



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**“Estar com” a Pessoa em Situação Crítica no processo de  
transição de saúde-doença: Intervenção terapêutica de  
Enfermagem**

**Ana Catarina Carvalho Paulino**

---

**Lisboa  
2022**

**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**“Estar com” a Pessoa em Situação Crítica no processo de  
transição de saúde-doença: Intervenção terapêutica de  
Enfermagem**



**Orientador:  
Professora Doutora Anabela Mendes**



**Lisboa  
2022**

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.  
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

Paulo Freire

## **AGRADECIMENTOS**

Durante este período que passou, quero agradecer a todas as pessoas que de uma forma direta ou indireta, colaboraram comigo de modo a atingir os meus objetivos e que tornaram este caminho mais agradável de percorrer. Por isso, quero agradecer, especialmente:

À Professora Doutora Anabela Mendes pelo acompanhamento, colaboração, dedicação e incentivo, ao longo deste percurso. Este caminho tornou-se mais rápido com a sua cooperação e interajuda.

Aos enfermeiros orientadores dos serviços nos quais desenvolvi os meus estágios, pela vossa compreensão, ajuda e sobretudo, pela partilha de experiências e conhecimento.

Aos colegas de profissão dos serviços onde desenvolvi os estágios, pela fácil integração e pela vossa disponibilidade na resolução de problemas.

Aos meus colegas enfermeiros do local onde exerço funções, pela compreensão, disponibilidade e facilidade nas trocas.

Aos meus colegas de turma, que sempre estiveram presentes em qualquer hora para uma ou outra dúvida, ou até mesmo só para conversar. Por nunca deixarem ninguém para trás.

À minha família, o meu grande pilar, pela vossa compreensão, atenção e incentivo. O amor e o encorajamento incondicional que me dão, em todas as ocasiões.

Aos meus amigos, mesmo quando não estive presente, sempre disponíveis.

Ao Tiago, obrigada pela tua atenção, compreensão e apoio. Sem ti nada disto tinha acontecido.

## RESUMO

A enfermagem é subentendida como o exercício do cuidar, deste modo é necessário desenvolver estratégias que permitam conhecer o doente tendo em conta a sua cultura e o seu modo de compreender o mundo, para poder oferecer ao mesmo aquilo que ele necessita para alcançar o seu máximo de bem-estar.

O doente crítico passa por um conjunto de diferentes abordagens, face às suas necessidades, desde que entra no serviço de urgência até ao internamento.

Estabelecer um cuidado centrado na pessoa requer um compromisso contínuo, tendo sempre como objetivo, a melhoria dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem, com vista ao bem-estar de todos os intervenientes no processo.

Este relatório pretende revelar o percurso desenvolvido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior De Enfermagem De Lisboa, nomeadamente os estágios realizados na unidade de cuidados intensivos e no serviço de urgência .

Para além do enquadramento teórico, onde consta a definição de conceitos essenciais da temática, aborda os referenciais teóricos de Kristen Swanson – Teoria do Cuidar e de Afaf Meleis – Teoria das Transições.

Relata, de um modo descritivo e fundamentado, a forma como foram adquiridas as competências que o enfermeiro mestre e especialista requer, para prestar cuidados integrados e de qualidade ao doente crítico.

Pretende, ainda, espelhar todo o percurso desenvolvido, dando ênfase às ações planeadas e efetuadas nos locais de aprendizagem, mas também dando destaque à Revisão Integrativa da Literatura e aos momentos de aprendizagem externos.

**Palavras-chave:** doente crítico, bem-estar, intervenção de enfermagem.

## **ABSTRACT**

Nursing is understood as the exercise of care, so it is necessary to develop strategies that allow knowing the patient taking into account their culture and their way of understanding the world, in order to offer them what they need to achieve their maximum of well-being.

Critically ill patients undergo a set of different approaches, depending on their needs, from the moment they enter the emergency department until admission.

Establishing person-centered care requires a continuous commitment, always aiming to improve the care provided by the Nursing team, with a view to the well-being of all those involved in the process.

This report intends to reveal the path developed in the Internship with Report Curricular Unit, within the scope of the Master in Nursing in the Area of the Person in Critical Situation, by the Escola Superior De Enfermagem De Lisboa, namely the internships carried out in the intensive care unit and in the emergency service. .

In addition to the theoretical framework, which includes the definition of essential concepts of the subject, it addresses the theoretical references of Kristen Swanson – Theory of Caring and Afaf Meleis – Theory of Transitions.

It reports, in a descriptive and well-founded way, how the skills required by the master and specialist nurse were acquired to provide integrated and quality care to critically ill patients.

It also intends to reflect the entire path developed, emphasizing the actions planned and carried out in the learning places, but also highlighting the Integrative Literature Review and external learning moments.

**Keywords:** critically ill, well-being, nursing intervention.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ed. - edição

p. – página

pp. – páginas

vol. – volume

bpm – batimentos por minuto

n.º - número

## LISTA DE SIGLAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*  
AEC – Alteração do Estado de Consciência  
AO – Assistente Operacional  
AO's – Assistentes Operacionais  
APA – *American Psychological Association*  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica  
DAV – Diretiva Antecipada de Vontade  
DGS – Direção Geral da Saúde  
ECD – Exame Complementar de Diagnóstico  
ECG – Electrocardiograma  
EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
EEMI – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
HDFVVC – Hemodiafiltração Venovenosa Contínua  
IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAV – Pneumonia Associada à Ventilação  
PCR – Paragem Cardiorrespiratória  
PIA – Pressão Intra-Abdominal  
PSC – Pessoa em Situação Crítica  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SO – Serviço de Observação  
SU – Serviço de Urgência  
SUB – Serviço de Urgência Básico  
SUC – Serviço de Urgência Central  
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica  
SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	17
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	23
2.1. A Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos.....	25
2.2. A pessoa em situação crítica no serviço de urgência .....	37
2.2.1 Abordagem à pessoa em situação crítica no pré-hospitalar: Viatura Médica de Emergência e Reanimação .....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – PROPOSTA DE CRONOGRAMA PARA O PERÍODO FORMATIVO	
APÊNDICE II – RELATÓRIO DO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	
APÊNDICE III – RELATÓRIO DO WEBINAR DO DEPARTAMENTO ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA/ADULTO E IDOSO “FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E EXERCÍCIO CLÍNICO”	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Impacto de um evento crítico no doente e na família .....	20
Figura 2 – Mapeamento de Conceitos .....	22

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT do estágio de observação na VMER.....	55
---	----

## INTRODUÇÃO

O presente relatório é apresentado no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Integra a Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, que decorreu durante o 1º semestre do 2º ano do presente curso. Este documento baseia-se no Projeto, um documento delineador do percurso individual de aquisição de competências para a prática clínica, construída na UC Ensino Clínico. A metodologia de projeto, concentra-se na resolução de problemas, de modo a que haja promoção do desenvolvimento de competências, neste caso concreto, por parte do enfermeiro.

