação de cuidados incluindo a gestão de alta, respeitei as normas de preparação e administração de terapêutica assim como a vigilância para despiste de possíveis efeitos adversos, procurei fazer registos das intervenções da forma mais correta e completa respeitando a linguagem CIPE e, procurei prestar cuidados de enfermagem especializados ao utente com base na evidência científica em contexto de doente crítico, urgência e emergência.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, “o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”. A elaboração de

programas de melhoria contínua permite cuidados de enfermagem uniformizados, seguros e, orientados por normas e procedimentos institucionais. Garantir a qualidade dos cuidados prestados aos utentes é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde e assume cada vez mais importância pela crescente literacia dos doentes e familiares que contribui para o aumento da expectativa da qualidade dos cuidados que irão receber aquando do internamento.

No meu percurso enquanto aluna de especialidade por falta de tempo disponível não consegui elaborar um programa de melhoria contínua que pudesse ser aplicado. No entanto, procurei conhecer as normas e protocolos estabelecidos nos serviços e na instituição pois estes são uma guia da forma como devemos atuar em cada situação. Estes são de fácil acesso nos serviços e encontram-se disponíveis quer em suporte de papel quer em suporte digital. Em contexto do SMI pude colaborar com o meu enfermeiro tutor no programa que ele elaborou que diz respeito à gestão da dor, também foi identificada a pertinência da existência de um protocolo de indução de sedo analgesia e, respeitei os feixes de intervenção do Programa STOP Infeção 2.0. No serviço de Hemodiálise colaborei na aplicação do protocolo relativo à Prevenção de Infeção Associada a Cateter Venoso Central junto com a minha enfermeira tutora aquando da realização de auditorias, assim à higienização das mãos. No SU procurei respeitar e incentivar a aplicação da técnica ISBAR na passagem de informação dos utentes.

A existência de programas de melhoria da qualidade permite a uniformização dos cuidados o que do meu ponto de vista assume extrema importância no doente crítico uma vez que este necessita de uma vigilância mais apertada e de cuidados mais especializados, contribuindo para a segurança na prestação de cuidados e minimizar erros.

A gestão da qualidade dos cuidados deve passar pelo olho crítico do enfermeiro. Como especialistas devemos ser capazes de identificar oportunidades de melhoria, planear intervenções, implementar programas que nos permitam prestar melhores cuidados e, avaliar os resultados que os mesmos têm. Devemos conhecer padrões e indicadores de qualidade de maneira que os possamos aplicar no nosso dia-a-dia. Assim, estar a par da mais atual evidência científica é um elemento-chave na prestação de cuidados.

Após reflexão, considero que enquanto enfermeiros especialistas devemos ser responsáveis por prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade e, estando o doente crítico muitas vezes sujeito a diversas intervenções invasivas, com o recurso a

diferentes técnicas, materiais e exames complementares de diagnóstico e tratamento, é essencial a existência de protocolos que guiem a prática clínica. Por tudo o que foi exposto em cima considero que no decorrer dos ensinamentos clínicos adquiri competências específicas no âmbito da melhoria contínua da qualidade, sendo que considero que conhecer os programas do STOP Infecção 2.0 foi uma vantagem para aplicar de forma mais eficaz os protocolos nos serviços.

### **2.1.3. Domínio da gestão de cuidados**

De acordo com o descrito no Regulamento n.º 140/2019, Artigo 7.º, no âmbito da gestão de cuidados o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto de forma a garantir a qualidade dos cuidados. O enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das suas tarefas” e, “na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades dos cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Neste âmbito procurou-se aprofundar as competências de gestão enquanto enfermeira, quer de recursos materiais quer humanos, compreender os métodos de gestão vigentes e a sua adaptar os recursos conforme necessidades do serviço. O enfermeiro especialista muitas vezes assume o papel da responsabilidade da gestão dos cuidados dentro de uma equipa lidando durante o turno com questões mais burocráticas.

Temos de olhar para a gestão dos cuidados englobando a gestão dos recursos humanos, dos recursos materiais, de equipamentos, da estrutura física assim como dos cuidados prestados. Enquanto profissionais devemos desenvolver estratégias e competências que nos permitam uma melhor gestão dos cuidados prestados de forma a garantir que estes são eficientes, seguros, centrados nos doentes e, com resultados positivos. De acordo com as minhas vivências considero que uma boa gestão de cuidados deve ser feita em colaboração com a equipa multidisciplinar de forma a serem suprimidas todas as necessidades dos utentes.

A gestão de cuidados de enfermagem desempenha hoje, e mais do que nunca, um papel preponderante para o alcance de metas como a qualidade, a eficiência e a eficácia, nos cuidados de saúde em Portugal. (Ribeiro, 2012)

A gestão dos recursos materiais é essencial para garantir a prestação de cuidados e implica gerir consumíveis, serviços e equipamentos. Em cada serviço verifiquei a existência de materiais comuns e específicos a cada área. Nos serviços por onde passei a gestão de stocks encontrava-se a cargo dos enfermeiros gestores e dos assistentes operacionais. A reposição do material é feita com base em níveis e, os pedidos são efetuados tendo em conta o stock disponível e os gastos previstos.

Segundo a OE (2001), “na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.”

Ao longo dos estágios procurei familiarizar-me com a equipa multidisciplinar e com a rotina de prestação de cuidados de forma a obter outra visão da prestação de cuidados, conhecer a dinâmica dos serviços e, participar na tomada de decisão em conjunto com a equipa multidisciplinar. A gestão dos cuidados passa também pela gestão do nosso tempo aquando da prestação de cuidados assim que, devemos fazer uma avaliação constante dos doentes e ir adaptando o plano de cuidados às necessidades identificadas. A tomada de decisão deve ser justificada de forma científica assim que procurei constantemente aprofundar conhecimentos.

Trabalhar com uma equipa multidisciplinar na gestão e cuidados configura-se uma vantagem uma vez que se cria uma ligação entre a equipa e, os elementos acabam por se motivar e ajudar mutuamente, possibilitando uma avaliação conjunta dos doentes e cuidados mais ajustados. Verifiquei também a colaboração entre a equipa de enfermagem e os assistentes operacionais e a forma como são delegadas tarefas aos mesmos como a prestação de cuidados de higiene e a alimentação, sem nunca esquecer que devemos garantir a supervisão destas tarefas e assegurar que as mesmas são prestadas com segurança e qualidade.

Nos serviços onde realizei os estágios procurei junto dos enfermeiros gestores aprofundar conhecimentos sobre as dotações seguras de cada serviço, perceber a formação das equipas e, entender a forma como a distribuição das mesmas era feita. Assim, no serviço de Hemodiálise tive a oportunidade de realizar turnos com a enfermeira gestora e com a enfermeira responsável na ausência da mesma, colaborando na gestão de recursos humanos, materiais e resolução de problemas. Em contexto de SMI quando o meu enfermeiro tutor assumia o papel de responsável de turno tive oportunidade de colaborar

com ele nas tarefas inerentes à função e, na distribuição de doentes por enfermeiro, tentando respeitar os rácios preconizados.

Nos três locais de ensino clínico constatei que na ausência do enfermeiro gestor existem enfermeiros responsáveis que em parceria com o gestor ou na ausência do mesmo asseguram a coordenação do serviço. Durante a prestação de cuidados o enfermeiro especialista assumiu um papel de destaque e diferenciador sendo um elemento que junto dos colegas era uma referência, colaborando na prestação de cuidados e supervisão dos mesmos, garantindo segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. Por norma, era um enfermeiro especialista em EMC a assumir o papel de responsável na ausência do gestor o que demonstra a importância da aquisição de competências na organização da equipa, dos cuidados prestados, na gestão de recursos e na resolução de problemas.

A gestão dos cuidados de enfermagem e dos serviços configura-se um desafio para as equipas havendo a necessidade de existir um equilíbrio entre os recursos disponíveis e os necessários de forma a responder às necessidades dos serviços sem prejudicar a prestação de cuidados. Através das atividades desenvolvidas considero que ao longo dos ensinamentos clínicos consegui desenvolver e adquirir competências na área da gestão dos cuidados.

#### **2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens**

Preconiza-se que neste domínio o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e assertividade e, baseie a sua praxis clínica especializada em evidência científica. (Regulamento n.º 140/2019)

Enquanto enfermeira a decisão de ingressar e frequentar um Mestrado e Especialidade numa área de Enfermagem é um desafio, mas configura-se como o primeiro passo para aprofundar conhecimentos e técnicas enquanto profissional. Durante os ensinamentos clínicos procurei desenvolver conhecimentos em áreas que não me eram tão familiares e que considerei serem essenciais para a evolução enquanto enfermeira especialista, desde patologias a intervenções e protocolos existentes. É esta evolução de conhecimentos que nos permite crescer pessoal e profissionalmente ao longo do nosso percurso e, a prática permitiu associar os conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares do mestrado à prática clínica.

Segundo o Código Deontológico da OE (2015), no artigo 96º preconiza-se que o enfermeiro tem direito “as condições de acesso à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional”; segundo artigo 97º devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” e; no artigo 100º diz ainda que deve “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de acções de qualificação profissional”.

Nos diferentes campos de estágio foi feita uma reflexão pessoal das minhas competências e capacidades e sobre as minhas motivações profissionais. Tal refletiu-se em momentos de autoavaliação que foram realizados com os enfermeiros tutores que me permitiu identificar pontos forte se pontos fracos que necessitam de ser trabalhados. Estes momentos de partilha são essenciais uma vez que o feedback externo nos permite ter outra visão da imagem que transmitimos enquanto profissionais e nos aperfeiçoar as práticas de enfermagem com o doente crítico. Procurei ao longo do mestrado trabalhar esta reflexão sobre mim mesma enquanto pessoa e profissional através do desenvolvimento do meu autoconhecimento, reconhecer os meus limites e os meus pontos fortes enquanto profissional. Para mim o mais complexo de gerir foram situações de emergência por reconhecer ser a área onde me senti menos capaz a nível teórico e pelo stress envolvido, no entanto, procurei ao longo das semanas desenvolver conhecimentos e atitudes que me permitissem combater esta falha.

A formação continua contribui para a prática do enfermeiro e permite ao mesmo refletir sobre as suas práticas. Assim, no decorrer dos ensinamentos clínicos procurei aprofundar conhecimentos sobre o doente crítico e outras áreas que me despertaram a atenção, realizando pesquisa em bases científicas de forma a prestar melhores cuidados e a justificar a minha prática. Procurei também ser facilitadora da aprendizagem e aproveitar todas as situações novas que surgiam. Frequentei durante este período algumas formações como o II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (Anexo II) e, um curso de Comunicação em Saúde (Anexo III). Colaborei também na elaboração de um poster para o I Congresso de Medicina Interna da ULSNE subordinado ao tema “Prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical – projeto de melhoria” (Anexo IV).

De modo a aprofundar competências neste domínio e fazendo parte do plano de estudos deste mestrado, foi desenvolvido um estudo de investigação sobre a “Perceção dos enfermeiros sobre a utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica”. De forma a partilhar os resultados e os conhecimentos obtidos com este estudo foi submetido um artigo tendo por base o trabalho de investigação desenvolvido na Revista Millenium. (Anexo VI)

Procurei compreender melhor a forma de atuação e estudar, de forma a enriquecer as competências e conhecimentos adquiridos na prática. Considero que consegui desenvolver competências em novas áreas do doente crítico como, por exemplo, a prestação de cuidados de enfermagem a doentes com ventilação mecânica invasiva, técnica dialítica e, monitorização invasiva. Desenvolver conhecimentos é o que nos pode permitir detetar precocemente problemas e complicações no doente crítico além de nos dotar de um pensamento crítico e reflexivo. Isto resulta também da reflexão e da partilha de opiniões e experiências entre os profissionais.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais do meu ponto de vista é um processo dinâmico e contínuo que enquanto enfermeiros nos acompanhada ao longo de toda a carreira. Considero que ao longo dos ensinamentos clínicos fiz uma aprendizagem contínua de forma a prestar melhores cuidados à PSC. Tendo em consideração o exposto neste capítulo considero que adquiri competência e experiência neste domínio de especialidade contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

## **2.2. Competências específicas em enfermagem à pessoa em situação crítica**

Segundo o Regulamento n.º 124/2011 publicado em Diário da República a 18 de fevereiro, “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência 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 à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a

situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

As competências específicas entende-se como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento n.º 140/2019, pág. 4745)

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 publicado em DR, 2.ª série n.º 135 de 16 de julho de 2018, a especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, devido à grande abrangência que apresenta, divide-se em áreas de acordo com os destinatários da prestação de cuidados: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Segundo o mesmo regulamento as competências na área de enfermagem à PSC são: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Estas competências e a nossa atuação enquanto especialistas deve também ir de encontro aos Padrões de Qualidade estabelecidos pela OE em 2017 uma vez que estes servem de referência e guia para a prestação de cuidados e, são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar a o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

No capítulo seguinte será feita uma reflexão crítica do meu percurso no decorrer nos ensinamentos clínicos e de como as aprendizagens e situações abordadas durante os mesmos contribuí para a aquisição de competências específicas relacionadas com a PSC que se encontram explícitas no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, Anexo I, “os processos médicos e cirúrgicos complexos dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliar e comunitário”. O mesmo regulamento, no Anexo II, refere que “os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida”.

Cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica requer por parte do enfermeiro especialista observação, colheita, procura contínua e sistemática de informação, de forma a conhecer continuamente a situação clínica da pessoa/família/cuidador alvo dos cuidados de enfermagem, assim como prever e detetar precocemente complicações para assegurar uma intervenção em tempo útil que seja eficiente e precisa. A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são essenciais. (Regulamento n.º 429, 2018, pág. 19363)

Cuidar da pessoa em situação crítica exige coordenação entre a equipa multidisciplinar além da exigência de conhecimentos teóricos e práticos para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que permitam a prevenção de complicações e, a recuperação do indivíduo. Não nos podemos esquecer de que os cuidados prestados envolvem o doente, mas atambém a sua família/cuidador.

No decorrer dos estágios tive diversas oportunidades de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, possibilitando o desenvolvimento de aquisição de novas técnicas e competências, melhor organização de cuidados e, prevenção de complicações associadas.

Foi necessário procurar desenvolver conhecimentos teóricos de situações, patologias e fármacos com as quais não estou habituada a lidar no dia-a-dia. As partilhas efetuadas com os enfermeiros tutores foram momentos de aprendizagem valiosos pois procuraram transmitir-me todos os conhecimentos possíveis para fazer de mim melhor profissional.

De forma a adquirir competências neste domínio, no SU procurei estar mais presente em contexto de sala de emergência e sala laranja e em SMI procuramos prestar cuidados a doentes nível III. Em ambos os locais foi possível observar e colaborar em todas as

situações, fazendo progressos na segurança a prestar cuidados ao doente crítico e, foi-nos permitido prestar cuidados de forma autónoma com supervisão dos enfermeiros tutores.

Em contexto de SU e de forma a entender melhor o percurso que o doente e como é este encaminhado para as diferentes áreas, tive oportunidade de assistir ao processo de triagem, onde se aplica o protocolo de Triagem de Manchester. Este sistema define uma prioridade de atendimento tendo em conta uma avaliação breve do doente e dos sintomas que apresenta. Este protocolo identifica os seguintes níveis de prioridade: azul (caso não urgente), verde, amarelo, laranja e vermelho (emergência imediata). Os enfermeiros que realizam triagem têm de ter formação específica na área.

Também no contexto de priorizar atendimento de forma a encaminhar mais rapidamente certas patologias, estão implementadas também as seguintes Vias Verdes (VV): VV do Acidente Vascular Cerebral (AVC), VV Coronária, VV Trauma e, VV Sepsis. Nos casos do AVC e do enfarte agudo do miocárdio (EAM) são patologias cujo sucesso depende do tempo, assim que uma rápida identificação e atuação são essenciais.

Não esquecendo as bases de Enfermagem, toda a avaliação dos doentes seja qual for o contexto de trabalho é guiada pela abordagem ABCDE em que se pretende identificar prioridades de atuação sendo que: “A” representa Via aérea, “B” é de Ventilação, “C” de circulação, “D” de disfunção neurológica e, “E” é de exposição com controlo da temperatura.