A UC Estágio com Relatório, centra-se em desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e seus significativos, em contexto de Serviço de Urgência (SU) e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de modo a garantir uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, sendo uma continuidade do percurso desenvolvido anteriormente, que engloba uma conjugação de conhecimentos teóricos com a prática de cuidados.

A elaboração deste documento tem como finalidade a apresentação de um percurso de aquisição de competências de modo fundamentado, onde o estudante terá de incluir, não só as competências definidas no plano de estudos do curso (ESEL, 2021), mas também deverá ter em conta, as competências preconizadas no Decreto de Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República, 1ª série – nº 157 – 16 de agosto de 2018, que vai de encontro com os Descritores de Dublin, que regem o 2º ciclo de estudos do ensino superior e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área de enfermagem à PSC.

O conceito de competência é definido como sendo a capacidade de mobilizar múltiplos conhecimentos, optando e mobilizando estes saberes teóricos perante uma determinada situação (Roldão, 2003). Benner, Tanner, & Chesla (2009), referem-se a competência como um momento de procura e de perda, sobre a certeza do conhecimento científico em domínios clínicos particulares. De acordo com Benner (2001), esta indica que a competência se transforma com a experiência e o domínio, sendo que essa mudança conduz a uma melhoria na prática clínica. Assim, este modelo defende que um estudante para obter e desenvolver uma certa competência,

necessita de percorrer cinco níveis de aptidão, sendo eles: “iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner P. , 2001, p. 43). Sendo que esses níveis refletem as “mudanças (...) que se introduzem aquando da aquisição de uma competência” (Benner P. , 2001, p. 43).

A mesma autora afirma que a aquisição de competências pressupõe que o enfermeiro perito tenha experiência, compreenda as situações e as absorva de modo a que o problema seja identificado e posto em prática resoluções para o mesmo, demonstrando um nível superior de adaptação, não se cingindo apenas ao cumprimento de regras (Benner P. , 2001). Ao alcançar o quinto estadio, o de perito, o enfermeiro atua, segundo a autora “a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner P. , 2001, p. 58).

Este relatório centra-se na intervenção à PSC, e consequentemente na família na qual esta se insere. Deste modo, foi definido como tema para este percurso formativo: “Estar com” a Pessoa em Situação Crítica no processo de transição saúde-doença: Intervenção terapêutica de Enfermagem.

A escolha desta temática prende-se por um fim pessoal, desencadeado pelo contexto de cuidados onde exerço funções, SU, considerando, assim, a abordagem desta temática crucial para o desenvolvimento enquanto enfermeira e estudante de mestrado. A mesma também emergiu com o facto do meu interesse se focar na intervenção à pessoa doente e, o modo como podemos melhorar e promover o seu bem-estar. Baseia-se ainda na minha experiência, que se centra, essencialmente no facto de sentir que os doentes não têm a atenção necessária, de acordo com o seu problema, por parte dos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, em particular os enfermeiros, devido a diferentes fatores.

Esta inquietação foi resumida na Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que tive a oportunidade de elaborar. Os documentos que surgiram no âmbito da pesquisa efetuada, deram conta das dificuldades que este leque de profissionais enfrenta diariamente nos seus locais de trabalho e da excessiva carga de trabalho burocrático que é necessária, deixando de parte assim a verdadeira essência do cuidar que a ciência de Enfermagem tanto transparece (Atashzadeh-Shoorideh, Monjazabi, Fathollahzadeh, & Parastoo, 2021).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 26 – 06 de fevereiro de 2019; o Regulamento de Competências Específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na 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 Crônica, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, publicado em Diário da República, n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018; assim como do Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem (REPE), de acordo com o Decreto de Lei 161/96 publicado no Diário da República n.º 205/1996, são os documentos que integram na sua especificidade, a responsabilidade, comprometimento e importância dos enfermeiros para garantir a manutenção de uma relação terapêutica e a confiança nos cuidados prestados à PSC e sua respetiva família.

Também, de acordo com o Artigo 110.º, publicado em Diário da República, evidenciado na Lei n.º 156/2015, o “enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de Enfermagem, assume o dever de:

- a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família e numa comunidade” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8080).

O presente trabalho encontra-se dividido em dois grandes capítulos, o primeiro remete para o enquadramento teórico e conceptual, onde são referenciados os conceitos da temática a abordar com base na evidência científica e a mobilização de referenciais teóricos: a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis (Teoria das Transições) e a Teoria de Médio Alcance de Kristen Swanson (Teoria do Cuidar). O segundo capítulo remete para a descrição dos locais de estágio, relatando a finalidade, objetivos e atividades preconizadas de acordo com o percurso de desenvolvimento de competências, tendo por base as competências que foram adquiridas e desenvolvidas no decorrer deste período de estágio.

Este trabalho encontra-se redigido segundo as normas fornecidas pela ESEL, que constam no guia de normas para apresentação de trabalhos escritos, e realizada referência bibliográfica e de citações de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA) (7.ª edição).



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico, de acordo com Fortin (2003), define-se como um quadro de referência, que representa as bases teóricas que suportam a investigação. Estas bases possibilitam interligar os conceitos entre si, descrevendo e explanando as relações entre eles. Permite estabelecer um vínculo entre o conhecimento existente sobre o tema e o problema que se pretende investigar (Freitas, 2010).

A temática que aqui explanada é: “Estar com” a Pessoa em Situação Crítica no processo de transição saúde-doença: Intervenção terapêutica de Enfermagem. Este tema faz sobressair diversos conceitos, tais como: PSC e os cuidados que esta necessita (cuidados emergentes/críticos), “estar com” e processo transição saúde-doença, sendo pertinente a abordagem dos mesmos.

Considera-se PSC: *“Patients who (...) are either no longer able to independently maintain physiological stability or are at high risk for rapidly developing physiological instability. (...) These patients are typically life-dependent on continuous intensive care and the supporting technology”* (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 74). Estes doentes requerem cuidados específicos de várias disciplinas, altamente qualificados, que à enfermagem solicitam competências clínicas especializadas que correspondam às carências multiorgânicas que apresentam, de modo que o objetivo seja a preservação das funções vitais do doente (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Primeiramente, antes de qualquer internamento, a PSC passa pelo SU. Este receciona todas as situações urgentes: “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (Direção Geral da Saúde, 2001, p. 7) e emergentes: “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Direção Geral da Saúde, 2001, p. 7).