Houve a oportunidade de participar em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) onde foi possível colocar em prática diversos conhecimentos e técnicas, assim como o algoritmo do SAV segundo a American Heart Association (AHA). Nestas situações cada elemento da equipa tem um papel bem definido e todos são orientados pelo Team Leader, que nas situações presenciadas era um médico intensivista. Foi possível observar a dinâmica da equipa e a importância da colaboração interdisciplinar nestas situações de grande pressão e exigência para os profissionais. As situações de PCR podem terminar ou não na reanimação da vítima e, se as manobras não estiverem a ter sucesso o team leader em discussão com a restante equipa e após uma avaliação cuidadosa, é responsável por determinar o fim das manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

Perante esta situação e outras que surgiram entendi a importância de em turnos anteriores ter explorado a organização da sala de emergência uma vez que me permitiu ficar a conhecer o local onde se encontravam os equipamentos e os materiais necessários. No

início de cada turno o enfermeiro responsável pela sala de emergência era também responsável por testar os ventiladores, monitores, desfibriladores, laringoscópios, rampa de oxigénio e de aspiração e reposição de material de modo a garantir que tudo se encontrava operacional. Verifiquei que também de forma a facilitar as intervenções na sala de emergência existiam kits preparados para algumas intervenções como algaliação, entubação nasogástrica, colocação de drenos torácicos, entre outros.

Tanto em contexto de SU e de SMI tive oportunidade de colaborar no transporte de doentes a realização de exames complementares de diagnóstico na instituição. Isto configura-se um desafio pois é necessário garantir a estabilidade e segurança dos doentes, além de garantirmos que levamos todo o material que possa ser necessário e antecipar riscos e complicações que possam ocorrer. É essencial sermos organizados e mantermos uma vigilância apertada dos doentes mesmo a realização dos exames de forma a intervir atempadamente se for necessário.

Tal como consta no enunciado desta competência, cuidar da PSC envolve também cuidar da sua família/cuidador e, apesar de no contexto de SU se poder configurar um desafio adicional pela grande afluência e excesso de trabalho e no SMI pela necessidade de cuidados exigida, verifica-se o cuidado de incluir a família/cuidador nas dinâmicas dos serviços. Em ambos os serviços existem horários de visita e permitem que os familiares permaneçam junto dos doentes o tempo que necessitarem e, nestes momentos é também facilitada a comunicação quer com a equipa médica quer com a equipa de enfermagem. Procuramos junto dos familiares estabelecer uma comunicação e relação terapêutica, com comunicação empática de adequada de forma que estes se sentissem incluídos na prestação de cuidados ao seu ente querido. Já há situações em que as famílias são mais incluídas no plano de cuidados como no SMI onde existe uma “sala da família” onde os profissionais se reúnem com a família do doente para falarem sobre a situação clínica do mesmo e, é permitido aos familiares expressar os seus sentimentos e preocupações.

Considero também que a gestão da dor deve ser um foco que devemos valorizar enquanto profissionais e é um sinal vital do qual não nos devemos esquecer. Devemos explorar sempre as queixas dos utentes de forma a proporcionar-lhe o maior conforto possível. Como enfermeiros somos essenciais na prevenção e controlo da dor pois somos os profissionais com maior número de horas de contacto com os doentes. Nos serviços existem protocolos de gestão da dor e podemos recorrer a medidas de alívio da mesma

farmacológicas e não farmacológicas. Utilizamos como instrumentos de avaliação da dor a escala numérica e, em SMI a escala Behavioral Pain Scale (BPS).

A comunicação em enfermagem é essencial para garantir a segurança do utente nomeadamente na transmissão de informação aos colegas quer seja em transferência de serviços quer seja durante a passagem de turnos de forma a diminuir-se o risco de eventos adversos. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, “o Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco”. Em todos os ensinamentos clínicos procurei desenvolver capacidades de comunicação com o utente e família/cuidadores que me permitissem prestar cuidados respeitando a visão holística do doente e, de forma, a tentar transmitir empatia e construir uma relação de confiança e terapêutica. Por vezes com a PSC podemos enfrentar dificuldades na comunicação considerando as barreiras existentes como as patologias dos doentes e o ruído envolvente, daí na parte de investigação deste relatório ter incidido sobre estratégias de comunicação terapêuticas utilizadas com o doente crítico. Acredito também que a nossa capacidade de comunicação e de estabelecimento de relação terapêutica é aquilo que enquanto profissionais nos permite prestar assistência ao utente e família/cuidador que por vezes procuram apenas uma palavra de conforto e apoio por parte da equipa.

Em todas as situações os registos de enfermagem são essenciais para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados e garantir a continuidade dos mesmos. São também uma ferramenta de comunicação entre os profissionais uma vez que podem ser consultados por médicos e enfermeiros. Os registos permitem-nos conhecer o histórico dos doentes garantindo a segurança dos mesmos e cuidados de qualidade. No âmbito dos ensinamentos clínicos tive oportunidade de trabalhar no SU com o Sclínico e no SMI com o programa Bsimple Patient Care que é específico para este serviço.

Em contexto de SMI tive contacto com doentes com diversas patologias do foro de medicina, cirúrgico e ortopédico, por vezes com diagnósticos e exigência de técnicas complexas pelo que houve oportunidade de prestar cuidados diversos à PSC.

Uma das técnicas comuns a doentes internados em SMI é a monitorização eletrocardiográfica contínua dos parâmetros vitais. Neste sentido senti a necessidade e aprofundar conhecimentos relativamente a interpretação dos traçados

eletrocardiográficos e as suas alterações de acordo com as situações clínicas dos doentes. A monitorização utilizada implica uma técnica mais avançada e rigorosa uma vez que a pressão arterial é avaliada de modo invasivo pela inserção de uma linha arterial que permite uma leitura constante e mais rigorosa dos valores. Esta linha arterial requer vigilância e tratamento por parte do enfermeiro uma vez que podem ocorrer complicações como hematomas, trombozes e compromisso vascular, mas também nos permite colher diretamente sangue para análise e para gasimetria arterial que se configura de especial importância em doentes ventilados pelos resultados dos valores de oxigénio e dióxido de carbono, entre outros. A colocação da linha arterial é realizada por parte do médico com colaboração com o enfermeiro que ajuda na preparação do material e na técnica se for necessário.

É também comum em SMI, pela necessidade de terapêutica complexa e várias perfusões simultaneamente, os doentes apresentarem CVC de vários lúmens. A colocação do mesmo é feita pela equipa médica com auditoria de um elemento da equipa de enfermagem elo de ligação ao SPCIRA de forma a prevenir a infeção associada a CVC. A manutenção dos acessos é da responsabilidade da equipa de enfermagem, por isso tive oportunidade de fazer a manutenção e desinfeção dos mesmos além da administração de diversas perfusões e de trocas de sistemas de perfusão. Muitas vezes vemos o CVC ser utilizado para perfusão de terapêutica vasoativa na qual enquanto enfermeiros temos de ter uma vigilância apertada na monitorização da pressão arterial para a mantermos dentro dos valores pretendidos para cada doente assim como o despiste de complicações como necrose das extremidades. Este também permite a administração de grandes volumes de soro e de hemoderivados o que pode ser necessário em doentes politraumatizados e em choque. Além disso são também utilizados para manter em perfusão terapêutica de sedo analgesia quando necessário para mantermos os doentes sedados, por exemplo, em caso de se encontrarem ventilados.

Houve também a oportunidade de prestar cuidados à PSC com necessidade de VMI muito usada em SMI para promover a oxigenação e ventilação de doentes em falência respiratória. A VMI implica a inserção de um tubo orotraquel (TOT) ou da realização de uma traqueostomia percutânea, técnicas nas quais tivemos a oportunidade de observar e de participar ativamente. Neste sentido tivemos também oportunidade de colaborar na preparação do material de entubação e na manipulação do ventilador, assim como perceber como feito o ajuste do modo de ventilação utilizado e dos parâmetros

ventilatórios que podem ser programados e ajustados às necessidades de cada doente. Na prestação de cuidados ao doente ventilado procuramos respeitar a norma da Prevenção PAI que incluía a verificação da pressão do cuff endotraqueal, correta fixação do tubo, elevação da cabeceira a cerca de 30° para prevenção de broncoaspiração, realização da higiene oral e, aspiração de secreções traqueobrônquicas pelo TOT. Nestes doentes é também importante estarmos dispostos para os diferentes alarmes do ventilador para intervirmos consoante os mesmos. No caso dos doentes ventilados, o enfermeiro desempenha também um papel essencial no desmame ventilatório e na interrupção da VMI colocando o doente em ventilação espontânea e avaliando a repositas do mesmo para se proceder à extubação.

Ainda no que respeita a técnicas invasivas tanto no estágio opcional no serviço de Hemodiálise como no SMI tive contacto com a técnica dialítica, no primeiro no âmbito do doente crónico e no segundo caso no âmbito da PSC. No caso do serviço de hemodiálise por norma realizam-se sessões intermitentes algumas vezes por semana e, no caso do SMI a técnica é utilizada de forma contínua ou intermitente muitas vezes em doentes com insuficiência renal aguda. Tivemos oportunidade de observar diferentes vias de realização de técnica dialítica por prótese, CVC e por FAV. Em todos os casos colaboramos na montagem da máquina de diálise e na monitorização contínua dos parâmetros vitais durante as sessões.

Em SMI tive contacto com protocolos terapêuticos complexos como a gestão da sedo-analgésia na indução e manutenção da sedação em doentes ventilados. Para se avaliar os níveis de sedação e agitação em doentes sedados e ventilados recorre-se à escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) que pode variar entre -5 que representa coma (doente sem resposta a estímulos verbais e exame físico) e, +4 (doente combativo, violento). Mediante prescrição médica do valor na escala de RASS pretendida para cada doente o enfermeiro é responsável por ajustar a sedação e analgesia do mesmo. Pode também monitorizar-se o grau de sedação dos doentes recorrendo ao Índice Bispectral (BIS) que pode variar de 0 a 100 e, ajuda a controlar o grau de sedação.

Fazendo ainda uma breve referência houve oportunidade de interpretar e analisar valores de gasimetrias arteriais, preparação e administração de nutrição entérica e parentérica, realizar técnica de entubação nasogástrica, inserção de cateteres vesicais, colaboração na inserção e manutenção de drenos torácicos e realização de diversos tratamentos de feridas e de úlceras por pressão. Todos os procedimentos seguem protocolos bem definidos a nível

de serviço e de instituição acessíveis a todos os profissionais em formato digital e em papel de forma a atuarmos de forma uniforme e rigorosa para assegurarmos cuidados de excelência.

Tive a oportunidade de durante os ensinamentos clínicos interligar os conhecimentos teóricos aos práticos assim como à minha experiência enquanto enfermeira de cuidados de gerais, de forma a desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Sinto que no meu percurso procurei ser facilitadora de novas aprendizagens e aproveitar as oportunidades que surgiam de forma a adaptar-me melhor às necessidades de cada doente. Esta competência é algo que se trabalha ao longo do tempo, no entanto, considero que após a realização dos ensinamentos clínicos estou mais capaz para observar e antecipar possíveis complicações, atuar em conformidade e prestar cuidados à PSC. Face ao exposto, considero ter adquirido competências específicas no domínio Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, Anexo II, página 19362, “uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata.”; numa situação de exceção verifica-se um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis; e, a catástrofe é um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Segundo o mesmo regulamento, o enfermeiro especialista “perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e

eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.”. (Regulamento n.º 149/2018, pág. 19363)

Em contexto do estágio no SU foi onde tive maior número de oportunidades de colaborar na prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência. A primeira coisa da qual não nos podemos esquecer enquanto profissionais é de garantir a nossa própria segurança antes de atuarmos em qualquer situação assim como a do utente. Na sala de emergência tive contacto com diferentes situações incluindo PCR, AVC, traumas, entre outros e, pude colaborar e intervir com a minha enfermeira tutora e a restante equipa. É essencial possuímos conhecimentos científicos e técnicos das mais diversas áreas de enfermagem tanto de adulto como crianças pois nunca sabemos que situações vamos encontrar e, temos de ser capazes de atuar de forma rápida e eficaz, definindo prioridades de atuação de forma correta.

Sendo que as catástrofes são fenómenos imperscrutáveis, exigem um planeamento e uma preparação prévia das equipas. No estágio no SU procurei conhecer o armário de Catástrofe que se encontra no serviço assim como todo o material necessário nessas ocasiões. Em caso de necessidade são os elementos do SU que assumem primeiramente a responsabilidade de triagem e tratamento de vítimas. Considero que este ensinamento e treinamento deveria ser alargado a todos os serviços hospitalares de forma a dotar todos os profissionais de capacidade de atuação em caso de necessidade.

Durante os ensinamentos clínicos não ocorreu nenhuma situação de exceção ou de catástrofe e, procurei ler o Plano de Emergência institucional para adquirir conhecimentos neste âmbito, uma vez que especifica procedimentos a ter neste contexto para uma resposta de sucesso. É essencial garantir a segurança da equipa assim como a orientação correta da mesma uma vez que estas situações podem ser desgastantes e exigentes psicologicamente. É feita uma triagem primária e secundária das vítimas de forma a classificar o maior número possível das mesmas de acordo com áreas de prioridade.

Nos ensinamentos clínicos pude observar o papel de liderança que o enfermeiro especialista desempenha em situações de emergência, colaborando na coordenação de equipa e na distribuição de tarefas por todos os elementos, assegurando que é feito tudo aquilo que é necessário. Assim, considero que com as experiências vividas ao longo do ensino clínico desenvolvi outro sentido crítico e mais competências nesta área. Em situações de

catástrofe e exceção é necessário que todos os elementos da equipa sejam conhecedores dos protocolos existentes.

### **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**

Considerando o Regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista nesta área de especialidade no âmbito desta competência “considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos”.

De acordo com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS (a) (2017), as IACS e o aumento da resistência dos microorganismos aos antimicrobianos (RAM) aumentam a morbidade e mortalidade além de prolongarem o internamento e contribuírem para mais gastos em saúde.

O aumento das IACS e da RAM reflete-se também em Portugal, como por exemplo, pela existência a nível hospitalar do Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (SPCIRA) que têm como objetivos: desenvolver estratégias de prevenção e controlo de IACS e de RAM, promover mecanismos de notificações das IACS e, promover estratégias de prevenção e controlo de IACS e de RAM. (DGS (b), 2017)

Na ULSNE verifica-se a presença do serviço SPCIRA e a Comissão de Controlo de Infeção que pretendem identificar e diminuir a transmissão de infeções cruzadas, diminuir a taxa de IACS, diminuir a RAM, realizar vigilância epidemiológica e, elaborar e monitorizar o cumprimento de normas e recomendações de boas práticas profissionais. Nos momentos dos ensinamentos clínicos a ULSNE fazia parte do projeto STOP Infeção 2.0 que pretende reduzir em 50% a incidência de quatro infeções hospitalares: a associada à algaliação; a relacionada com o cateter vascular central; a proveniente da intubação; e a associada à ferida operatória. (SNS, 2013)

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais de perto acompanhada o utente e o maior responsável pela prestação de cuidados ao mesmo assim assume um papel de extrema importância na prevenção, redução e controlo das IACS no doente em situação crítica. Enquanto enfermeiros especialistas devemos ser responsáveis pela implementação de práticas de controlo de infeção durante a prestação de cuidados de forma a diminuir as possíveis complicações na pessoa em situação crítica relacionadas com IACS.

Devemos começar primeiro por respeitar as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) como a lavagem das mãos com respeito dos 5 momentos e o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI). É essencial respeitarmos as normas principalmente quando prestamos cuidados de enfermagem a doentes em isolamento adequando o EPI ao mesmo de forma a prevenir a transmissão de microorganismos entre doentes. Considerando também o número elevado de infeções respiratórias por COVID procurei no decorrer dos ensinios clínicos cumprir com o uso de máscara na prestação de cuidados e sensibilizar os meus colegas para o mesmo. Além disso, procurei respeitar a assépsia na preparação e administração de terapêutica como a antibioterapia.

A nível de SMI realiza-se à admissão e periodicamente durante o internamento o procedimento de rastreio de Enterobactereáceas Produtoras de Carbapenemes (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) aos doentes. Estas duas bactérias são multirresistentes e encontram-se associadas a IACS.

Para dar resposta a esta competência ao longo dos ensinios clínicos procurei participar de forma ativa na prevenção e controlo de infeções através do conhecimento e aplicação dos protocolos existentes e instituídos. Aquando dos ensinios clínicos e no âmbito do programa STOP Infeção 2.0 procurei respeitar os feixes de Prevenção de ILC, Prevenção da PAI, Prevenção de IUACV e, Prevenção da IRCVC). No serviço de de hemodiálise como há doentes a fazer tratamento via CVC e a minha enfermeira tutora era elo de ligação com a SPCIRA, pude colaborar com ela nas auditorias à prevenção de infeção associada a cateter venoso central. A nível de SMI colaborei em diversas técnicas assépticas, em rastreios sépticos e procurei também na prática diária respeitar e cumprir os feixes de intervenção implementados. A nível de SU os feixes não eram tão respeitados pelos profissionais, mas procurei sensibilizar a equipa para a sua importância.

Enquanto futura enfermeira especialista considero que adquiri competências nesta área, o que permite prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade à pessoa em

situação crítica, através de procedimentos de controlo de infeção e aplicação das normas existentes. Devemos procurar sempre manter-nos atualizados para contribuirmos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, desta forma, reduzir complicações associadas aos cuidados de saúde com as IACS e a RAM.

**PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA NA EVIDÊNCIA: ESTUDO DE  
INVESTIGAÇÃO**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

A comunicação em enfermagem assume um papel fundamental na prestação de cuidados uma vez que permite estabelecer pontes em os profissionais e a pessoa cuidada. Devemos utilizá-la como uma ferramenta que nos permite prestar cuidados de forma holística e adequados às necessidades e expectativas dos doentes e, permite-nos estabelecer uma relação terapêutica.

No âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a comunicação assume um papel essencial uma vez que estes doentes se encontram muitas vezes em condições que não lhes permitem estabelecer uma comunicação tão eficaz como se pretende. Assim, será fundamental que os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica tenham formação, conheçam e apliquem estratégias de comunicação terapêutica no seu dia-a-dia.

Com a realização deste trabalho de investigação pretendo responder à seguinte questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros sobre a utilização de técnicas de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?”

Os objetivos delineados para este estudo pretendem responder à questão de investigação traçada e, são os seguintes:

**Objetivo geral:** Identificar as técnicas de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica no SMI e no SU de uma Unidade Hospitalar do Norte do país.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar a amostra a nível sociodemográfico e profissional;
2. Identificar estratégias de comunicação terapêuticas utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica;
3. Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as estratégias de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica.

## **2. ESTADO DA ARTE NA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COM O DOENTE CRÍTICO**

Segundo Sequeira (2016), “podemos definir a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros.”.

A comunicação faz parte de todos nós, é um processo inevitável que nos acompanha ao longo de todo o ciclo vital. É através dela que nos expressamos e que percebemos o meio e as pessoas que nos rodeiam. Configura-se assim como um meio essencial para estabelecermos relação com as outras pessoas, neste caso, para enquanto enfermeiros nos relacionarmos de forma terapêutica com os doentes.

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha, de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermediário, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005, p.23).

A comunicação é então um processo dinâmico que envolvem interação entre pessoas de forma que se compreendam mutuamente. Só comunicando seremos capazes de partilhar aquilo que somos e de nos darmos a conhecer a quem temos à frente. Sendo a comunicação a base das relações que estabelecemos esta configura especial importância na prestação de cuidados de Enfermagem. Assim, os enfermeiros devem usar a comunicação como uma ferramenta de trabalho para adequarem a sua forma de trabalho à pessoa que cuidam.

A comunicação é um instrumento básico do cuidado de enfermagem, e está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, apoiar, informar, confortar ou atender suas necessidades básicas (Caldas et al, 2017). É um processo complexo, multidimensional e dinâmico, referente ao desenvolvimento de formas de interação de maneira eficaz e eficiente, constitui-se como um dos indicadores mais importantes para medir a qualidade dos cuidados de enfermagem. É por esse motivo que a JCI identifica a comunicação não adequada entre as causas mais comuns de efeitos adversos (Espert-Giménez, 2020).

A comunicação, considerada a base das relações humanas, é caracterizada como um processo complexo, de troca ou transmissão de informações, dados, emoções e significados, pelo uso de símbolos por meio de linguagens, expressões faciais, gestos e posturas corporais, entre duas ou mais pessoas, com um propósito. (Pereira, et al, 2023)

Reconhecendo que é através da comunicação que somos capazes de nos relacionar com o outro, de identificar as suas necessidades e de o entender, podemos assumir que esta é a base de todas as relações que formamos. Desta forma, enquanto profissionais de enfermagem a utilização da comunicação verbal, não-verbal e de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados ao doente crítico são ferramentas essenciais para que possamos prestar aos doentes cuidados de enfermagem adequados, que vão de encontro às suas necessidades e expectativas e, que contribuam para a sua satisfação, bem-estar e evolução clínica.

Enquanto seres humanos comunicamos constantemente com o meio e as pessoas que nos rodeiam. Esta comunicação pode ser de forma consciente ou inconsciente e assumir a vertente de comunicação verbal ou não verbal.

De uma maneira geral, existem dois componentes na comunicação face a face: a expressão verbal dos pensamentos e sentimentos do emissor e a expressão não verbal. As mensagens cognitivas e afetivas verbais são enviadas através das palavras, inflexões de voz e ritmo do discurso, as não verbais são veiculadas através da expressão do olhar e facial, bem como linguagem corporal (Riley, 2004, p. 6).

A comunicação verbal é aquela transmitida por linguagem oral, escrita ou, pela emissão de sons e palavras. Tal definição é confirmada por Mourão et al, “a comunicação verbal é realizada através de palavras expressas tanto através da linguagem escrita como da falada, devendo ser clara, a fim de que o outro compreenda a mensagem transmitida.”

De modo especial, a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor. Mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens (Ramos & Bortagarai, 2012).

Atualmente a comunicação em saúde pode configurar algum desafio para os profissionais e enfermeiros uma vez que muitas vezes encontramos equipas sobrecarregadas e com

excesso de trabalho. Assim, é fundamental lembrar a importância que a comunicação tem na prestação de cuidados.

A organização atual dos cuidados muitas vezes leva-nos a atribuir mais importância ao tratamento e ao trabalho do que aos utentes que temos às pessoas que temos a nosso cuidado. No entanto, em enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada deve ser primordial uma vez que é o veículo de toda a intervenção (Phaneuf, 2005, p. 10).

De acordo com Sequeira (2016), “A comunicação em saúde ocorre num contexto de prestação de cuidados de saúde. Os profissionais têm obrigação de conhecer diferentes modalidades de comunicação e possuem códigos de ética e deontológicos como o sigilo, a confidencialidade da informação, a necessidade de privacidade. Existem também direitos e deveres a ser respeitados como o respeito mútuo, o direito à informação, o fornecimento de informação verdadeira. Implica uma interação constante com utentes, famílias, cuidadores, equipa de saúde e outros profissionais. Pode ser usada pelos enfermeiros como meio de identificação de um problema e resolução do mesmo, em função do contexto e situação de cada um.”

Enquanto enfermeiros devemos instituir a comunicação como uma ferramenta diária de trabalho uma vez que esta é essencial para adquirirmos conhecimento sobre os doentes e junto deles desenvolver a nossa atuação. Comunicar é a base do processo de enfermagem uma vez que inicialmente nos permite colher as informações para elaborarmos a avaliação inicial do doente assim como para um correto diagnóstico e, desta forma, promover a adequação do tratamento e do plano de cuidados.

A comunicação em enfermagem assume-se como uma ferramenta valiosa para promover a saúde, prevenir doenças e estabelecer uma base sólida para a prática profissional centrada no doente (Bertone, et al., 2007). As habilidades de comunicação clínica visam o bem-estar do doente, destacando a importância da relação terapêutica de alta qualidade desde o primeiro contato visual (Cardoso, 2018).

Como enfermeiros assumimos um papel essencial junto do doente e muitas vezes somos figura de referência e defensor do mesmo. Somos os profissionais de saúde com mais horas de contacto com os doentes e, como tal, os primeiros a poder adquirir informação valiosa e essencial. Devemos ao longo da nossa carreira procura adquirir competências de comunicação que nos permitam desenvolver nesta área.

Os enfermeiros desenvolvem a sua capacidade de comunicação estudando e pondo em prática técnicas, por tentativa e erro, observação de modelos, vivências e situações e sentindo-se progressivamente mais à vontade pelo recurso à sua própria intuição (Riley, 2004, p. 41). É preciso também que à partida a enfermeira considere o doente como uma pessoa de corpo inteiro e não como um ser inferiorizado pela perda de poder que traz a doença (Phaneuf, 2005).

Assim, a comunicação em saúde não deve ser ignorada aquando da prestação de cuidados de enfermagem. Temos de refletir sobre a importância da mesma, os benefícios e vantagens que nos traz na prática clínica. Como profissionais devemos procurar sempre aprofundar conhecimentos e desenvolver técnicas que nos permitam estabelecer estratégias de comunicação adequadas e terapêuticas de forma a obtermos e atingirmos os objetivos pretendidos.

É através das várias formas de comunicação que enfermeiro e utente são capazes de se expressar, trocar informações e perceber-se um ao outro. A comunicação terapêutica configura-se assim como um elemento básico do cuidar e que nos acompanha diariamente.

As competências de comunicação em saúde dizem respeito ao conjunto de competências que um profissional deve possuir para identificar as necessidades das pessoas e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão a nível do indivíduo, grupos e famílias, na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento, entre outras. (Sequeira, 2006)

A comunicação no cuidar é holística, considera a pessoa como um todo, evidencia respeito pelo cliente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem (Riley, 2004, p. 17). A comunicação terapêutica consiste no conjunto de intervenções realizadas pelos profissionais de saúde que, de forma autónoma ou complementar, tem um potencial terapêutico no processo de recuperação dos utentes. Este tipo de comunicação pode ser definido como um conjunto de técnicas/competências que um profissional utiliza com vista à resolução de problemas e a um melhor relacionamento consigo mesmo e com os outros, no sentido de uma melhor adaptação a uma determinada condição de saúde e contexto de vida. (Sequeira, 2016, p. 6)

No âmbito do que é a comunicação terapêutica e a influência que esta pode trazer a nível da prestação de cuidados, devemos desenvolver competências comunicacionais de forma

a implementarmos estratégias de comunicação corretas e adequadas a cada situação, uma vez que se comunicarmos de forma não adequada os resultados obtidos podem ser diferentes daquele que pretendíamos.

A comunicação terapêutica é uma componente essencial nos cuidados de enfermagem, especialmente em ambientes de cuidados críticos, onde os doentes frequentemente enfrentam situações de risco de vida. Para que a comunicação terapêutica esteja presente nos cuidados de enfermagem é necessário que os enfermeiros a conheçam e que, teoricamente dominem os conceitos que integra, a valorem enquanto habilidade essencial para garantir cuidados de qualidade e, de forma consciente, com propósito terapêutico, a incluam nos cuidados que prestam (Coelho, 2015).

Enquanto enfermeiros durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica pode configurar-se um desafio estabelecer a comunicação terapêutica com a mesma uma vez que podemos não possuir os conhecimentos para implementar as estratégias que sejam mais adequadas a cada situação.

No doente crítico, muitas vezes incapaz, o direito à informação é passado para os seus familiares/cuidadores. Fornecer informações adequadas em situações de grande carga emocional requer habilidades de comunicação. Uma correta comunicação entre profissionais e doente/familiares favorece um clima de confiança e respeito e, facilita a tomada de decisões (Calle, G. H. et al, 2017).

Deste modo, durante a prestação de cuidados ao doente consciente ou inconsciente, enquanto profissionais devemos fazer recurso do uso de estratégias de comunicação de forma a construirmos uma relação segura e de confiança com o doente e com os seus familiares. Só assim vamos conseguir conhecer o nosso doente de forma holística e, estabelecer um plano de cuidados ajustado às suas necessidades.

A evolução científica e técnica associada à prestação de cuidados de enfermagem assim como a maior literacia em saúde, tem influência na relação estabelecida entre enfermeiro e doente. Também com a crescente temática da humanização em enfermagem, ver o doente como um todo ganha cada vez mais importância e, assim, o enfermeiro vê-se necessário a adquirir novas competência e técnicas como na área da comunicação de forma a responder melhor às necessidades dos doentes.

De forma a facilitar a nossa interação enquanto enfermeiros com os utentes devemos utilizar estratégias de comunicação terapêutica. Sequeira (2014) refere as seguintes estratégias de comunicação terapêutica verbais e não-verbais: escuta, o toque, distância, o posicionamento, o olhar, a informação, aceitação, silêncio, parafraseamento ou acentuação, questionamento/questões, explicitação/clarificação, focalização, confrontação, assertividade, empatia, humor, validação, sumarização/síntese, anamnese associativa, a reformulação, a exploração, a interpretação, orientação e, feedback.

### **3. METODOLOGIA**

O método científico consiste num sistema de regras e de processos na qual se baseia a investigação. Este é o suporte da ciência ao mesmo tempo que é suportado pela mesma. O seu objetivo fundamental é fazer afirmações sem erro, dentro de regras estipuladas pela ciência. A investigação é um processo complexo que inclui várias fases, trata-se de um processo detalhado com regras precisas. Nela, todos os passos são controlados para se assegurar a viabilidade da investigação. (Ribeiro, 2010)

#### **3.1. Tipo de estudo**

De forma a responder à questão de investigação e aos objetivos definidos optou-se por um estudo transversal analítico de cariz quantitativo.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa uma vez que, “este paradigma (...) implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social (...) Se uma coisa existe ela pode ser medida (...)” e, “está orientado para os resultados e a sua generalização” (Fortin, 2009, p. 29).

De acordo com Vilelas (2022, p. 225), “os estudos transversais descrevem uma situação ou fenómeno num momento não definido” e “são aqueles que analisam um ponto específico num dado momento”. Segundo Ribeiro, (1999, p. 42), “os estudos analítico-transversais procuram explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento”.

#### **3.2. População e amostra do estudo**

A população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum. (Fortin, 2009, p. 69). A população selecionada para este estudo é constituída pelos enfermeiros (92) a exercer funções do SU e do SMI de uma Unidade Hospitalar do Norte do país cuja característica em comum é prestarem cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Pretende-se estudar um subgrupo desta população para obter informações relativas às suas características. Assim, para a obtenção da amostra foram definidos os critérios de

inclusão: enfermeiros que exercem funções no SMI e no SU há mais de 3 meses; e, exclusão: enfermeiros que não respondam por completo ao IRD.

A amostra do estudo é constituída pelos elementos da população que concordaram participar no estudo de forma consciente, livre, informada e voluntária e, que cumpriam o critério de inclusão estabelecido. A amostragem foi não probabilística ou intencional por conveniência. Vilelas (2022, p. 179) diz que a amostra de um estudo representa parte da população sendo uma parte do todo. Assim sendo, a amostra deste estudo foi constituída por 48 enfermeiros.

### **3.3. Procedimento de recolha, análise e tratamento de dados**

Após leitura do estado da arte, a definição do problema em estudo, o estabelecimento de objetivos geral e específicos e, a identificação de critérios de inclusão e de exclusão para seleção da população e amostra, segue-se a apresentação das estratégias para obtenção dos dados que os permitem responder à questão de investigação, assim como estes serão tratados e analisados.

#### **3.3.1. Instrumento de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados (IRD) escolhido ou elaborado deve ir de encontro ao tipo de estudo escolhido e aos objetivos definidos para o mesmo. Segundo Vilelas (2022, p. 331) este é “qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação” e “o instrumento sintetiza em si todo o trabalho prévio da investigação, resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar, e portanto, as variáveis ou conceitos utilizados”.

Após o estudo da arte atual relativamente à temática do projeto de investigação, foi desenvolvido pela investigadora um IRD (Apêndice IV) direcionado aos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, que permita responder aos objetivos e à questão de investigação. O questionário exige respostas escritas e, tem por objetivo recolher informação sobre acontecimentos, situações, atitudes, conhecimentos, opiniões. Apresentam flexibilidade de estrutura, forma e meio de recolher informação. Podem ser formados por questões abertas ou fechadas. Deve ser elaborado de acordo com o objetivo

do estudo tendo por base um bom conhecimento por parte do investigador sobre o fenómeno considerado. (Fortin, 2009, p. 380)

O questionário encontra-se dividido em duas partes: na primeira parte pretende-se fazer a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo e, na segunda parte estão presentes questões que pretendem identificar a perceção dos enfermeiros sobre a utilização de técnicas de comunicação terapêuticas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sendo esta constituída por afirmações sobre as quais os participantes devem expressar o seu grau de concordância ou de frequência de utilização, utilizando uma escala de Likert. Pretende-se que o IRD seja respondido pelos enfermeiros na ausência do investigador de modo a garantir confidencialidade.

Na segunda parte do IRD elaborado a pergunta 1 é composta por 9 técnicas de comunicação terapêutica havendo a possibilidade de seleccionar mais do que uma opção; na pergunta 2 estão apresentadas 14 afirmações sobre os quais os enfermeiros devem expressar o seu grau de concordância através da escala de Likert que vai de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente); na pergunta 3 constam 10 técnicas de comunicação terapêutica sendo que recorrendo à escala de Likert de um (nunca) a cinco (sempre) os enfermeiros devem identificar a frequência com que utilizam cada umas das técnicas; e, na pergunta 4 estão 13 afirmações nas quais os enfermeiros têm de dizer com que frequência aplicam cada uma delas na sua prática utilizando também a escala de Likert de um (nunca) a cinco (sempre).