No âmbito da Enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2, a comunicação é um foco de Enfermagem definido como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos, sincronizados ou não sincronizados” (International Council of Nurses, 2011, p. 45). Neste sentido o lado não-verbal da comunicação surge, com ênfase, pois, tem vindo a ser estudado e conseqüentemente mais valorizado no âmbito da

prestação de cuidados de enfermagem. Phaneuf (2005, p. 23) refere que a “comunicação se transmite de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e, de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”. É possível construir informação através de um processo não verbal, por isso é essencial a aquisição de competências nesta área, em específico no cuidado à PSC, através do emprego de estratégias de identificação de informações prestadas pelo doente.

Segundo Swanson (1991, p. 165), cuidado consiste em: “*nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility*”, ou seja, uma forma de se relacionar com um outro, valorizando-o. Este outro é alguém por quem sentimos um “dever” pessoal que se baseia em compromisso e responsabilidade. A teoria do Cuidar de Kristen Swanson foi criada para garantir que os cuidados prestados sejam consistentes e melhorem a satisfação do doente, de forma a auxiliar os enfermeiros a prestar cuidados que promovam a dignidade, respeito e o empoderamento da pessoa cuidada (Swanson, 1993). Quando se transpõe para a prática de enfermagem, esta teoria estimula o cuidador a melhorar o bem-estar do doente.

A presente teoria inclui cinco processos de cuidar: *knowing, being with, doing for, enabling, maintaining belief* (Swanson, Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring, 1991, p. 163).

*Being with* (Swanson, Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring, 1991), é um dos processos de cuidar em que envolve estar emocionalmente presente para o outro. Como ações a descrever este processo, temos quatro, são elas: estar presente; mostrar competência; partilhar sentimentos, quer sejam estes bons ou menos agradáveis e, não sobrecarregar o outro. Esta autora convida-nos a “estar presente”, transmitindo uma disponibilidade contínua e partilhando sentimentos. Este processo de cuidar é visto, não só como estar emocionalmente presente para o outro, mas também visa demonstrar que este e as suas vivências são importantes para o enfermeiro (Swanson, 1991). A presença contínua e a partilha são repartidos para que quem cuida não sobrecarregue a pessoa cuidada. “Estar com” é mais do que compreender a situação do outro, é tornar-se emocionalmente aberto à realidade do outro, onde a experiência dos outros é importante para aquele que se preocupa – o cuidador (Smith, Turkel, & Wolf, 2013). Em suma, o processo “estar com” inclui

confiança mútua, disponibilidade e paciência, estabelecendo um vínculo mútuo entre quem cuida e quem é cuidado.

Watson, citada por Swanson (1991), também nos descreve o ato de “estar com” como um sistema de valores altruísta e humanístico. Benner, citada por Swanson (1991), também nos dá a perceber que é um processo de presença contínua, em que se providencia conforto através do toque, de um modo a que o suporte emocional e informal seja transparecido para o doente/familiares.

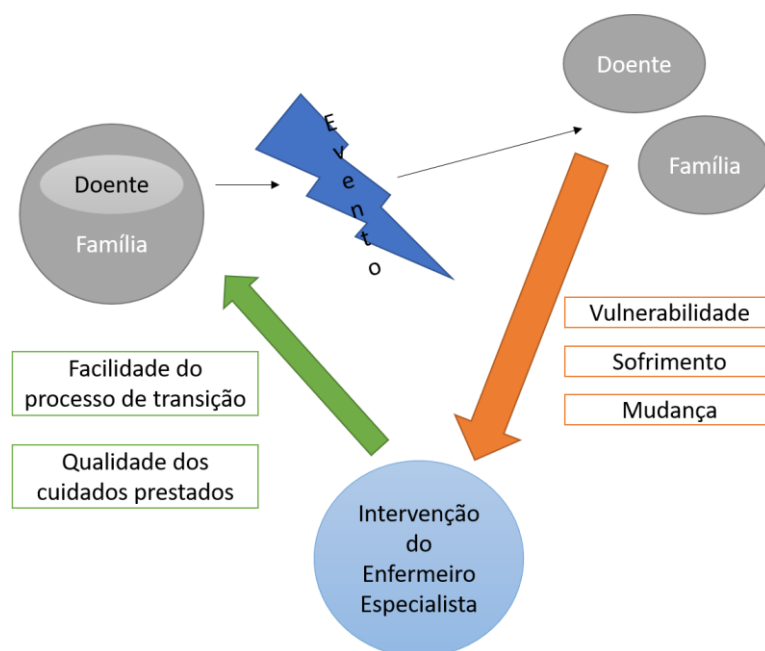
Na prática diária de cuidados, os profissionais de saúde, mais precisamente os enfermeiros, lidam com variadas barreiras no que respeita a este processo: a falta de experiência, a disponibilidade reduzida devido à carga horária ou até mesmo à necessidade de atender a situações emergentes (Atashzadeh-Shoorideh, Monjazabi, Fathollahzadeh, & Parastoo, 2021). A relação com a família é também afetada devido a estes fatores.

Na teoria elaborada por Swanson (1993) há uma reciprocidade e envolvimento de três conceitos principais: a pessoa como um ser único e individual, que procura atingir o que é para si um estado de bem-estar, inserida num ambiente que a influencia.

Dito isto, a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis, é focada nos processos de transição a que o ser humano está sujeito durante o seu ciclo vital. Esta permite descrever, compreender ou interpretar os fenómenos específicos da enfermagem que refletem e emergem da prática. A transição pode ser considerada como uma mudança, processo, resultado e ocorre tanto a nível pessoal como familiar (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Meleis (2010), define o conceito de transição como uma passagem que é despoletada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no próprio ambiente (Figura1), bem como a existência de diferentes tipos de transição, sendo eles: saúde-doença; situacional; desenvolvimento e organizacional. Sendo de destacar a transição saúde-doença e situacional, uma vez que os doentes alvo da temática são a PSC e a família na qual esta se insere, que experienciam tais processos de transição, respetivamente, no decorrer da entrada da PSC numa qualquer unidade de saúde.

Figura 1 – Impacto de um evento crítico no doente e na família



A compreensão das propriedades e condições intrínsecas ao processo de transição conduzem ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem que sejam congruentes com a experiência única vivenciada pelos doentes, originando respostas saudáveis a esta mesma transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no processo de transição que o doente experiencia, pois é através do planeamento de intervenções que visam a promoção do seu bem-estar e consequentemente através da sua aplicabilidade é possível tornar este processo mais fácil de presenciar, o que torna a possibilidade de integrar a família levando ao seu regresso à normalidade (Figura1) (Meleis A. , 2010).

Este processo resulta numa mudança completa na vida dos dois intervenientes, o que faz com que sintam emoções diferentes, tais como, medo, sofrimento e ansiedade, pela vulnerabilidade que deixa a ambos (Mendes, 2015).

O percurso elaborado pelo enfermeiro harmoniza a parte teórica com a prática, promovendo o bem-estar do doente e originando o cuidar em enfermagem. Aqui assenta a ação que por nós é fornecida, o cuidar (Benner P. , 2001). A mesma autora refere que a esta palavra podemos conferir múltiplos significados, mas cada enfermeiro lhe confere o seu sentido e, para mim o tema escolhido: «“Estar com” a Pessoa em Situação Crítica no processo de transição saúde-doença: Intervenção terapêutica de Enfermagem», esclarece o que é para mim ser enfermeiro.

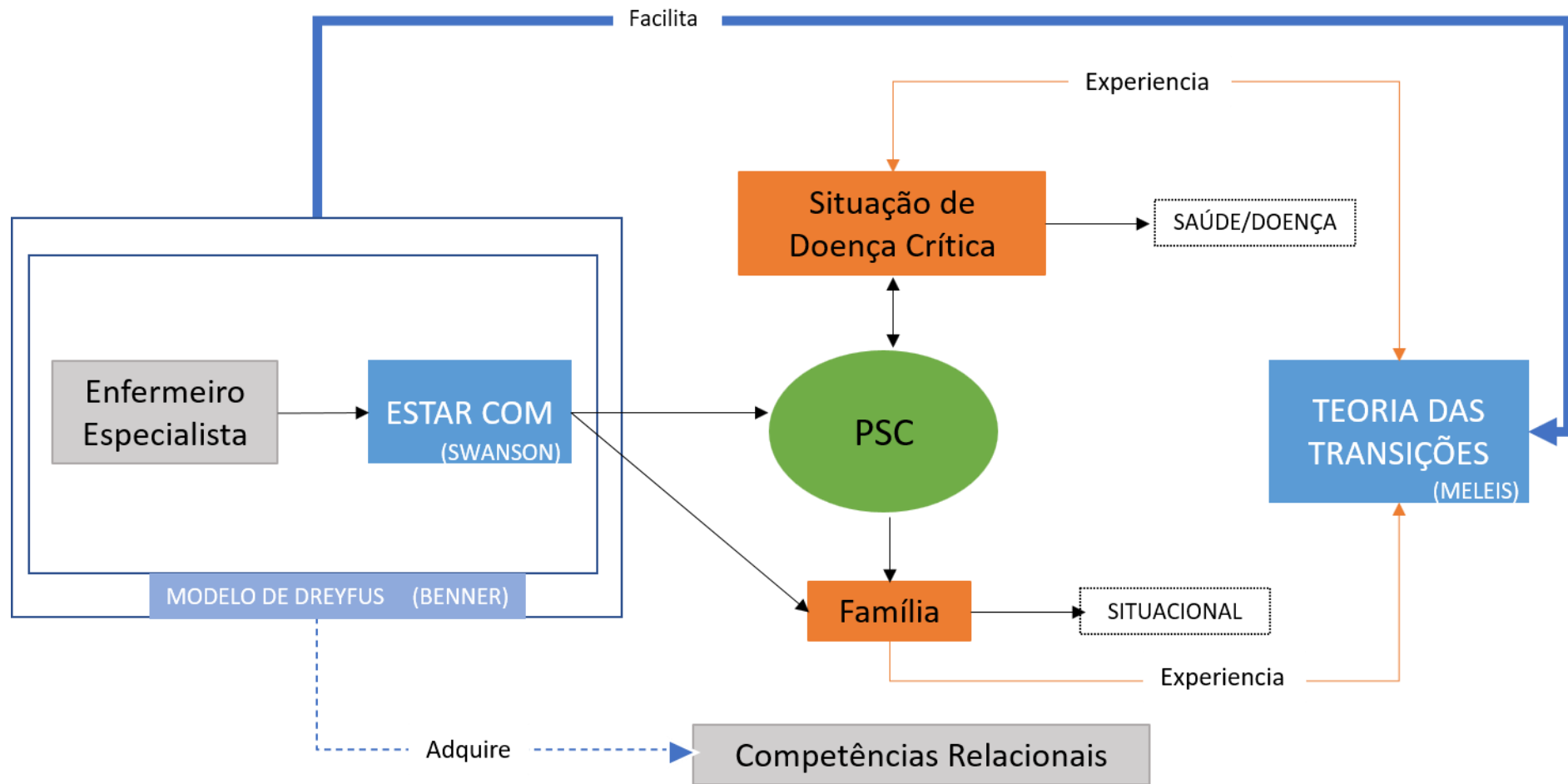
O cuidado ao doente pretende contribuir para o seu bem-estar. De acordo com Parse (2005), o doente é entendido como um todo inseparável, com forma única de estar consigo própria e com o universo. Durante as práticas clínicas devemos procurar compreender e dar sentido à experiência vivida pelos doentes e pelos seus familiares.

Os cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006), baseiam-se no conhecimento do mesmo e das suas necessidades de forma a poder personalizar as intervenções, refletindo-se nos resultados terapêuticos obtidos. Um cuidar holístico (McCormack & McCance, 2006) descreve-se como tendo a pessoa no centro da ação, em que todas as decisões e intervenções são focadas na mesma, com o objetivo de melhorar a qualidade do tratamento e o bem-estar do doente. Esta metodologia de organização do pensamento, segundo os mesmos autores, traduz-se em características muito específicas de cada intervenção, as quais devem ser encontradas nas práticas diárias do enfermeiro.

Estabelecer um cuidado centrado na pessoa requer um compromisso contínuo com a prática de desenvolvimentos, melhorias de serviço e formas de trabalho que envolvam feedback contínuo (McCormack, et al., 2015).

O objetivo desta ações é a melhoria dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem, com vista ao bem-estar de todos os intervenientes no processo, com este princípio presente e, tendo em consideração tudo o que foi descrito, como forma a articular conceitos centrais com as teorias utilizadas e facilitar a sua compreensão e interpretação, elaborou-se o seguinte mapeamento de conceitos (Figura 2).

Figura 2 – Mapeamento de Conceitos



“Estar com” são ações descritas por Swanson anteriormente: estar presente; mostrar competência; partilhar sentimentos, quer sejam estes bons ou menos agradáveis; não sobrecarregar o outro (Swanson, Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring, 1991).