### **3.3.1.1. Operacionalização das variáveis**

Tal como o nome indica, uma variável “é algo que varia (...) são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”, é “qualquer característica ou qualidade de realidade que é suscetível de assumir diferentes valores”. (Vilelas, 2022, p. 171)

As variáveis escolhidas devem ir de encontro ao problema identificado, aos objetivos definidos e de encontro ao estudo da arte. Podemos ter variáveis independentes e variáveis dependentes. De acordo com Coutinho (2022, p. 73), “a variável independente é a variável que o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem” e, a variável dependente é “a característica que aparece ou muda (...) é a variável que o investigador vai medir para avaliar diferenças nos sujeitos”.

Relativamente às variáveis independentes deste estudo são aquelas que nos permitem fazer a caracterização socioemográfica e profissional da amostra e foram operacionalizadas da seguinte forma:

- Género – operacionalizado em Feminino e Masculino;
- Idade – para a operacionalização foram criadas classes etárias (20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos,  $\geq 60$  anos);
- Habilitações académicas – avaliadas através de uma questão fechada com cinco opções (Licenciatura em Enfermagem, Pós-graduação, Especialidade, Mestrado e, Doutoramento);
- Categoria profissional – foram identificados três grupos (Enfermeiro de cuidados gerais, Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e, Enfermeiro especialista noutra área de Enfermagem);
- Serviço em que desempenha funções – foram enumerados os serviços onde foi aplicado este estudo (Serviço de Urgência e, Serviço de Medicina Intensiva);
- Tempo de exercício profissional – elaborada uma questão aberta em que a resposta foi dada em anos;
- Tempo de exercício profissional no serviço atual – elaborada uma questão aberta em que a resposta foi dada em anos;
- Tem alguma formação na área de comunicação em enfermagem – para operacionalizar esta variável foi criada uma questão fechada e dicotómica com duas opções de resposta (Sim ou Não);
- Tem alguma formação na área de comunicação em enfermagem - para operacionalizar esta variável foi criada uma questão fechada e dicotómica com duas opções de resposta (Sim ou Não).

Neste estudo, a variável dependente considerada é a perceção dos enfermeiros sobre utilização de técnicas de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, operacionalizada da seguinte forma:

- Técnicas de comunicação terapêuticas conhecidas – enumeradas nove técnicas de comunicação terapêuticas com possibilidade de escolha de várias opções (toque, distância, postura/postura física, olhar, escuta, síntese, questionamento, feedback, aconselhar e dar informação);

- Perceção dos enfermeiros sobre o grau de concordância com a utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à PSC – esta variável foi operacionalizada através de uma escala de Likert e pertence à Parte II do IRD, questão 2, composta por 14 afirmações. A sua classificação vai de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente);
- Aplicação das técnicas de comunicação terapêutica por parte dos enfermeiros – enumeradas as técnicas de comunicação terapêutica (toque, distância, postura/postura física, olhar, escuta, síntese, questionamento, feedback, aconselhar e dar informação) em que cada uma devem identificar a frequência com que aplicam na prestação de cuidados de um (nunca) a cinco (sempre);
- Práticas dos enfermeiros na utilização de estratégias de comunicação terapêutica – a operacionalização desta variável foi através da escala da Liekrt e partence à Parte II do IRD, questão 4, composta por 13 afirmações. A sua classificação vai de um (nunca) a cinco (sempre).

### **3.3.2. Procedimento de recolha de dados**

Segundo Ribeiro (1999, p. 25), “a recolha de dados pertence a uma segunda fase do projeto de investigação (..) É mais prática, pois é realizada no terreno (...) pode ser feita pelo investigador ou por assistentes treinados”.

Pretende-se que o trabalho desenvolvido respeite as normas éticas e deontológicas existentes que regulamentam o desenvolvimento de trabalhos de investigação. Os dados obtidos serão exclusivamente usados para fim de investigação.

De forma a cumprir os pressupostos formais e éticos para realização do estudo, este trabalho de investigação foi aprovado inicialmente pela comissão de ética do Instituto Politécnico de Bragança e, de seguida foi submetido para aprovação do Conselho de Administração da ULSNE bem como a aprovação por parte da Comissão de Ética da instituição, que emitiu o parecer n.º 15/2025 positivo (Anexo V) de forma a obter as autorizações necessárias para a aplicação do IRD. Os enfermeiros gestores e restantes enfermeiros dos serviços foram abordados pela investigadora no sentido de lhes ser explicado a pertinência do estudo e a sua importância.

Segundo o Código de Nuremberg (1947), “o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento”.

A Declaração de Helsínquia é “uma declaração de princípios éticos para pesquisa médica envolvendo seres humanos, incluindo pesquisa em materiais e dados humanos identificáveis”.

O questionário foi disponibilizado através de um link online aos enfermeiros. Desta forma pretendeu-se minimizar interferências com o tempo de trabalho dos enfermeiros e as dinâmicas dos serviços.

O questionário foi aplicado nos meses de março e abril de 2025. Garantiu-se a participação de forma voluntária, livre e informada dos participantes com o preenchimento do consentimento informado no início do IRD. As respostas são anónimas e confidenciais. Apenas a investigadora teve acesso aos dados obtidos. Em nenhuma etapa são identificados os participantes e não existe nenhum prejuízo para quem escolha não participar no estudo.

### **3.3.3. Modelos de análise e tratamento de dados**

O tratamento estatístico foi realizado informaticamente através do programa SPSS 27.0 (Statistical Package for the Social Sciences), após a recolha feita de um formulário em google forms, utilizando métodos da estatística descritiva e inferencial. Este, segundo Coutinho, C. (2022, p. 180), “é uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos” e permite descever, relacionar ou mesmo contrastar hipóteses de investigação em estudos quantitativos.

Para uma melhor interpretação e análise, os dados são apresentados em tabelas e gráficos. A análise descritiva foi efetuada através da distribuição de frequências e medidas de tendência central e dispersão mais comuns (a média, desvio-padrão), conforme a escala de medida das variáveis. Procedeu-se à análise da consistência interna das escalas através do cálculo do Alpha de Cronbach. Assim sendo, tem-se que a consistência é aceitável para um coeficiente superior a 0,60; é boa para coeficiente superior a 0,70; muito boa quando o coeficiente varia entre 0,80 e 0,90 e excelente se o coeficiente é de pelo menos 0,90. Para verificação da normalidade das distribuições utilizou-se o teste Shapiro-Wilk.

Recorreu-se então ao teste U de Mann - Whitney: teste não paramétrico utilizado para comparar ordenações médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos uma vez que o pressuposto da normalidade não foi verificado e as amostras apresentavam dimensão inferior a 30 elementos.

Com o objetivo de identificar as estruturas latentes subjacentes às variáveis observadas na prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nas frequências das técnicas utilizadas e aplicação das referidas técnicas, recorreu-se à análise fatorial exploratória. Esta técnica estatística multivariada permite reduzir a dimensionalidade dos dados e agrupar variáveis correlacionadas em fatores comuns, facilitando a interpretação dos construtos subjacentes ao instrumento aplicado. Para aplicação da análise fatorial exploratória (AFE) é necessário verificar os pressupostos: teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que avalia a adequação da amostra, e teste de esfericidade de Bartlett que verifica a existência de correlações significativas entre as variáveis. Assim sendo, para KMO entre 0,70 a 0,80 a adequação é boa, entre 0,80 a 0,90 é muito boa e de pelo menos 0,90 é excelente.

O nível de significância utilizado foi de 5%.

#### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos pela aplicação do IRD, estruturados de acordo com os objetivos estabelecidos para o estudo. Os dados obtidos são aquilo que nos vai permitir responder à questão de investigação e objetivos fornecendo informação valiosa para a temática em estudo.

Os resultados serão apresentados em tabelas de forma clara e objetiva. A análise dos resultados será conduzida de maneira aprofundada, procurando explorar padrões, tendências e relações entre as variáveis estudadas.

Fizeram parte do estudo 48 enfermeiros que no seu dia-a-dia trabalham diretamente com o doente crítico.

##### 4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Os dados apresentados na tabela 1 fornecem uma visão sobre a amostra dos enfermeiros participantes do estudo (n=48) destacando-se as suas características demográficas, profissionais e de prática clínica.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variável	Respostas	n	%
<b>Sexo</b> (n=48)	Feminino	36	75,0%
	Masculino	12	25,0%
<b>Idade</b> (n=48)	20-29 anos	8	16,7%
	30-39 anos	16	33,3%
	40-49 anos	21	43,8%
	50-59 anos	3	6,3%
<b>Habilitações literárias</b> (n=48)	Licenciatura	22	45,8%
	Pós-graduação	3	6,3%
	Especialidade	4	8,3%
	Mestrado	17	35,4%
	Doutoramento	2	4,2%
<b>Categoria profissional</b> (n=48)	Enfermeiro de cuidados gerais	33	68,8%
	Enfermeiro especialista em médico-cirúrgica	8	16,7%
	Enfermeiro especialista noutra área	7	14,6%
<b>Serviço</b> (n=48)	Serviço de urgência	32	66,7%
	Serviço de medicina intensiva	16	33,3%
<b>Tempo de exercício profissional</b> (n=48)	Inferior a 10 anos	17	35,4%
	De 10 a 20 anos	20	41,7%
	Pelo menos 20 anos	11	22,9%
	$\bar{X} \pm s$		13,92±8,07
<b>Tempo de exercício profissional no serviço atual</b> (n=48)	Inferior a 5 anos	22	45,8%
	De 5 a 10 anos	13	27,1%

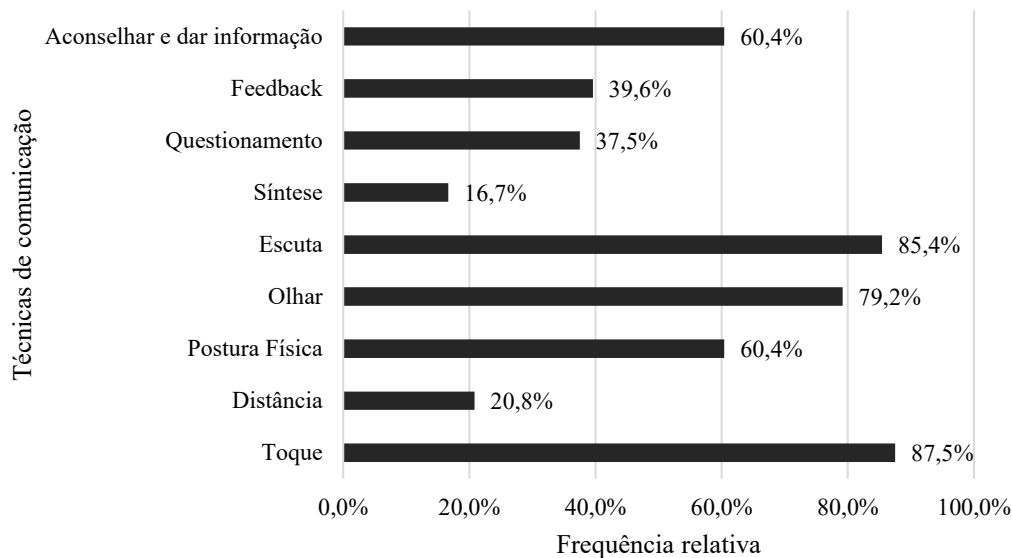
	Pelo menos 10 anos	13	27,1%
	$\bar{X} \pm s$	7,67 $\pm$ 6,55	
<b>Formação na área da comunicação em enfermagem (n=48)</b>	Não	37	77,1%
	Sim	11	22,9%
<b>Formação na área da comunicação com doente (n=48)</b>	Não	38	79,2%
	Sim	10	20,8%

$\bar{X} \pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão

Atendendo à tabela 1 tem-se que a 75% (36) dos inquiridos era do sexo feminino, 47,9% (23) tinham idade compreendida entre os 20 e 39 anos, 45,8% (22) possuíam licenciatura e os restantes graus acima da licenciatura. Relativamente à categoria profissional observa-se que a maioria, 68,8% (33) eram enfermeiros de cuidados gerais, 31,3% (15) eram enfermeiros especialistas, sendo oito na área médico-cirúrgico com foco na pessoa em situação crítica. A maioria, 66,7% (32) exercia funções no serviço de urgência e os restantes no serviço de medicina intensiva. Quanto ao tempo de serviço observou-se que 35,4% (17) exerciam a profissão há menos de 10 anos e 22,9% (11) há pelo menos 20 anos. Por seu lado, o tempo de exercício profissional no serviço atual tem-se que 45,8% (22) dos inquiridos apresentou resultado inferior a cinco anos e 27,1% (13) de pelo menos 10 anos. No que trata a formação na área da comunicação em enfermagem tem-se que 77,1% (37) dos enfermeiros afirmou que não tinha, assim como 79,2% (38) dos enfermeiros afirmaram que não tinham formação na área da comunicação com a pessoa em situação crítica.

#### **4.2. Conhecimento de técnicas de comunicação terapêutica por parte dos enfermeiros**

Na figura 1 ilustra-se as técnicas de comunicação terapêutica identificadas pelos enfermeiros inquiridos.



**Figura 1** – Técnicas de comunicação terapêuticas identificadas pelos inquiridos

Tendo por base a figura 1 concluiu-se que as técnicas de comunicação mais conhecidas pelos enfermeiros eram: toque, 87,5% (42); escuta, 85,4% (41); olhar, 79,2% (38); postura física, 60,4% (29) e aconselhar e dar informação, 60,4% (29). As técnicas menos conhecidas dos enfermeiros eram: síntese, 16,7% (8); distância, 20,8% (10); questionamento, 37,5% (18) e feedback, 39,6% (19).

#### **4.3. Utilização de técnicas de comunicação na prestação de cuidados ao doente crítico**

No tratamento para análise do conjunto de questões sobre a prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa crítica foi aplicado inicialmente o método da análise fatorial exploratória. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um valor estatisticamente significativo ( $\chi=597,22$ ;  $p<0,001$ ) e o índice KMO revelou-se adequado (KMO=0,871), sendo assim adequada este tipo de análise para estes dados. Utilizando a rotação varimax e o método dos valores próprios superiores a um extraíram-se dois fatores que no seu conjunto explicam 71,05% da variância total (ver output em anexo). Assim sendo, na tabela 2 apresenta-se uma caracterização dos fatores.

**Tabela 2** – Constituição dos fatores da escala sobre a prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa crítica

<b>Fator</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	
<b>F1 Prestação de cuidados</b>	1. Utilizo a comunicação terapêutica como uma ferramenta essencial durante a prestação de cuidados.	3,92	0,92	
	2. As minhas capacidades de comunicação influenciam a qualidade da minha prestação de cuidados.	4,04	1,07	
	4. Utilizo técnicas de comunicação terapêutica para contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem que presto ao paciente.	3,98	0,79	
	5. A comunicação deve ser verbal e não-verbal e, devemos ter capacidade de escutar ativamente e utilizar uma linguagem clara e acessível.	4,46	0,85	
	7. Através da comunicação com o utente/família consigo aprender e compreender as intenções, opiniões, emoções sentidas pela outra pessoa e, criar laços com ela.	4,02	0,84	
	8. Enquanto enfermeiro utilizo estratégias de comunicação de forma a promover emoções positivas nos utentes.	4,13	0,87	
	9. A empatia é essencial para estabelecer comunicação terapêutica com os pacientes.	4,38	0,82	
	10. A comunicação terapêutica permite a interação entre enfermeiro e doente e, proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento para se atingir os objetivos do plano de cuidados.	4,10	0,86	
	11. A comunicação terapêutica é um processo consciente que de forma intencional permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa.	4,08	0,77	
	12. O enfermeiro deve saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo para conversar e mostrar interesse.	4,42	0,79	
	14. A comunicação terapêutica é o grande suporte da relação terapêutica.	4,21	0,80	
	<b>F2 Prestação de cuidados</b>	3. Adapto as técnicas de comunicação terapêuticas utilizadas à individualizada e condição clínica do paciente.	4,08	0,87
		6. A comunicação terapêutica é utilizada apenas de forma intencional.	2,44	1,18
		13. As competências comunicacionais permitem identificar e satisfazer as necessidades do doente e, contribuem para o sucesso da relação terapêutica.	3,96	0,99

Considerando o exposto na tabela 2 concluiu-se que o fator 1 da escala sobre a prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa crítica é composta por 11 itens, destacando-se com os valores médios de concordância mais elevados: “A comunicação deve ser verbal e não-verbal e, devemos ter capacidade de escutar ativamente e utilizar uma linguagem clara e acessível.”,  $4,46 \pm 0,85$ ; “O enfermeiro deve saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo para conversar e mostrar interesse.”,  $4,42 \pm 0,79$ ; A empatia é essencial para estabelecer comunicação terapêutica com os pacientes.,  $4,38 \pm 0,82$ ; “A comunicação terapêutica é o grande suporte da relação terapêutica.”,  $4,21 \pm 0,80$  e “A comunicação terapêutica permite a interação entre enfermeiro e doente e, proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento para se atingir os objetivos do plano de cuidados.”,  $4,10 \pm 0,86$ . O fator 2 da referida escala é composta por três itens sendo “A comunicação terapêutica é utilizada apenas de forma intencional.” O item que apresenta maior discordância,  $2,44 \pm 1,18$ .