## 2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De modo a adquirir e desenvolver competências especializadas em enfermagem à PSC e sua família em contexto de UCI e SU, foram estabelecidas finalidades e os objetivos de acordo com as competências já delineadas pelo CMEPSC (ESEL, 2021); as competências preconizadas no Decreto de Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República, 1ª série – n.º 157 – 16 de agosto de 2018, que vai de encontro com os Descritores de Dublin, que regem o 2º ciclo de estudos do ensino superior; as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 26 – 06 de fevereiro de 2019; as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, publicado em Diário da República, n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018; e não esquecendo o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências, adaptado por Patrícia Benner à enfermagem.

O objetivo geral definido para este percurso foi o seguinte:

- Adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem à PSC e família em contexto de UCI e SU.

Todos os objetivos definidos foram delineados consoante a especificidade de cada local de estágio, sendo mencionados primeiramente em cada contexto.

O Decreto de Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo e, preconiza que o Grau de Mestre é atribuído àqueles que demonstrem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou

incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”

(Decreto de Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162).

Em primeira instância é importante definir que o enfermeiro especialista tem as suas competências gerais e cada especialidade, no caso da PSC as suas especificidades. Posto isto, as competências comuns do enfermeiro especialista são comuns a todos os enfermeiros especialistas e, dizem respeito a quatro domínios:

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

No que toca às Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, estas dizem respeito a três dimensões:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) 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.”

(Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

Atendendo às competências a adquirir ao longo deste percurso e de forma a planeá-lo, foi construído um cronograma (apêndice I) que contempla o trabalho desenvolvido ao longo do 1º semestre, do 2º ano do CMEPSC.

## 2.1. A Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos

Perante este primeiro bloco de estágio, foram desenvolvidos objetivos com o intuito de adquirir e mobilizar competências gerais e especializadas na área médico-cirúrgica e também da PSC. Considero que foi um grande desafio profissional, mas principalmente um desafio pessoal devido às expectativas que levava para este contexto específico. Inicialmente será realizada uma introdução do serviço e posteriormente realizada análise e reflexão sobre as atividades e competências desenvolvidas.

A Medicina Intensiva é considerada por Paiva et al. (2017, p. 6) como 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)”.

Relativamente às UCI, estas são locais diferenciados, dotadas de profissionais qualificados e preparados para prestar cuidados a doentes nas situações mais complexas em qualquer fase da sua vida. Estes cuidados assentam em atitudes e recursos tecnológicos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurando as funções e necessidades vitais do doente vinte e quatro horas por dia (Direção Geral da Saúde, 2003).

Tendo em conta a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, o Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), onde foi efetuado o estágio, contempla 11 camas de nível III<sup>1</sup>, num modelo de *open space* e encontra-se equipada com a mais alta tecnologia. Recebe doentes de qualquer área de internamento do Centro Hospitalar bem como do serviço de urgência e, de outros hospitais de forma a dar uma resposta atempada ao doente crítico, acolhendo, essencialmente, doentes neuro críticos da Urgência Metropolitana de Lisboa. Esta unidade tem também capacidade para receber doentes com necessidade de isolamento respiratório por possuir três quartos de isolamento com pressão negativa.

A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por enfermeiros, generalistas e especialistas (na área de médico-cirúrgica e reabilitação), médicos

---

<sup>1</sup> Unidades destinadas a doentes com “duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (Valentin & Ferdinande, 2011, p. 1577).

intensivistas, assistentes operacionais (AO's), um fisioterapeuta e uma secretária de unidade. Em colaboração com o restante hospital, apresenta também, assistente social, nutricionista, terapêutica da fala.

Esta UCIP é acreditada pelo modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) que, de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (Despacho n.º 69/2009, 2009), é o modelo que vigora em Portugal para acreditação das Instituições do Serviço Nacional de Saúde. Este modelo respeita o cidadão, de acordo com os seus direitos e necessidades, e coloca-se envolto em grandes áreas:

- Acessibilidade;
- Prática clínica;
- Segurança e qualidade;
- Organização e gestão;
- Capacidade formativa e investigação (ACSA, 2019).

Durante o período do estágio, estiveram internados no serviço doentes do foro respiratório: infeção por COVID-19; do foro neurológico (pré e pós-operatório): Acidente Vascular Cerebral (AVC) maioritariamente hemorrágico, rupturas de aneurismas, hemorragia sub-aracnóideia ou sub-dural; politraumatizados e do foro vascular. Não existe período máximo de permanência dos doentes na UCIP, pois tudo depende da evolução do estado clínico dos mesmos e das vagas existentes nos serviços de internamento. Nenhum doente tem alta da UCIP diretamente para domicílio, pois o percurso mais adequado é seguir-se para transferência e admissão nos cuidados intermédios da especialidade.

Os primeiros turnos realizados neste serviço foram de extrema importância para a minha integração na equipa e no serviço, procurei conhecer a dinâmica e o seu funcionamento. Como objetivo geral a atingir, deste percurso de aquisição de competências, defini: desenvolver competências na prestação de cuidados, em contexto de UCI, possibilitando o estar com a PSC e respetiva família que vivencia transições. No que toca aos objetivos específicos foram definidos:

- Aprofundar conhecimentos em relação à PSC;
- Prestar cuidados de enfermagem à PSC e sua família;
- Melhorar competências de comunicação com a PSC/família;
- Diligenciar uma relação terapêutica com a PSC/família;

- Promover uma intervenção de enfermagem avançada na gestão de cuidados à PSC e família;
- Aperfeiçoar competências na prevenção de infeção nos cuidados prestados à PSC;
- Adquirir competências de gestão no âmbito do contexto de cuidados;
- Promover a divulgação do conhecimento no âmbito da temática do projeto formativo.

De modo a dar resposta a estes mesmo objetivos, irei fazer uma descrição das atividades que desenvolvi na UCIP, dando ênfase às competências mobilizadas.

Uma UCI é um local com características bem definidas, bem como tecnologicamente apetrechadas de modo a dar resposta a doentes com falência multiorgânica (Valentin & Ferdinande, 2011).

No decorrer do estágio nesta unidade, foi importante conciliar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais para enriquecer o meu desempenho. Porém na UCIP tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos e adquirir competências científicas e técnicas através do manuseamento e utilização de tecnologias inerentes a este serviço específico, tais como: hemodiafiltração contínua (HDFVVC); técnica de plasmaferese; variadas técnicas de ventilação invasiva; linhas arteriais; dispositivos de avaliação da pressão intra-abdominal (PIA); dispositivos de derivação ventricular externa, entre outros.

Todas estas novas experiências levaram à minha inquietação e pesquisa, consequentemente permitiram-me dar continuidade aos cuidados de enfermagem prestados, sempre na perspetiva da melhoria. Consegui transpor os conhecimentos teóricos, lecionados durante o período anterior, para a prática, aumentando a qualidade da prestação de serviços a quem estava sob o meu cuidado. A pesquisa bibliográfica permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver outros novos.

Enquanto futura enfermeira mestra e especialista mobilizei conhecimentos teóricos e práticos que venho adquirindo com a minha experiência profissional no SU onde desempenho funções, atualmente. Estes conhecimentos e esta experiência prática leva a uma adaptação de comportamentos consoante as situações que me são apresentadas. Consegui demonstrar, através da versatilidade que adquiri ao longo deste percurso, a minha capacidade de tomada de decisão, identificando precocemente, planeando e agindo, em conformidade, na resolução de problemas de

forma autónoma e em equipa, tornando-me um elemento importante da equipa multidisciplinar do serviço.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, para aquisição do grau de mestre o elemento interessado deve *saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo* (Decreto de Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162).

Deste modo, consegui adquirir competências e dar resposta ao objetivo a que me propus: aprofundar conhecimentos em relação à PSC. Dando ênfase ao Regulamento n.º 140/2019, e descrevendo as competências adquiridas, foram elas:

“colabora nas decisões da equipa de saúde; reconhece quando deve (...) “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde; demonstra a capacidade de autoconhecimento (...) reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (2019, p. 4748).

De acordo com o Artigo 110º, publicado em Diário da República, evidenciado na Lei n.º 156/2015, o enfermeiro “sendo responsável pela humanização dos cuidados de Enfermagem, assume o dever de:

a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família e numa comunidade; (...)” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8080).

Segundo Sellman (2005), quando a pessoa necessita de cuidados de saúde, sejam eles de que tipo, torna-se mais vulnerável. A vulnerabilidade é definida por Purdy (2004) como um processo dinâmico de recetividade/permeabilidade às circunstâncias que influenciam positivamente ou negativamente os resultados de cada pessoa, como ser único que é. Sabemos que na hospitalização, a responsabilidade dos cuidados cursam do doente para os profissionais de saúde, o que pode levar a uma perda de identidade e de papéis uma vez que a pessoa a ser cuidada, se torna doente, podendo levar a uma perda de controlo sobre a situação e perda de autonomia ficando assim vulnerável.

Para Phaneuf, a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (2005, p. 23). A mesma autora afirma que a comunicação é condição *sine*

*qua non* da qualidade dos cuidados e também a ferramenta terapêutica primordial de que o enfermeiro dispõe durante a sua prestação de cuidados. A comunicação em enfermagem significa estabelecer uma relação entre o enfermeiro e o doente, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem, garantindo que o sucesso destes estão assentes no facto deste enfermeiro estar ali, presente (Phaneuf, 2005).

Durante o período de estágio pude desenvolver as mais variadas técnicas de comunicação, devido à diversidade de doentes existentes no serviço. Foi-me possível ter uma comunicação verbal com os doentes que estavam acordados e sem métodos de ventilação que impedissem a vocalização, mas também me foi dado o desafio de entender os doentes que se encontram sob ventilação mecânica invasiva (VMI), mas despertos e conscientes.

Birdwhistell (1985, p. 46) considera que “apenas 35% do significado social de qualquer interação corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que, de vez em quando, verbaliza”. O mesmo autor refere que a comunicação não-verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, expressões faciais, orientações do corpo, as posturas, a relação de distância entre os indivíduos e, ainda, organização dos objetos no espaço. A Cinésica<sup>2</sup> assume um papel importante na decifração das mensagens recebidas durante as interações (Birdwhistell, 1985). É fundamental que o enfermeiro comunique com os doentes e é indispensável que seja garantido o sucesso da relação que se estabelece. Isto deve aplicar-se a todas as pessoas e situações, independentemente do contexto em que se encontram, ou da fase de vida que estão a vivenciar (Phaneuf, 2005). Para efetivar uma melhor comunicação entre o enfermeiro e doente, o serviço dispõe de cartões plastificados ilustrados e legendados com o nome de objetos, emoções, pares, meteorologia, entre outros, para fornecer aos doentes que se encontrem despertos, mas sem capacidade vocal para se expressarem. No decorrer do meu ensino clínico, não existiu necessidade de fazer uso dos mesmos.

Sendo que vivemos um período de adaptação devido à pandemia por COVID-19, as visitas são organizadas consoante marcação, ou com a equipa médica/enfermagem, ou com a secretária de unidade. Inicialmente eram permitidas duas visitas por doente, num máximo de trinta minutos. Como o estágio decorreu num período de agravamento dos casos COVID-19 no país, a meio do estágio saiu a

---

<sup>2</sup> Ciência que estuda a linguagem corporal

atualização da norma n.º 038/2020 (Direção Geral da Saúde, 2021) que limitou as visitas aos hospitais, sendo obrigatório a apresentação de certificado digital de testagem negativo, válido até 48 horas da visita, mantendo-se o regime de marcação. Esta medida trouxe um decréscimo notório da presença de familiares no serviço.

Sabemos que a experiência de assistir a uma mudança na qualidade de vida do seu familiar é traumática e para isso, todos os elementos da equipa multidisciplinar se revelam disponíveis para prestar informações e sobretudo, cuidar dos familiares. A família encontra-se frágil, receosa e com medos, referindo inúmeras dúvidas em relação ao seu ente querido. Segundo Hesbeen (1997), para prestar cuidados de qualidade, há que cuidar do sofrimento daquele que não está doente. No que toca à minha experiência durante o estágio, devido à situação anteriormente descrita, não tive muitas oportunidades de intervir com os familiares dos doentes que se encontravam no serviço. Ainda assim, relevo uma das experiências vivenciadas com um doente com necessidade de VMI. O seu familiar, todos os dias, sem excepção, estava presente. Num dia em que necessitei de administrar terapêutica à doente e que coincidiu com a hora da visita, fiquei a conhecer o seu familiar. O doente apresentava um *score* na Escala de Coma de Glasgow<sup>3</sup> de 6, que comparativamente aos dias anteriores, estava mais baixo, visto que já se encontrava num *score* de 10. O familiar encontrava-se com fáceis deprimido e era notória a labilidade emocional aumentada. Questionou-me acerca da situação clínica e dos cuidados prestados naquele momento e pedindo a justificação dos mesmos. Gaiarsa (1976, p. 21) sugere que “um observador atento consegue ver no outro quase tudo aquilo que o outro está a esconder”. Consegui fornecer resposta a todas as suas questões e procurei evidenciar a presença do seu familiar ali. O doente respondeu ao meu gesto, cerrando os olhos e fazendo um movimento de extensão com o braço que estava do lado do seu familiar. De acordo com uma revisão bibliográfica efetuada por Cabral, Pompeu, Apolinário, & Pompeu (2008), existe a implementação de Programas de Estimulação Multissensoriais que facilitam a recuperação dos doentes através da não privação de estímulos externos. Estes incentivos estimulam os cinco sentidos e referem ainda que a estimulação auditiva é sempre a primeira a ser utilizada e, se possível por um familiar, pois é um elemento fundamental que dá informações relevantes ao estado