Na tabela 3 apresenta-se o resumo da caracterização dos fatores e global da escala sobre a prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa crítica, incluindo a consistência interna dos mesmos.

**Tabela 3** – Resumo da caracterização dos fatores e global da Prestação de cuidados

<b>Fator</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>F1- Prestação de cuidados</b>	0,951	4,16	0,70
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	0,675	3,49	0,80
<b>Global da Prestação de cuidados</b>	0,942	4,01	0,67

Relativamente à consistência interna observa-se que no fator 2 esta é apenas aceitável (0,675), mas no fator 1 e global da escala é muito boa pois o coeficiente alfa de cronbach é superior a 0,90. Quanto aos resultados obtidos concluiu-se que, em termos médios, os enfermeiros demonstraram concordância nas afirmações dos itens que compõem os fatores, pois em F1 obteve-se  $4,16 \pm 0,70$  pontos, em F2  $3,49 \pm 0,80$  pontos e na escala global  $4,01 \pm 0,67$  pontos.

No tratamento para análise do conjunto de questões sobre a frequência com que aplicava cada técnica terapêutica foi aplicado inicialmente o método da análise fatorial exploratória. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um valor estatisticamente significativo ( $\chi^2=179,993$ ;  $p<0,001$ ) e o índice KMO revelou-se adequado (KMO=0,733),

sendo assim adequada este tipo de análise para estes dados. Utilizando a rotação varimax e o método dos valores próprios superiores a um extraíram-se três fatores que no seu conjunto explicam 68,02% da variância total (ver output em anexo). Assim sendo, na tabela 4 apresenta-se uma caracterização dos fatores.

**Tabela 4** – Constituição dos fatores da escala sobre a aplicação das técnicas terapêuticas

<b>Fator</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>F1 Aplicação das técnicas terapêuticas</b>	2. A distância.	2,60	1,05
	7. A síntese.	3,15	0,95
	8. O questionamento.	3,54	0,82
	9. O feedback.	3,52	0,99
<b>F2 Aplicação das técnicas terapêuticas</b>	5. A escuta.	4,19	0,79
	6. O silêncio.	3,42	0,82
	10. Aconselhar e dar informação.	3,94	0,93
<b>F3 Aplicação das técnicas terapêuticas</b>	1. O toque.	3,85	0,85
	3. A postura.	3,79	0,87
	4. O olhar.	4,19	0,87

Atendendo ao exposto na tabela 4 verifica-se que o fator 1 para a aplicação das técnicas terapêuticas é composto por quatro itens, destacando-se o questionamento,  $3,54 \pm 0,82$  e o feedback,  $3,52 \pm 0,99$ ; o fator 2 é composto por três itens com destaque para a escuta,  $4,19 \pm 0,79$  e o aconselhar e dar informação,  $3,94 \pm 0,93$ . Por seu lado o fator 3 é composto por três itens com destaque para o olhar,  $4,19 \pm 0,87$ .

Na tabela 5 apresenta-se o resumo da caracterização dos fatores e global da escala sobre a aplicação das técnicas terapêuticas, incluindo a consistência interna dos mesmos.

**Tabela 5** – Resumo da caracterização dos fatores e global da aplicação das técnicas terapêuticas

<b>Fator</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>F1- Aplicação das técnicas terapêuticas</b>	0,755	3,20	0,73
<b>F2- Aplicação das técnicas terapêuticas</b>	0,704	3,85	0,67
<b>F3 - Aplicação das técnicas terapêuticas</b>	0,681	3,94	0,67
<b>Global Aplicação das técnicas terapêuticas</b>	0,828	3,62	0,56

Considerando a tabela 5 concluiu-se que a consistência interna dos fatores desta escala é pelo menos aceitável e no global da escala é boa. Em termos médios, observa-se, uma

maior concordância dos enfermeiros inquiridos nos fatores F3, 3,94±0,67 pontos e F2, 3,85±0,67 pontos.

No tratamento para análise do conjunto de questões sobre a forma como comunica foi aplicado inicialmente o método da análise fatorial exploratória. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um valor estatisticamente significativo ( $\chi=375,45$ ;  $p<0,001$ ) e o índice KMO revelou-se adequado (KMO=0,822), sendo assim adequada este tipo de análise para estes dados. Utilizando a rotação varimax e o método dos valores próprios superiores a um extraíram-se três fatores que no seu conjunto explicam 69,76% da variância total (ver output em anexo). Assim sendo, na tabela 6 apresenta-se uma caracterização dos fatores.

**Tabela 6** – Constituição dos fatores da escala sobre a forma como comunica

<b>Fator</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>F1 Forma como comunica</b>	5. Adapto a minha postura enquanto profissional para estabelecer comunicação terapêutica.	4,13	0,64
	6. Na prestação de cuidados procuro adotar uma postura que me permite manter o contacto visual com o paciente.	4,08	0,68
	7. Utilizo o olhar como técnica de comunicação terapêutica e procura olhar o paciente nos olhos durante a prestação de cuidados.	3,85	0,80
	8. Utilizo a escuta como técnica de comunicação terapêutica.	3,94	0,73
	9. A escuta como estratégia de comunicação terapêutica permite-me identificar melhor as necessidades do paciente.	4,06	0,70
	10. Utilizo o silêncio como técnica de comunicação terapêutica uma vez que me permite mostrar atenção pelo que o paciente me comunica.	3,73	0,74
	11. Na comunicação terapêutica utilizo uma linguagem simples e direta, adequada ao paciente.	4,15	0,65
	13. Estabeleço uma comunicação eficaz, empática, honesta e sensível para transmitir uma relação de confiança ao doente.	4,17	0,56
<b>F2 Forma como comunica</b>	1. Na comunicação com o doente utilizo estratégias de comunicação verbal.	4,13	0,70
	2. Na comunicação com o doente utilizo estratégias de comunicação não verbal.	3,75	0,73
	3. Utilizo o toque como técnica de comunicação terapêutica.	3,73	0,64

<b>F3 Forma como comunica</b>	4. Utilizo o toque de forma intencional para estabelecer uma comunicação terapêutica.	3,69	0,66
	12. Na comunicação terapêutica formulo questões para me certificar de que o paciente entende o que lhe foi dito.	4,00	0,74

Considerando o apresentado na tabela 6 tem-se que o fator 1 da escala sobre a forma de comunicação é composto por oito itens com destaque para: “Estabeleço uma comunicação eficaz, empática, honesta e sensível para transmitir uma relação de confiança ao doente.”;  $4,17 \pm 0,56$ ; “Na comunicação terapêutica utilizo uma linguagem simples e direta, adequada ao paciente.”,  $4,15 \pm 0,65$ ; “Adapto a minha postura enquanto profissional para estabelecer comunicação terapêutica.”,  $4,13 \pm 0,64$ ; “Na prestação de cuidados procuro adotar uma postura que me permite manter o contacto visual com o paciente”,  $4,08 \pm 0,68$  e “A escuta como estratégia de comunicação terapêutica permite-me identificar melhor as necessidades do paciente.”,  $4,06 \pm 0,70$ . No fator obtiveram três itens com destaque para “Na comunicação com o doente utilizo estratégias de comunicação verbal.”,  $4,13 \pm 0,70$  e o fator três é composto por dois itens sendo relevante “Na comunicação terapêutica formulo questões para me certificar de que o paciente entende o que lhe foi dito.”,  $4,00 \pm 0,74$ .

Na tabela 7 apresenta-se o resumo da caracterização dos fatores e global da escala sobre a forma como comunica, incluindo a consistência interna dos mesmos.

**Tabela 10** – Resumo da caracterização dos fatores e global da escala sobre a forma como comunica

<b>Fator</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>F1- Forma como comunica</b>	0,916	4,01	0,55
<b>F2- Forma como comunica</b>	0,772	3,87	0,57
<b>F3 - Forma como comunica</b>	0,514	3,84	0,58
<b>Global Forma como comunica</b>	0,903	3,95	0,47

Considerando a tabela 7 concluiu-se que a consistência interna dos fatores desta escala é pelo menos razoável e no global da escala a muito boa, com exceção de F3 que apresenta um coeficiente sofrível. Apesar desse resultado optou-se por manter uma vez que este é uma primeira abordagem a este tema com uma análise fatorial exploratória. Em termos médios, observa-se, uma maior concordância dos enfermeiros inquiridos no fator F1,  $4,01 \pm 0,55$  pontos e global,  $3,95 \pm 0,47$  pontos.

Na tabela 8 apresentam-se os coeficientes de correlação de Spearman entre os fatores e global das diferentes escalas utilizadas. Utilizou-se esta correlação porque nem todas as distribuições eram aproximadamente descritas por distribuição normal (anexo).

**Tabela 11** – Correlação de Spearman entre fatores e escalas

	F1PC	F2PC	PC	F1AT	F2AT	F3AT	AT	F1FC	F2FC	F3FC	FC
F1PC	1	0,512**	0,928**	0,456**	0,469**	0,540**	0,615**	0,395**	0,430**	0,071	0,439**
F2PC		1	0,760**	0,352*	0,667**	0,419**	0,564**	0,243	0,387**	0,338*	0,364*
PC			1	0,486**	0,619**	0,540**	0,683**	0,382**	0,396**	0,191	0,444**
F1AT				1	0,446**	0,419**	0,839**	0,382**	0,345*	0,269	0,481**
F2AT					1	0,540**	0,737**	0,324*	0,269	0,223	0,385**
F3AT						1	0,695**	0,355*	0,468**	0,302*	0,480**
AT							1	0,469**	0,443**	0,364*	0,589**
F1FC								1	0,460**	0,538**	0,931**
F2FC									1	0,324*	0,665**
F3FC										1	0,648**
FC											1

TeP-Tempo exercício profissional; TeS- tempo exercício no serviço atual; F1PC – fator 1 prestação de cuidados; F2PC – fator 2 prestação de cuidados; PC – prestação de cuidados; F1AT – fator 1 aplicação técnicas; F2AT – fator 2 aplicação técnicas; F3AT – fator 3 aplicação técnicas; AT – aplicação técnicas; F1FC – fator 1 forma de comunicar; F2FC – fator 2 forma de comunicar; F3FC – fator 3 forma de comunicar; FC – forma de comunicar; \*-significativo a 5%; \*\*-significativo a 1%.

Atendendo ao exposto na tabela 8 concluiu-se que de modo geral os fatores das escalas e respetivos globais de encontravam significativamente correlacionados, no sentido direto e com intensidade fraca a moderada. A exceção são as correlações muito fortes entre F1PC e PC ( $r=0,928$ ) e entre F1FC e FC ( $r=0,931$ ).

#### 4.4. Associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a utilização de estratégias de comunicação terapêuticas

Nas tabelas seguintes apresentam-se os resultados obtidos para os fatores e global das escalas relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais.

**Tabela 12** – Resultados dos fatores e global das escalas por sexo do enfermeiro

Fatores	Sexo		Z (p)
	Feminino	Masculino	
	$\bar{X}\pm s$	$\bar{X}\pm s$	
F1 - Prestação de cuidados	4,30±0,57	3,74 ±0,90	-2,017 (0,044)

<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	3,69 ±0,70	2,92 ±0,82	-2,693 ( <b>0,007</b> )
<b>Prestação de cuidados</b>	4,16 ±0,56	3,57 ±0,81	-2,391 ( <b>0,017</b> )
<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	3,30 ±0,70	2,92 ±0,76	-1,318 (0,187)
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	3,95 ±0,62	3,53 ±0,74	-1,727 (0,084)
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	4,10 ±0,53	3,47 ±0,85	-2,564 ( <b>0,010</b> )
<b>Aplicação de técnicas</b>	3,74 ±0,47	3,27 ±0,68	-1,946 (0,052)
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	4,01 ±0,59	4,03 ±0,41	-0,036 (0,971)
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	3,91 ±0,55	3,75 ±0,65	-0,693 (0,488)
<b>F3 – Forma de comunicar</b>	3,90 ±0,57	3,67 ±0,58	-1,046 (0,296)
<b>Forma de comunicar</b>	3,97 ±0,52	3,91 ±0,30	-0,765 (0,444)

$\bar{X} \pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão; Z (p) – Estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância);

Considerando o exposto na tabela 9 concluiu-se que as mulheres apresentam em todos os fatores e global das escalas resultados médios superiores aos obtidos pelos homens, com exceção do fator 1 da escala Forma de comunicar. Pela aplicação do teste Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas entre mulheres e homens nos fatores e global da escala Prestação de serviços e também no fator F3 da escala Aplicação de técnicas. Assim sendo, pode-se afirmar que as mulheres enfermeiras manifestaram de modo significativo maior concordância nas afirmações sobre a importância da comunicação na prestação de cuidados do que os enfermeiros homens. Identicamente pode-se afirmar que as mulheres recorrem com maior frequência às técnicas de comunicação do F3 do que os homens.

**Tabela 13** – Resultados dos fatores e global das escalas por idade do enfermeiro

Fatores	Idade		T (p)
	Inferior a 40 anos	Pelo menos 40 anos	
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	
<b>F1 - Prestação de cuidados</b>	4,08 ±0,78	4,24 ±0,62	-0,311 (0,741)
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	3,29 ±0,88	3,69 ±0,67	-1,628 (0,103)
<b>Prestação de cuidados</b>	3,91 ±0,74	4,12 ±0,60	-1,004 (0,315)

<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	3,26 ±0,83	3,15 ±0,62	-0,457 (0,648)
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	3,85 ±0,75	3,85 ±0,61	-0,146 (0,884)
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	3,81 ±0,72	4,08 ±0,62	-1,278 (0,201)
<b>Aplicação de técnicas</b>	3,60 ±0,66	3,64 ±0,46	-0,031 (0,975)
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	4,13 ±0,53	3,90 ±0,55	-1,436 (0,151)
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	3,97 ±0,61	3,76 ±0,52	-1,602 (0,109)
<b>F3 – Forma de comunicar</b>	3,90 ±0,64	3,79 ±0,51	-0,662 (0,389)
<b>Forma de comunicar</b>	4,06 ±0,44	3,85 ±0,49	-1,626 (0,104)

$\bar{X} \pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão; Z (p) – Estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância);

Com base na tabela 10 verifica-se que para todos os fatores e global das escalas utilizadas os resultados obtidos são estatisticamente idênticos entre os enfermeiros com idade inferior a 40 anos ou com idade mínima de 40 anos.

**Tabela 14** – Resultados dos fatores e global das escalas por habilitações literárias do enfermeiro

Fatores	Habilitações literárias		T (p)
	Licenciatura	Pós-licenciatura	
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	
<b>F1 - Prestação de cuidados</b>	4,06± 0,81	4,24±0,60	-0,498 (0,619)
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	3,17± 0,79	3,77± 0,70	-2,720 ( <b>0,007</b> )
<b>Prestação de cuidados</b>	3,87± 0,74	4,14± 0,59	-1,569 (0,117)
<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	3,30± 0,74	3,13± 0,72	-0,719 (0,472)
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	3,73± 0,58	3,95±0,74	-1,521 (0,128)
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	3,91± 0,60	3,97± 0,74	-0,526 (0,599)
<b>Aplicação de técnicas</b>	3,61± 0,53	3,63± 0,60	-0,394 (0,693)
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	4,03± 0,53	4,00± 0,57	-0,282 (0,778)
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	3,91± 0,54	3,83± 0,61	-0,465 (0,642)

<b>F3 – Forma de comunicar</b>	3,82 ±0,59	3,87± 0,58	-0,175 (0,861)
<b>Forma de comunicar</b>	3,97± 0,44	3,94± 0,50	-0,035 (0,975)

$\bar{X}\pm s$  – média ± desvio padrão; Z (p) – Estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância);

Tendo em atenção a tabela 11 observa-se que na escala sobre a prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa crítica os enfermeiros com graduação superior a licenciatura, apresentaram resultados médios superiores aos enfermeiros com licenciatura, nos dois fatores e global da escala. Concluiu-se que a diferença observada no fator F2 era estatisticamente significativa. Na escala aplicação das técnicas os resultados apresentados também foram mais elevados nos enfermeiros com estudos pós-licenciatura, exceto no fator F1. Contudo, as diferenças observadas não apresentam diferenças significativas. No que trata a escala sobre a forma de comunicar tem-se que os enfermeiros com licenciatura obtiveram resultados mais elevados nos fatores F1 e F2. As diferenças observadas não apresentaram diferenças significativas.