---

<sup>3</sup> A Escala de Coma de *Glasgow* avalia o nível de consciência de um indivíduo e varia entre 3-15. Avalia a resposta verbal, motora e ocular, sendo que, a avaliação efetuada no dia que é descrito refere-se a: Abertura ocular – 1; Resposta verbal – 1; Resposta motora – 4.

pré-lesão do doente, dando orientações sobre as características pessoais do mesmo (Cabral, Pompeu, Apolinário, & Pompeu, 2008).

De acordo com Dias, Ferreira, Rocha, Miclos, Oliveira & Gomes (2010, p. 54) o doente “por apresentar ausência de reação, não significa ausência de percepção”. A rotina diária que envolve uma UCI faz com que os elementos da equipa de enfermagem, “se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente” (Dias, et al., 2010, p. 54).

A multiplicidade de equipamentos e medicação, levam a que o familiar apresente uma atitude mais negativista acerca da melhoria da qualidade de vida do doente. Evidenciando e pondo em prática as competências do enfermeiro especialista, considerei essencial a capacidade para definir e planejar, de forma sucinta, clara e gradual, ações para minimizar os sentimentos negativos vivenciados pela família. Importa evitar o excesso de informação, procurando dar resposta apenas ao que é questionado e essencial. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p. 19363), o enfermeiro especialista em PSC “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”.

O fato de não usar termos técnicos e recorrer a frases curtas e simples, leva a que haja uma maior apreensão de informação e desmitifica os receios que estes possam apresentar. O enfermeiro, de acordo com a Lei n.º 111/2009 (2009, p. 6548), descrito no artigo n.º 84, assume o dever de: “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”. Deste modo, procurei estabelecer uma comunicação eficaz com a família, dado que na minha prática de cuidados diária a comunicação com a família é fundamental para perceber, não só o estado anterior do doente, como informações essenciais para a prestação de cuidados.

Como parte importante deste percurso de desenvolvimento de competências, destaco a realização de um estudo de caso. Este trabalho foi fundamental para atingir os objetivos a que me propus dando grande ênfase ao planeamento, gestão, ação e avaliação do plano de cuidados. Foi-me proposto, em conjunto com a enfermeira orientadora, elaborar um plano de cuidados para um doente, de modo a construir este estudo de caso. É de relevar que este doente apesar de muitas comorbilidades, teve uma melhoria favorável do seu estado de saúde, tendo sido transferido para a enfermaria plenamente capaz de se auto cuidar em todas as suas atividades de vida.

Deste modo foi-me possível dar resposta aos objetivos elaborados por mim: prestar cuidados específicos de enfermagem; melhorar competências de comunicação; promover uma intervenção de enfermagem avançada na gestão cuidados; e conceder uma relação terapêutica, não só à PSC, bem como à sua família.

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infeção

“adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (...) à medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas (...) aumenta também o risco de infeção, e ainda referem que (...) cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis” (Direção Geral da Saúde, 2017, p. 4).

A maior parte dos doentes presentes numa UCI, encontram-se sob VMI do qual pode advir, como consequência, a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). A PAV pode ser evitada pelos enfermeiros, tendo em conta a melhor evidência científica e de acordo com os cuidados/intervenções de enfermagem prestados. Durante o estágio procedeu-se à consulta do manual de controlo de infeção existente a nível hospitalar, bem como das normas e recomendações emanadas pela Direção Geral da Saúde. Deste modo, os cuidados prestados tiveram em vista a prevenção/minimização da infeção. Está protocolado no serviço, pelo menos duas vezes por turno ou sempre que necessário, a higiene oral com solução de clorexidina<sup>4</sup>, nos doentes com VMI. Os restantes doentes, dependendo da sua dependência no autocuidado higiene, é feita a higiene oral uma vez por turno, com solução antisséptica ou pasta de dentes. Importante salientar que está instituído no serviço a utilização de luvas e avental, sempre que algum profissional entre na unidade do doente, mesmo que este não careça de medidas de isolamento.

No decorrer deste estágio foi possível assistir e colaborar em procedimentos complexos e de caráter invasivo, tais como: colocação de linhas arteriais, cateter venoso central, drenos, entubações orotraqueais (EOT), realização de pensos cirúrgicos, algaliação, bem como toda a manipulação deste material. A aspiração de

---

<sup>4</sup> Antisséptico químico, com ação antifúngica e bactericida, possui também ação bacteriostática, inibindo a proliferação bacteriana

secreções em doentes com VMI é uma técnica rigorosa e de elevada assepsia devido ao risco de PAV que acarreta. Os cuidados prestados neste âmbito foram realizados tendo em conta a técnica asséptica e, de acordo com as normas e protocolos do serviço, de modo a alcançar o objetivo proposto.

Em relação à família, foi dado conhecimento aos mesmos, relativamente às medidas de prevenção da infeção que teriam de adotar, bem como da importância da lavagem e desinfeção das mãos à entrada e saída da unidade, as quais aceitam e cumprem criteriosamente.

De modo a atingir o objetivo: aperfeiçoar competências na prevenção de infeção nos cuidados prestados à PSC e, para dar relevo ao que foi descrito anteriormente, mobilizo as competências descritas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364), que discrimina: “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

De referir ainda que uma das categorias expressas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p. 7), diz respeito à prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados: “na procura permanente da excelência no exercício profissional”. A importância deste padrão de qualidade/competência do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, passa não só pelo interesse pessoal e profissional, mas também pelo facto de ser o único padrão de qualidade que surge apenas nos dois últimos documentos citados. Contudo, apesar de ser valorizada como uma competência específica nesta especialidade, considero de todo pertinente aprimorar essas competências em qualquer contexto ou nível de diferenciação de cuidados.

Ainda no decorrer deste estágio, tive a oportunidade de realizar um turno com o enfermeiro gestor. Este momento contribuiu para observar e compreender outras formas de gestão de recursos materiais e humanos. No que toca à elaboração e gestão do horário de enfermagem é da inteira responsabilidade da enfermeira chefe, mas o plano diário de enfermeiros e AO's por turno é efetuada pelo gestor.