**Tabela 12** – Resultados dos fatores e global das escalas por categoria profissional do enfermeiro

Fatores	Categoria profissional		T (p)
	Cuidados gerais	Especialista	
	$\bar{X}\pm s$	$\bar{X}\pm s$	
<b>F1 - Prestação de cuidados</b>	4,05±0,75	4,39±0,52	-1,416 (0,157)
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	3,26 ±0,81	4,00 ±0,49	-3,082 ( <b>0,002</b> )
<b>Prestação de cuidados</b>	3,88 ±0,71	4,30±0,49	-2,111 ( <b>0,035</b> )
<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	3,16 ±0,71	3,30±0,76	-0,627 (0,531)
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	3,75±0,73	4,07 ±0,49	-1,500 (0,134)
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	3,81 ±0,67	4,24±0,61	-2,102 ( <b>0,036</b> )
<b>Aplicação de técnicas</b>	3,53±0,57	3,81±0,52	-1,751 (0,080)
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	3,95 ±0,57	4,15±0,49	-1,123 (0,261)
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	3,74 ±0,58	4,16±0,47	-2,205 ( <b>0,027</b> )
<b>F3 – Forma de comunicar</b>	3,79 ±0,61	3,97±0,48	-0,905 (0,365)

<b>Forma de comunicar</b>	3,88 ±0,48	4,12 ±0,42	-1,452 (0,146)
---------------------------	------------	------------	----------------

$\bar{X} \pm s$  – média ± desvio padrão; Z (p) – Estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância);

Considerando o exposto na tabela 12 concluiu-se que os enfermeiros especialistas apresentam em todos os fatores e global das escalas resultados médios superiores aos obtidos pelos enfermeiros de cuidados gerais. Pela aplicação do teste Mann-Whitney concluiu-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas entre enfermeiros de cuidados gerais e especialistas no fator F2 e global da escala Prestação de serviços, no fator F3 da escala Aplicação de técnicas e também no fator F2 da escala Forma de comunicar. Assim sendo, pode-se afirmar que os enfermeiros especialistas manifestaram de modo significativo maior concordância nas afirmações sobre a importância da comunicação na prestação de cuidados do que os enfermeiros de cuidados gerais. Identicamente pode-se afirmar que os enfermeiros especialistas recorrem com maior frequência às técnicas de comunicação do F3 e à forma de comunicar expressa na F2 da escala Forma de comunicar do que os enfermeiros de cuidados gerais.

**Tabela 15** – Resultados dos fatores e global das escalas por serviço do enfermeiro

Fatores	Serviço		T (p)
	Urgência	Medicina interna	
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	
<b>F1 - Prestação de cuidados</b>	4,07±0,74	4,34±0,59	-1,414 (0,157)
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	3,42 ±0,89	3,65±0,56	-0,780 (0,435)
<b>Prestação de cuidados</b>	3,93±0,73	4,19±0,54	-1,329 (0,184)
<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	3,15±0,78	3,31±0,61	-0,782 (0,434)
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	3,85±0,73	3,83±0,57	-0,377 (0,706)
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	3,82±0,66	4,19±0,67	-1,833 (0,067)
<b>Aplicação de técnicas</b>	3,56±0,60	3,73±0,47	-1,239 (0,215)
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	4,11±0,46	3,81±0,66	-1,479 (0,139)
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	3,85±0,59	3,90±0,57	-0,391 (0,696)
<b>F3 – Forma de comunicar</b>	3,81±0,59	3,91±0,55	-0,810 (0,418)

<b>Forma de comunicar</b>	4,01±0,40	3,85±0,59	-0,362 (0,717)
---------------------------	-----------	-----------	----------------

$\bar{X} \pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão; Z (p) – Estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância);

Com base na tabela 13 verifica-se que para todos os fatores e global das escalas utilizadas os resultados obtidos são estatisticamente idênticos entre os enfermeiros do serviço de urgência e os enfermeiros do serviço de medicina interna.

De modo a perceber a possível relação entre o tempo de serviço profissional, o tempo de serviço no serviço atual com a percepção dos enfermeiros relativamente à comunicação com a pessoa em estado crítico determinaram-se os coeficientes de correlação entre estas variáveis e os fatores e global das escalas utilizadas, tabela 14.

**Tabela 16** – Correlação de Spearman entre o tempo de exercício e os fatores e escalas

<b>Fatores e escalas</b>	<b>TeP</b>	<b>TeS</b>
<b>F1 - Prestação de cuidados</b>	0,095	-0,240
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	0,277	0,106
<b>Prestação de cuidados</b>	0,212	-0,139
<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	-0,055	-0,267
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	0,078	0,038
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	0,216	-0,086
<b>Aplicação de técnicas</b>	0,048	-0,214
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	-0,110	-0,175
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	-0,159	-0,179
<b>F3 – Forma de comunicar</b>	-0,101	-0,249
<b>Forma de comunicar</b>	-0,152	-0,227

\*-significativo a 5%; \*\*-significativo a 1%.

Com base na tabela 14 concluiu-se que a correlação entre os fatores e global das escalas e os tempos de exercício profissional e no serviço atual não apresentam qualquer significância estatística. Pode-se assim afirmar a um nível de significância de 5%, que o tempo de exercício profissional não se relacionava com a prestação de cuidado à pessoa em estado crítico, às técnicas de comunicação utilizadas nem ao modo com eram utilizadas.

**Tabela 17** – Resultados dos fatores e global das escalas por formação em comunicação em enfermagem por parte do enfermeiro

Fatores	Formação em comunicação em enfermagem		T (p)
	Não	Sim	
	$\bar{X}\pm s$	$\bar{X}\pm s$	
<b>F1 - Prestação de cuidados</b>	4,12±0,73	4,28±0,59	-0,135 (0,892)
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	3,40±0,82	3,82±0,64	-1,112 (0,266)
<b>Prestação de cuidados</b>	3,97±0,70	4,18±0,57	-0,382 (0,703)
<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	3,06±0,68	3,68±0,70	-2,667 ( <b>0,008</b> )
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	3,77±0,72	4,12±0,43	-1,381 (0,167)
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	3,89±0,72	4,12±0,50	-0,771 (0,440)
<b>Aplicação de técnicas</b>	3,52±0,56	3,95±0,45	-2,239 ( <b>0,025</b> )
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	3,97±0,48	4,16±0,74	-1,734 (0,083)
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	3,84±0,56	3,97±0,64	-0,577 (0,564)
<b>F3 – Forma de comunicar</b>	3,74±0,52	4,18±0,64	-1,960 (0,052)
<b>Forma de comunicar</b>	3,90±0,40	4,12±0,65	-1,774 (0,076)

$\bar{X}\pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão; Z (p) – Estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância);

Tendo em atenção a tabela 15 observa-se que na escala sobre a prática do enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa crítica os resultados obtidos são estatisticamente idênticos entre os enfermeiros com ou sem formação em comunicação em enfermagem. Na escala aplicação das técnicas os resultados apresentados foram mais elevados nos enfermeiros com formação em comunicação em enfermagem, sendo as diferenças estatisticamente significativas no fator F1 e no global da escala. No que trata a escala sobre a forma de comunicar tem-se que os enfermeiros com formação em comunicação em enfermagem obtiveram resultados mais elevados do que os enfermeiros sem essa formação. Contudo, as diferenças observadas não apresentaram diferenças significativas.

**Tabela 18** – Resultados dos fatores e global das escalas por formação em comunicação com doente em situação crítica por parte do enfermeiro

Fatores	Formação em comunicação com doente em situação crítica		T (p)
	Não	Sim	
	$\bar{X}\pm s$	$\bar{X}\pm s$	
<b>F1 - Prestação de cuidados</b>	4,17±0,72	4,12±0,67	-0,547 (0,594)
<b>F2 - Prestação de cuidados</b>	3,47±0,80	3,57±0,82	-0,026 (0,985)
<b>Prestação de cuidados</b>	4,02±0,70	4,00±0,62	-0,510 (0,620)
<b>F1 – Aplicação de técnicas</b>	3,14±0,72	3,45±0,71	-1,291 (0,202)
<b>F2 – Aplicação de técnicas</b>	3,79±0,70	4,07±0,54	-1,133 (0,266)
<b>F3 – Aplicação de técnicas</b>	3,94±0,71	3,97±0,58	-0,142 (0,893)
<b>Aplicação de técnicas</b>	3,57±0,57	3,79±0,52	-0,942 (0,355)
<b>F1 – Forma de comunicar</b>	3,97±0,52	4,19±0,63	-1,384 (0,171)
<b>F2 – Forma de comunicar</b>	3,83±0,54	4,00±0,72	-0,558 (0,589)
<b>F3 – Forma de comunicar</b>	3,83±0,52	3,90±0,77	-0,309 (0,778)
<b>Forma de comunicar</b>	3,92±0,43	4,10±0,59	-1,084 (0,286)

$\bar{X}\pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão; Z (p) – Estatística do teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes (nível de significância);

Com base na tabela 16 verifica-se que para todos os fatores e global das escalas utilizadas os resultados obtidos são estatisticamente idênticos entre os enfermeiros com formação em comunicação com o doente em situação crítica e os enfermeiros que não tinham tal formação.

## 5. DISCUSSÃO

Os estudos mostram a importância da utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados ao doente crítico de forma a corresponder às necessidades dos doentes e às suas expectativas, contribuindo para melhores cuidados de enfermagem. Segundo Campos (2018), a comunicação permite-nos estabelecer uma relação com o doente que viabilize a satisfação das suas necessidades através da partilha interpessoal, deste modo, devemos comunicar de forma terapêutica. A comunicação terapêutica é uma intervenção consciente que permite humanizar o cuidado e implementar mudanças que respeitam as necessidades do doente de forma a promover uma melhor adesão terapêutica e otimizar os cuidados prestados.

Em contexto da prestação de cuidados à PSC em contexto de UCI e de SU podemos deparar-nos com barreiras de comunicação inerentes ao ambiente envolvente quer por ruído externo, sobrecarga de trabalho e o estado de saúde mas também pela complexidade de intervenções exigidas e pela presença de diversos dispositivos médicos que podem limitar a comunicação do doente. Isto é verificado no estudo de Silva et al (2010) que descrevem que pacientes graves na UTI apresentam barreiras de comunicação (condições clínicas, estado de consciência), mas que a comunicação terapêutica é vista como instrumento essencial de assistência de enfermagem, capaz de melhorar a relação e tornar o cuidado mais humano.

Estudos existentes revelam a importância da comunicação terapêutica no contexto de prestação de cuidados bem como as vantagens que esta pode trazer. Isto verifica-se no estudo de Farokhzadian et al (2023) que mostra que um workshop de treino em comunicação terapêutica melhora os comportamentos de cuidado dos enfermeiros em UTI e ajuda a promover empatia, atenção centrada no doente, e potencialmente melhor satisfação do doente e qualidade do serviço. Já Silva et al (2010) concluíram que estratégias efetivas de comunicação (adaptação ao estado do doente, clareza, empatia) aumentam a percepção de cuidado, promovem vínculo, ajudam no alívio do sofrimento, melhoram a qualidade do cuidado de enfermagem.

O enfermeiro desempenha um papel essencial na prestação de cuidados à PSC e como tal deve aplicar diariamente estratégias de comunicação terapêutica que facilitem a prestação de cuidados e que nos permitam responder às necessidades dos doentes. No período estabelecido para este estudo participaram um total de 48 enfermeiros que no seu dia-a-

dia trabalham com o doente crítico. A maioria foi do sexo feminino (75%, n = 36), com idades compreendidas entre os 40 e 49 anos (43,8%, n = 21), apenas com Licenciatura em Enfermagem (45,8%, n = 22), a maior parte a desempenhar funções em contexto de SU (66,7%, n = 32) e, com uma média de tempo de serviço de 13,92 anos. A prevalência de elementos do sexo feminino observada neste estudo vai de acordo ao observado em outros estudos e estatísticas que dizem que a maioria dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino. A OMS (2025) refere que 85% dos profissionais de enfermagem são mulheres. Já no seu estudo Bordbar et al (2023), verificaram que a maioria dos enfermeiros a nível mundial eram mulheres (76,91%) com idade compreendida entre 35 a 44 anos (29,1%).

Neste estudo observou-se também 68,8% (n = 33) da amostra eram apenas Enfermeiros de cuidados gerais. Este dado é corroborado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) que em 2023 concluiu que 83 538 enfermeiros na Ordem dos Enfermeiros, dos quais 70,7% eram generalistas.

Relativamente às questões referentes à formação 22,9% (n = 11) afirmaram possuir formação na área de Comunicação em Enfermagem e, 20,8% (n = 10) disseram possuir formação na área da Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica. Considerando estes dados sugerimos o investimento por parte dos serviços ou das equipas em formação no âmbito desta temática. No estudo Farokhzadian et al (2023) verificaram que a formação em comunicação terapêutica melhorou a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros em contexto de UCI.

As três estratégias de comunicação terapêutica mais conhecidas pelos enfermeiros que participaram neste estudo foram o toque (87,5%, n = 42), a escuta (85,4%, n = 41) e, o olhar (79,2%, n = 38). As cinco técnicas que referiram utilizar com mais frequência na prestação de cuidados à PSC foram o olhar ( $4,19 \pm 0,87$ ), a escuta ( $4,19 \pm 0,79$ ), aconselhar e dar informação ( $3,94 \pm 0,93$ ), o toque ( $3,85 \pm 0,85$ ) e, a postura ( $3,79 \pm 0,87$ ).

Considerando o olhar, Araújo et al (2015) concluíram que 50% dos enfermeiros estabelecem contacto visual sem diálogo, que 36,7% estabelecem contacto visual com diálogo e, 13,3% desviam o olhar do contacto visual.

Relativamente à escuta, os enfermeiros que participaram no estudo de Colho (s/d) disseram que cerca de 56,1% utilizam intencionalmente a escuta como técnica terapêutica para responder às necessidades pessoais das pessoas.

De acordo com Carvalho et al (2008), “é na da visita de enfermagem que o enfermeiro estabelece a comunicação com o paciente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico, aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade de internação e estrutura física hospitalar, desempenhando um importante papel na redução dos quadros de tensão e ansiedade que repercutem no quadro clínico do cliente”.

No estudo Gulnaz et al (2020), 69,9% dos participantes afirmaram utilizar o toque algumas vezes como técnica de comunicação. Sandness & Uhrenfeldt (2024) verificaram que os enfermeiros em UCI comunicam de forma não verbal com os doentes recorrendo ao toque e que este é uma parte importante da comunicação e manutenção da relação com o doente. Segundo os enfermeiros deste estudo o toque também transmite conforto, esperança e força e, permite humanizar os cuidados em UCI.

O estudo de Airosa et al (2024) mostrou que o toque contribui para cuidados humanizados e holísticos em contexto de UCI. O toque proporciona sensação de respeito, segurança e compaixão ao doente e, a PSC com dificuldade de comunicação esta pode ocorrer através do toque.

Considerando a postura e, aconselhar e dar informação como técnicas de comunicação terapêutica, na minha pesquisa não encontrei artigos com referência a dados estatísticos sobre a utilização destas técnicas que reforcem os dados obtidos nesta investigação.

Tendo em conta a questão 2 da Parte II do questionário, de entre as 14 afirmações sobre as quais os enfermeiros tinham de expressar o seu grau de concordância de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), as três expressões que apreenham maior média foram: “A comunicação deve ser verbal e não-verbal e, devemos ter capacidade de escutar ativamente e utilizar uma linguagem clara e acessível” (4,46±0,89); “O enfermeiro deve saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo para conversar e mostrar interesse” (4,42±0,79); e, “A empatia é essencial para estabelecer comunicação terapêutica com os pacientes” (4,38±0,82).

No estudo de Dutra et al (2011), a comunicação envolve interação entre os dois elementos, de forma voluntária ou não, pelos seus gestos, olhares, silêncio e até pela sua ausência. E segundo os mesmos, o enfermeiro em contexto de UCI deve utilizar além da comunicação verbal outras estratégias como sinais, a escrita ou desenhos e, quando não existe

comunicação verbal salienta-se a importância do olhar, do toque, dos gestos e das expressões faciais.

Os participantes do estudo reconhecem a importância da comunicação verbal e contacto físico na prestação de cuidados, mas revelam dificuldade em conjugar os dois e, dificuldade em comunicar com os doentes sem ser com comunicação verbal. (Lim et al, 2020)

No estudo de Lim et al (2020), verificaram que a comunicação e enfermagem são indissociáveis embora esta possa ser um desafio em UCI e que a comunicação terapêutica contribui para o bem-estar dos doentes e familiares. De acordo com Baptista et al (2024), desenvolver as capacidades de comunicação não-verbal enquanto enfermeiros permite compreender melhor as necessidades do doente e prestar cuidados mais empáticos e efetivos.

De acordo com Dutra et al (2011), os enfermeiros sentem a necessidade de encontrar novas formas de comunicação de forma a responder às necessidades dos doentes. Lim et al (2020) verificaram que em contexto de UCI a comunicação com base na empatia e experiência ajuda de forma significativa os doentes a perceberem as suas doenças de forma mais positiva. Os enfermeiros em UCI perceberam também a importância de ouvir os doentes e os seus familiares sem dizer nada.

A interação entre enfermeiro e doente caracteriza-se por uma relação entre os dois com implica atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia de ambas as partes. (Carvalho et al, 2008). A revisão sistemática da literatura de Koukouli et al (2020) mostra que a empatia é essencial para a relação terapêutica entre enfermeiro e doente e que melhora os resultados de saúde uma vez que permite conhecer os doentes, fortalecer o desenvolvimento da relação terapêutica e, que a capacidade empática do enfermeiro leva a melhores resultados terapêuticos.

Tendo em conta as afirmações relativamente à frequência da aplicação das técnicas na prestação de cuidados de enfermagem as que apresentaram mais média foram: “Estabeleço uma comunicação eficaz, empática, honesta e sensível para transmitir uma relação de confiança ao doente” (4,17±0,56); “Na comunicação terapêutica utilizo uma linguagem simples e direta, adequada ao paciente” (4,15±0,65); “Na comunicação com o doente utilizo estratégias de comunicação verbal” (4,13±0,70); e, “Adapto a minha postura enquanto profissional para estabelecer comunicação terapêutica” (4,13±0,64).

A comunicação com o doente permite estabelecer uma relação de confiança com o mesmo e contribui para diminuir a sensação de medo e ansiedade. A comunicação terapêutica permite também promover uma assistência de qualidade e individualizada. (Carvalho et al, 2008). Considerando o estudo de Dutra et al (2011), o enfermeiro deve reconhecer os sentimentos dos doentes de forma a entender as suas necessidades, aplicar um plano de cuidados adequados, ver o doente de forma holística e desenvolver uma postura empática.

Na scoping review de Baptista et al (2024), verificou-se “que intervenções comunicativas eficazes podem aliviar a ansiedade e o stress dos doentes, realçando a necessidade de habilidades de comunicação empáticas e adaptadas.” No estudo de Carvalho et al (2008), concluíram que quando comunicamos temos de considerar o meio que nos envolve e neste sentido, ela deve ser planeada e adequada a cada doente.

Baloyi et al (2022), identificaram fatores intrínsecos aos enfermeiros como a sua personalidade, crenças e experiências profissionais e associaram-nos à eficácia de comunicação não-verbal. Também verificaram que os enfermeiros nem sempre estão conscientes a sua linguagem corporal nem aparência física. Concluíram também que o enfermeiro precisa estar consciente dos seus próprios comportamentos não-verbais — postura, expressões, tom de voz — e ajustá-los conforme o idoso/paciente e o contexto.

No estudo de Brasil et al (2000) as enfermeiras participantes identificaram a função da linguagem corporal como uma forma de expressar através do corpo emoções, sentimentos, reações e de transmitir mensagens. Muitas vezes, a comunicação não-verbal modifica o significado da verbal, ou seja, a mensagem verbal é contraditória ao que é expresso pela comunicação não-verbal entre os indivíduos. Podemos afirmar também, que é imperiosa no profissional, a habilidade em perceber manifestações não-verbais no comportamento dos pacientes, que muitas vezes negam o verbal.

## 6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A utilização de estratégias de comunicação terapêutica permite-nos estabelecer uma relação terapêutica com o doente e desta forma prestarmos cuidados de enfermagem ao doente crítico respeitando-o de forma holística. A utilização das mesmas por parte dos enfermeiros requer sensibilidade e conhecimentos, permitindo-lhes desta forma conhecer o doente como um todo e prestar cuidados seguros e de qualidade que vão de encontro às vontades do doente e, família/cuidadores. Os enfermeiros sendo os profissionais com mais horas de contacto dos doentes tornam-se também uma figura de referência para os mesmos e para a sua família/cuidadores, assim que adquirir competências no âmbito da comunicação terapêutica é fundamental.

A nível da caracterização sociodemográfica e profissional da amostra do estudo verificou-se que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (75%), tinham idade compreendida entre os 20 e 39 anos (45,8%), possuíam apenas grau de Licenciatura (45,8%), eram enfermeiros de cuidados gerais (68,8%), desempenhavam funções no serviço de Urgência (66,7%), com um tempo de experiência profissional de 10 a 20 anos (41,7%) e, tempo de experiência no serviço atual inferior a 5 anos (45,8%). Relativamente a ter formação na área de comunicação 77,1% dos elementos referiam que não possuíam e, 79,2% disseram não ter formação na área de comunicação com a pessoa em situação crítica.

As três técnicas de comunicação terapêuticas mais conhecidas pelos enfermeiros inquiridos foram o toque, a escuta e, o olhar. E as três técnicas que dizem utilizar mais na sua prática são o olhar, a escuta e o toque. Assim, verificamos que as técnicas mais conhecidas coincidem com as técnicas mais utilizadas na prestação de cuidados.

As mulheres demonstraram utilizar mais na prática clínicas técnicas de comunicação terapêutica com o doente crítico comparativamente aos elementos do sexo masculino e, maior concordância sobre a importância da utilização das mesmas. O estudo também revelou que enfermeiros especialistas e com formação em comunicação utilizam técnicas de comunicação terapêutica de forma mais consistente e frequente. Assim, consideramos que a formação e educação são essenciais ao desenvolvimento profissional, sendo que poderia ser pertinente a realização nos serviços de formações sobre Comunicação Terapêutica com o doente crítico.

Por sua vez, a idade, o tempo de serviço e, o serviço onde os elementos da amostra desempenhavam funções não revelou ter influência na utilização de estratégias de comunicação terapêutica.

Ficou demonstrado que a comunicação terapêutica é considerada essencial, com destaque para a empática, escuta ativa de linguagem clara.

Este estudo demonstrou a importância de enquanto profissionais procurarmos sempre aprofundar conhecimentos e da necessidade de formação desta área por parte dos profissionais. Como forma de sugestão fica então a realização de formação em serviço sobre esta temática e possíveis estudos futuros que possam revelar se a formação altera a percepção de utilização de técnicas de comunicação terapêutica na prática.

## **SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO**

Terminado este relatório de ensino clínico pensamos ter atingidos os objetivos propostos e ter adquirido competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Nos ensinamentos clínicos realizados no serviço de Hemodiálise, Urgência e Medicina Intensiva pusemos em prática conhecimentos teóricos e práticos para adquirir as diferentes competências no âmbito desta especialidade.

No decorrer dos estágios enfrentamos algumas dificuldades por se tratar de um ambiente novo e de técnicas que nunca tinha experienciado, no entanto, com suporte dos enfermeiros tutores e com a procura constante de aprofundar conhecimentos procurei sempre adaptar-me e melhorar a minha prática de forma a prestar cuidados de forma segura e autónoma.

Os estágios permitiram participar em diferentes contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adquirir e consolidar competências no âmbito de diversas intervenções e procedimentos tendo em vista os padrões de qualidade. A realização do estudo de investigação sobre a Utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica permitiu desenvolver conhecimentos sobre a perceção e as práticas dos enfermeiros dessa área relativamente a esta temática, o que demonstra a importância de ao longo da nossa vida profissional continuarmos sempre a investir na nossa formação e desenvolvimento.

Em suma, consideramos que as aprendizagens e competências adquiridas neste percurso serão fundamentais na nossa prática enquanto enfermeira especialista contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Airosa, F., Elmqvist, C., Henricson, M., Karlsson, A. C., Karlsson, L., Rosenqvist, J. & Tengblad, J. (2024). “*I am Here*”—*The importance of caring touch in intensive care: A qualitative observation and interview study*. *Journal of Holistic Nursing*, 42(3), 254-264. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08980101231198723?>
- Araújo, S. T. C., Guimarães, T. C. F., Oliveira, R. M. P., Porto, I. S., Rezendel, R. C. & Santo, F. H. E. (2015). Expressões corporais no cuidado: uma contribuição à Comunicação da Enfermagem. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://www.scielo.br/j/reben/a/LW3tyC4GHR9dTtRymTRgRfK/?format=pdf&lang=pt>
- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015 — Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [Diário da República, Série I, n.º 181]. Consultado a 10 de agosto de 2025 no website <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Baloyi, O. B., Duma, S. E., Kerr, J. & Keutchafo, E. L. W. (2022). Conditions Influencing Effective Nurse Nonverbal Communication With Hospitalized Older Adults in Cameroon. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/23333936221098751>
- Baptista, G., Galvão, A., Magalhães, B. & Rodrigues, V. (2024). Estratégias de comunicação do enfermeiro com o doente crítico em unidades de cuidados intensivos: scoping review. Consultado a 26 de setembro de 2025 no website <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/35355/26223>
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. & Guimarães, J. (2007). *Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente*. *Revista Fafibe On Line*, 3.
- Bordbar, N., Bordbar, S. & Kharazmi, E. (2023). *Distribution of nursing workforce in the world using Gini coefficient*. *BMC Nursing*, 22, 151. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01313-w?>
- Brasil, V. V., Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. A., Silva, L. M. G. & Silva, M. J. P. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tDnHtdjX3DGwKb8TMCLPJCq/?format=pdf&lang=pt>
- Caldas, S. P. & Nogueira, L. M. V. & Paiva, B. L. & Rodrigues, I. L. A. & Santos, E. M. (2017). Comunicação como ferramenta para segurança do paciente indígena hospitalizado. Acedido a 20/03/2024 em <https://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16330/12428>
- Calle, G. H. & Martin, M. C. & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. Acedido a 27/03/2024 em [www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/?format=pdf&lang=pt)
- Campos, C. M. (2018). *A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem*. *PsiLogos*, 15(1), 91-101. Consultado a 22 de setembro de 2025 no website <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Cardoso, R. M. (2018). *Competências Clínicas de Comunicação*. Artes Gráficas, Lda.
- Carvalho, A. P., Costa, I. R. & Tigre, I. M. T. A. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Consultado a 26 de setembro de 2025 no website <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019606006.pdf?>

- Centro de Bioética do CREMESP (2002). Código de Nuremberg. Consultado a 10 de Julho de 2023 em <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>
- Coelho, M. (s/d). A Escuta/Técnica de comunicação terapêutica: o que valorizam os enfermeiros. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://pt.scribd.com/document/855940579/A-Escuta-Tecnica-de-Comunicacao-Terapeutica-o-Que-Valorizam-Os?>
- Coelho, M. T. (2015). Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Coutinho, C. P. (2022). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2.<sup>a</sup> edição. Edições Almedina, S.A. Coimbra
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Consultado a 10 de Julho de 2023 em [https://www.wma.net/wpcontent/uploads/2016/11/491535001395167888\\_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf](https://www.wma.net/wpcontent/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2020). STOP Infecção Hospitalar 2.0. Consultado a 20 de setembro de 2025 no website <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/stop-infecao-hospitalar-20.aspx>
- Dutra, B. S., Nunes, T. H. P., Rodrigues, A. F., Santana, J. C. B. & Silva, R. C. L. (2011). Comunicação não verbal nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. Consultado a 26 de setembro de 2025 no website <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750888012.pdf?>
- Espert-Giménez, M.C. & Gascó-Prado, V. J. & Rioja-Castellano, E. (2020). Empatia, inteligência emocional e comunicação em enfermagem: efeito moderador de fatores organizacionais. Acedido a 20/03/2024 em [www.scielo.br/j/rlae/a/dPkjvNYxtzYk8KFfcNXQrxH/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/rlae/a/dPkjvNYxtzYk8KFfcNXQrxH/?format=pdf&lang=pt)
- Farokhzadian, J., Foroughameri, G., Miri, S., Nematollahi, M., Zakeri, M. A., Zare, F. (2023). *Therapeutic communication skills training: An effective tool to improve the caring behaviors of ICU nurses*. *Acta Medica Iranica*, 61(5), 294-296. Consultado a 22 de setembro de 2025 no website <https://publish.kne-publishing.com/index.php/ACTA/article/view/13486>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gulnaz, K., Mahmut, O., Nazan, G. B. & Serkan, D. (2020). Barriers of Nursing Students about Touching: In General Life and Clinical Settings. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://www.proquest.com/docview/2410490818?sourcetype=Scholarly%20Journal&>
- Instituto Nacional de Estatística (2025). Estatísticas de Saúde – Dia Internacional do Enfermeiro. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=726085251&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=726085251&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Koukoulis, S., Moudatsou, M., Philalithis, A. & Stavropoulou, A. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. Consultado a 24 de setembro de 2025 no website <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7151200&blobtype=pdf>
- Lim, O. B., Shim, J. L. & Yool, H. J. (2020). Critical care nurses' communication

- experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. Consultado a 26 de setembro de 2025 no website <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7347110/pdf/ponc.0235694.pdf>
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 — Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [Diário da República, I Série, n.º 205, pp. 2959-2962]. Consultado a 10 de junho de 202 no website <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ministério da Saúde. Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de Março; Diário da República, n.º 55/2002, Série I-B, p. 1865-1866. Consultado a 28 de setembro de 2025 no website <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Mourão, C. M. L. et al. *A comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica*. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set. 2009. Web site consultado a 10 de Novembro de 2022 em <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4151>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Decreto-Lei n.º 124/2011 — Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 249, 5491-5498. Consultado a 21 de junho de 2025 no website <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/124-2011-145186>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 – Relativo às competências específicas do enfermeiro especialista. Diário da República, n.º 135. Consultado a 20 de junho de 2025 no website <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Consultado a 20 de junho de 2025 no website <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Consultado a 15 de junho de 202 no website <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, n.º 26, Série II, 4744-4750. Consultado a 20 de junho de 202 no website <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. Parecer n.º 2/CE e MCEEMC – Rácio de enfermeiros em serviços de medicina intensiva COVID. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 20 de setembro de 2025 no website [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2\\_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2025). Nursing workforce grows, but inequities threaten global health goals. Consultado a 25 de setembro de 2025 no website <https://www.who.int/news/item/12-05-2025-nursing-workforce-grows--but-inequities-threaten-global-health-goals?>
- Pereira, J. F. & Silva, N. C. M. & Sampaio, R. S. & Ribeiro, V. C. & Carvalho, E. C. (2023). Estratégias de comunicação enfermeiro-paciente: proposta de um vídeo educativo para estudantes de enfermagem. Acedido a 20/03/2024 em [www.scielo.br/j/rlae/a/vb765fGtRF6nLdPpLz4LscL/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/rlae/a/vb765fGtRF6nLdPpLz4LscL/?format=pdf&lang=pt)

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1.<sup>a</sup> edição). Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Ramos, A. P. & Bortagarai, F. M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. Web site consultado a 10 de Novembro de 2022 em [www.scielo.br/j/rcefac/a/tvhH9gHRSnzJVkR76pmn6VL/abstract/?lang=Pt](http://www.scielo.br/j/rcefac/a/tvhH9gHRSnzJVkR76pmn6VL/abstract/?lang=Pt)
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1.<sup>a</sup> edição. Climepsi editores, Lisboa
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. 3.<sup>a</sup> edição. Legis Editora, Porto
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4.<sup>a</sup> edição. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures
- Sandness, L. & Uhrenfeldt, L. (2024). Caring touch as communication in intensive care nursing: a qualitative study. Consultado a 26 de setembro de 2025 no website <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17482631.2024.2348891?needAccess=true>
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. Web site consultado a 20 de Janeiro de 2025 em [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426\\_Comunicacao\\_terapeutica\\_em\\_saude\\_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426_Comunicacao_terapeutica_em_saude_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf)
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1.<sup>a</sup> edição). Lisboa: Lidel – Edições técnicas Lda
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). RNEHR - Medicina Intensiva. Aprovada em 10 de agosto de 2017. Lisboa: SNS. Consultado a 15 de junho de 2025 no website <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Silva, R. M. O., Souza, J. G., & Tavares, J. L. (2010). *Comunicação enfermeira e paciente na unidade de tratamento intensivo*. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1). Consultado a 22 de setembro de 2025 no website <https://doi.org/10.18471/rbe.v21i1.3912>
- Sociedade de Enfermagem de Reabilitação (SEP). (2012). Código deontológico de enfermagem. Consultado a 10 de agosto de 2025 no website [https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep\\_2012\\_Codigo\\_Deontologico\\_Enfermagem.pdf](https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_2012_Codigo_Deontologico_Enfermagem.pdf)
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. 3.<sup>a</sup> edição. Edições Sílabo, Lda. Lisboa

## **APÊNDICES E ANEXOS**

**APÊNDICE I** – Pedido de kit de esterilização par remoção de CVC tunelizado de diálise



Serviço: Hemodiálise Bragança

Pedido de Kit de esterilização

Remoção de cateter venoso central tunelizado

- 1 cabo de bisturi;
- 1 tesoura;
- 1 porta-agulhas;
- 2 finoquetes;
- 1 pinça de disseção.

## APÊNDICE II – Lista de material para remoção de CVC de diálise tunelizado



Serviço: Hemodiálise Bragança

### Material para Remoção de cateter venoso central tunelizado

- Kit esterilizado;
- Bata esterilizada;
- Luvas esterilizadas;
- Campo esterilizado com janela;
- Toalhetes de Cloro-hexidina 2% + Álcool 70%;
- Lidocaína ampola;
- Seringa;
- Agulha 18;
- Agulha 23;
- Compressas esterilizadas;
- Fio de sutura;
- Cloro-hexidina 2% + Álcool 70% solução cutânea;
- Adesivo;
- Bisturi.

## APÊNDICE III – Plano de sessão de formação



GABINETE DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

### PLANO DA SESSÃO

**Designação da Formação:** Suporte Imediato de Vida no Doente Crítico

**Destinatários:** Equipa multidisciplinar da Unidade de Hemodiálise, Unidade Hospitalar/C. Saúde, Unidade Local de Saúde do Nordeste – Hospital de Bragança

**Data:** 2023/07/11 **Hora:** 15 horas **Duração Prevista:** 2 horas **Serviço:** Hemodiálise

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os algoritmos de Suporte básico de vida e de Suporte avançado de vida;</li> <li>- Identificar os principais ritmos de paragem cardiorrespiratória;</li> <li>- Aplicar as intervenções de enfermagem segundo a abordagem ABCDE;</li> <li>- Conhecer os principais fármacos usados durante a reanimação e vias de administração;</li> <li>- Saber utilizar os materiais disponíveis no serviço (carro de emergência e medicação) em situação de peri-paragem e paragem cardiorrespiratória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar algoritmos de Suporte Básico de Vida e de Suporte Avançado de Vida;</li> <li>- Conhecer os ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis;</li> <li>- Apresentar a abordagem inicial de vítimas em paragem cardiorrespiratória;</li> <li>- Identificar os fármacos usados em paragem cardiorrespiratória;</li> <li>- Descrever os componentes do monitor desfibrilhador e o seu funcionamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algoritmo de Suporte Básico de Vida;</li> <li>- Algoritmo de Suporte Avançado de Vida;</li> <li>- Causas reversíveis de paragem cardiorrespiratória;</li> <li>- Monitorização eletrocardiográfica;</li> <li>- Análise e leitura de ritmo de eletrocardiograma;</li> <li>- Ritmos de paragem cardiorrespiratória;</li> <li>- Abordagem ABCDE: via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição;</li> <li>- Indicações e doses dos fármacos usados em reanimação;</li> <li>- Preparação e administração correta dos fármacos em paragem cardiorrespiratória;</li> <li>- Colocação de pás multifunções;</li> <li>- Demonstração da funcionalidade do monitor desfibrilhador.</li> </ul>	<p>Ativa e Passiva</p>

**Formador(es):** Ana Rita Fernandes Sá (4) e Elisabete da Conceição Afonso Mesquita (41470)

**Material necessário:** computador portátil, projeto multimédia, apresentação em PowerPoint, carro de emergência, monitor desfibrilhador

Responsável pela Formação

Gabinete de Formação e Desenvolvimento

#### APÊNDICE IV – Instrumento de recolha de dados

Caro(a) colega Enfermeiro(a),

Eu, Elisabete da Conceição Afonso Mesquita, a frequentar o 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médio-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e, a desempenhar funções do serviço de Medicina A da ULSNE, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação para obtenção do grau de Mestre, subordinado ao tema: “Perceção dos enfermeiros sobre a utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica”.

Este questionário tem como objetivo “Identificar as técnicas de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à pessoa em situação crítica no SMI e no SU de uma Unidade Hospitalar do Norte do país”.

O presente instrumento de recolha de dados é constituído por duas partes. A primeira visa caracterizar sociodemograficamente e profissionalmente a amostra e, a segunda parte visa identificar a perceção dos enfermeiros sobre a utilização de técnicas de comunicação terapêuticas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e a sua frequência.

O seu contributo é extremamente importante e essencial para o desenvolvimento deste estudo. O preenchimento do questionário demora 5 a 7 minutos. Por favor, leia atentamente as questões antes de responder.

As suas respostas são confidenciais e anónimas e, só serão utilizadas no presente trabalho. Em nenhuma parte do questionário é identificado o inquirido. Pode desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional, contacte:

- E-mail: [elisabete.cam96@hotmail.com](mailto:elisabete.cam96@hotmail.com)
- Tel: 933 547 697

<p><b>Participação no estudo</b> – Depois de ler o texto introdutorio considero-me informado/a</p>
--

- Aceito participar neste estudo
- Não aceito participar neste estudo

**Instruções para o preenchimento do questionário:**

1. Assinale com o X a sua resposta.
2. Não deixe nenhuma questão por responder, uma vez que isso pode inviabilizar uma análise adequada dos dados e o questionário será excluído.

**Parte I – Caracterização sociodemográfica e profissional**

**1. Género**

- Feminino
- Masculino

**2. Idade**

- 20 – 29 anos
- 30 – 39 anos
- 40 – 49 anos
- 50 – 59 anos
- ≥60 anos

**3. Habilitações académicas e profissionais**

- Licenciatura em Enfermagem
- Pós-graduação
- Especialidade

Mestrado

Doutoramento

**4. Categoria profissional**

Enfermeiro/a de cuidados gerais

Enfermeiro/a especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Enfermeiro/a especialista noutra área de enfermagem

**5. Serviço em que desempenha funções:**

Serviço de Urgência

Serviço de Medicina Intensiva

**6. Tempo de exercício profissional (em anos): \_\_\_\_\_**

**7. Tempo de exercício profissional no serviço atual (em anos): \_\_\_\_\_**

**8. Tem alguma formação na área de comunicação em Enfermagem?**

Sim

Não

**9. Tem alguma formação na área da comunicação com a pessoa em situação crítica?**

Sim

Não

**Parte II – Perceção sobre a utilização de técnicas de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica**

1. Considerando as técnicas de comunicação terapêutica abaixo descritas identifique com uma cruz (X) quais conhece.

- O toque
- A distância
- A postura física
- O olhar
- A escuta
- A síntese
- O questionamento
- O feedback
- Aconselhar e dar informação

2. Leia atentamente as seguintes afirmações. Tendo em conta a sua prática enquanto enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, diga qual o seu grau de concordância com cada uma, sendo:

**1. discordo totalmente; 2. Discordo; 3. não discordo nem concordo; 4. concordo 5. concordo totalmente.**

<b>Afirmações</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Utilizo a comunicação terapêutica como uma ferramenta essencial durante a prestação de cuidados					
As minhas capacidades de comunicação influenciam a qualidade da minha prestação de cuidados.					
Adapto as técnicas de comunicação terapêuticas utilizadas à individualizada e condição clínica do paciente.					
Utilizo técnicas de comunicação terapêutica para contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem que presto ao paciente.					
A comunicação deve ser verbal e não-verbal e, devemos ter capacidade de escuta ativamente e utilizar uma linguagem clara e acessível.					
A comunicação terapêutica é utilizada apenas de forma intencional.					

Através da comunicação com o utente/família consigo aprender e compreender as intenções, opiniões, emoções sentidas pela outra pessoa e, criar laços com ela.					
Enquanto enfermeiro utilizo estratégias de comunicação de forma a promover emoções positivas nos utentes.					
A empatia é essencial para estabelecer comunicação terapêutica com os pacientes.					
A comunicação terapêutica permite a interação entre enfermeiro e doente e, proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento para se atingir os objetivos do plano de cuidados.					
A comunicação terapêutica é um processo consciente que de forma intencional permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa.					
O enfermeiro deve saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo para conversar e mostrar interesse.					
As competências comunicacionais permitem identificar e satisfazer as necessidades do doente e, contribuem para o sucesso da relação terapêutica.					
A comunicação terapêutica é o grande suporte da relação terapêutica.					

3. Considerando a sua prática clínica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, diga com que frequência aplica cada uma das seguintes técnicas de comunicação terapêutica, sendo:

**1. nunca 2. Raramente 3. Ocasionalmente 4. frequentemente 5. sempre**

<b>Técnicas de comunicação terapêutica</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
O toque					
A distância					
A postura/postura física					
O olhar					
A escuta					
O silêncio					
A síntese					
O questionamento					
O feedback					
Aconselhar e dar informação					

4. Leia atentamente as seguintes afirmações. Diga com que frequência cada uma delas se aplica à sua prática de comunicação durante a prestação de cuidados de enfermagem.

**1. nunca 2. Raramente 3. Ocasionalmente 4. frequentemente 5. sempre**

<b>Comunicação terapêutica</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
--------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Na comunicação com o doente utilizo estratégias de comunicação verbal.					
Na comunicação com o doente utilizo estratégias de comunicação não verbal.					
Utilizo o toque como técnica de comunicação terapêutica.					
Utilizo o toque de forma intencional para estabelecer uma comunicação terapêutica.					
Adapto a minha postura enquanto profissional para estabelecer comunicação terapêutica.					
Na prestação de cuidados procuro adotar uma postura que me permite manter o contacto visual com o paciente.					
Utilizo o olhar como técnica de comunicação terapêutica e procura olhar o paciente nos olhos durante a prestação de cuidados.					
Utilizo a escuta como técnica de comunicação terapêutica.					
A escuta como estratégia de comunicação terapêutica permite-me identificar melhor as necessidades do paciente.					
Utilizo o silêncio como técnica de comunicação terapêutica uma vez que me permite mostrar atenção pelo que o paciente me comunica.					
Na comunicação terapêutica utilizo uma linguagem simples e direta, adequada ao paciente.					
Na comunicação terapêutica formulo questões para me certificar de que o paciente entende o que lhe foi dito.					
Estabeleço uma comunicação eficaz, empática, honesta e sensível para transmitir uma relação de confiança ao doente.					



**ANEXO II – Certificado de Participação no II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica**

II CONGRESSO INTERNACIONAL EM  
**Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica**  
**22-23**  
Fev/2024

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO**

Certificamos que

**Elisabete da Conceição Afonso Mesquita**

participou no **II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica**, realizado no Instituto Superior de Saúde, em Amareal, nos dias 22 e 23 de fevereiro de 2024, com carga horária de 16 horas.

A PRESIDENTE DO ISAVE  
*Maria Lúcia Duarte*  
PROFESSORA DOUTORA MARIA LÚCIA DUARTE

ISAVE



# Curso de Comunicação em Saúde

Certifica-se que

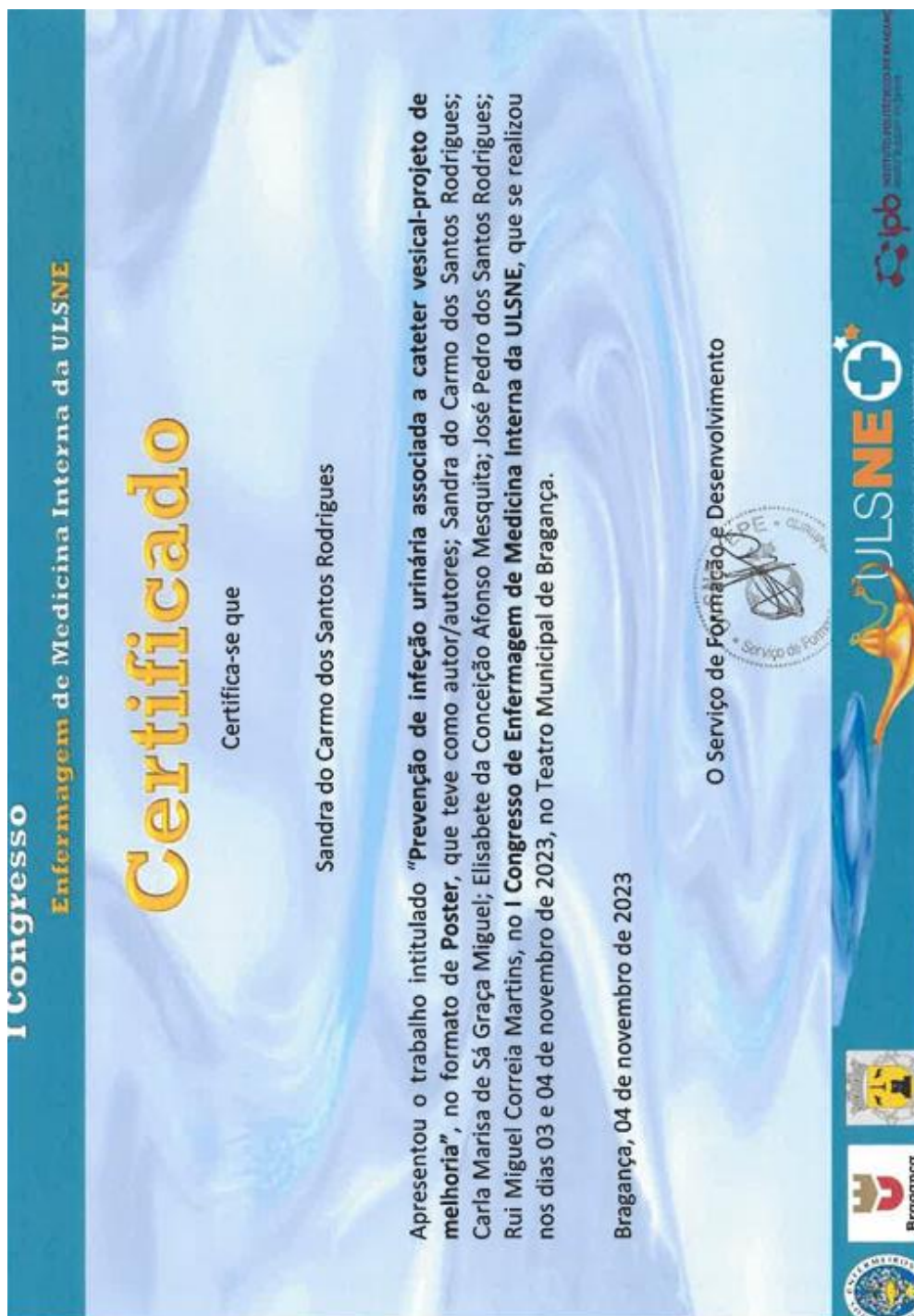
**Elisabete da Conceição Afonso Mesquita**

participou na formação Curso de Comunicação em Saúde, com a duração de 6 horas, organizada pela Speak and Lead a 25, 26 e 27 de Março de 2024.

O CEO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'David Mourão', written over a horizontal line.

(David Mourão)



## ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética da ULSNE



Iden.º 15/2025

### Parecer da Comissão de Ética

#### **Título de investigação:**

**Perceção das enfermeiras sobre a utilização de estratégias de comunicação terapêutica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica**

A CE deliberou emitir parecer *favorável* ao presente estudo.

a) a data da recolha de dados deve ser alterada.

Aprovado em reunião do dia 19 de fevereiro de 2025 por unanimidade.

Membros da Comissão de Ética da ULSNE, EP.E. presentes na reunião.

Maria de Jesus Machado Lopes  
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves  
Maria Judite Ramos Marques  
Carla Maria Perdigão Martins Grande  
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão  
Maria Assunção Moura Esteves (secretariado)

Presidente da Comissão de Ética


(Maria de Jesus Machado Lopes)


Unidade Local Saúde Nordeste  
**COMISSÃO DE ÉTICA**

*Res. CA 26.02.2025*

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

## ANEOX VI – Comprovativo de submissão de artigo em revista

 MILLENIUM  
Para: Você

← Responder   ← Responder a todos   → Reencaminhar    ...

seg, 29/09/2025 11:42

Elisabete da Conceição Afonso Mesquita,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA " à revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/authorDashboard/submission/43411>  
Nome de utilizador: elisabetecam

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

MILLENIUM