Devido à complexidade dos cuidados, define-se um rácio mínimo de 1:2 respeitante à equipa de enfermagem, indo ao encontro das normas apontadas pelo Ministério da Saúde (Direção Geral da Saúde, 2003).

No que toca às funções do enfermeiro gestor, este também é responsável por toda a gestão do material de consumo clínico e medicação. A requisição de material de consumo clínico é feita duas vezes por semana. A sua reposição é feita por um AO do hospital, responsável pelo armazém do serviço. A reposição de medicação é efetuada pela farmácia, em sistema de unidose<sup>5</sup>, embora, duas vezes por semana, haja a substituição de um carro de medicação que contém a medicação usual do serviço. Os estupefacientes são pedidos à farmácia, consoante o gasto, havendo um *stock* para além do que é disponibilizado em sistema unidose.

No serviço onde desempenho funções, a gestão de materiais e de recursos humanos é realizada de forma diferente. Por exemplo, a distribuição dos enfermeiros e AO's, por turno, é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno. O enfermeiro gestor do serviço também efetua o pedido de material de consumo clínico e de medicação, duas vezes por semanas. As requisições de material são efetuados através de um sistema informático que se encontra ligado aos serviços de armazenamento sendo a sua reposição realizada por níveis<sup>6</sup>, mas também reposta por um auxiliar de armazém, estando atribuído um a cada serviço hospitalar. Por outro lado, a medicação é pedida, também por níveis, consoante a especificidade do meu serviço, incluindo medicação específica para cada doente, em contexto de internamento em Serviço de Observação (SO).

Baseando-me na minha experiência, o sistema de unidose é uma mais-valia, diminuindo o tempo que o enfermeiro despende na procura do fármaco certo, levando à minimização do erro terapêutico, pois há uma dupla verificação do medicamento (primeiramente, pela pessoa que valida a prescrição médica e coloca na gaveta, posteriormente, pelo enfermeiro que verifica a terapêutica que está na gaveta e confirma com a prescrição médica).

Sendo a minha enfermeira orientadora, responsável de turno, tive oportunidade de experienciar a dinâmica da gestão do turno. É do encargo do responsável de turno a distribuição de doentes por enfermeiros e AO's. Assume a responsabilidade da verificação do equipamento das unidades desocupadas, de forma que, aquando da

---

<sup>5</sup> A farmácia disponibiliza, em gavetas individuais, a medicação de cada doente, diariamente, de acordo com prescrição médica. O que não é consumido pelo doente, é devolvido ao serviço primário.

<sup>6</sup> É uma estimativa, de acordo com o consumo de material usado anteriormente.

necessidade de admissão de um doente, a unidade esteja pronta a ser utilizada, minimizando falhas. É ainda tarefa do responsável de turno, no turno da noite, a verificação do carro de urgência, mala de transporte e mala da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI). Este elemento é fulcral na resolução de problemas que possam advir no decorrer do turno.

As EEMI são equipas diferenciadas, “constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação”. São equipas de resposta imediata, não só em situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), mas também em “situações de significativa deterioração fisiológica aguda”, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, das situações que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação (Diário da República n.º 198/2018, Série II, 2018, p. 1).

A ativação da EEMI é realizada segundo avaliação da pessoa e através do seguimento de um fluxograma de ativação. Estão abrangidos todos os sujeitos que se encontrem em contexto intra-hospitalar, englobando pessoas internadas ou em contexto de consulta externa, familiares/cuidadores e profissionais de saúde (Despacho n.º 9639/2018, 2018).

Tive a oportunidade de acompanhar a equipa de EEMI numa saída para o serviço de neurocirurgia, onde o doente carecia de cuidados diferenciados por instalação súbita de dispneia e alteração do estado de consciência. À chegada ao serviço foi procedida à avaliação ABCDE do doente, este apresentava um *score* de 3, na Escala de Coma de *Glasgow*, apresentava-se em *gaspings*<sup>7</sup> e por isso foi realizada EOT do doente, avaliação de sinais vitais e sua estabilização para o transporte até à UCIP. Contatamos a UCIP a informar o tempo aproximado até à chegada do doente à unidade, bem como as intervenções que seriam passíveis de implementar, preparando a equipa o material necessário para técnicas invasivas, nomeadamente a colocação de cateter venoso central, linha arterial e ainda terapêutica necessária em perfusão.

Aquando da chegada ao serviço com o doente, a equipa tinha tudo preparado para rececionar o doente, sendo que, a atuação da mesma é muito sistemática e todos os membros da equipa colaboram nos procedimentos de forma metódica e cordial.

---

<sup>7</sup> Padrão respiratório caracterizado por uma respiração ineficaz, com movimentos de curta duração, ruidosos e espásticos.

Deste modo, pude atuar e desenvolver as competências: “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” e “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363); e ainda: “otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”, e “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4748,4749).

Acompanhei e pude participar na formação e supervisão dos pares, pois a enfermeira orientadora integra a equipa de avaliação da desinfeção das mãos, sendo que tem de efetuar auditorias a todo o elemento interno ou externo que preste cuidados diretos ao doente na UCIP. Toda esta experiência foi fundamental para o meu crescimento enquanto futura enfermeira mestre/especialista pois, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4748;4749) o enfermeiro especialista tem como competências:

- “adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”.

Assim sendo, o enfermeiro acaba por disponibilizar conhecimento aos enfermeiros e à equipa, colaborando na tomada de decisão para uma melhoria dos cuidados de saúde que são prestados. Com estas atividades pude dar resposta ao objetivo delineado: adquirir competências de gestão do serviço hospitalar.

Relativamente ao último objetivo traçado, promover a divulgação de informação, no decorrer do estágio foi-me dada a oportunidade de criar momentos de reflexão com a enfermeira orientadora, de modo a permitir uma tomada de decisão sustentada e mobilizando conhecimento científico. Foi também uma mais-valia a realização de *debriefing* que realizei no fim de cada turno com a mesma, pois para além da avaliação do turno, existia aquela inquietação que ficava por esclarecer na pesquisa bibliográfica. O *debriefing*, associado aos cuidados de saúde, tem como principal objetivo estimular a reflexão, simplificar a discussão e apreender

comportamentos mais adequados à prática (Kessler, Cheng, & Mullan, 2015). É um instrumento na área da educação e na área da qualidade, fazendo com que haja uma alteração no desempenho dos profissionais, individualmente e na própria equipa, afectando a qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos. Neste sentido, as passagens de turno foram momentos de debate em equipa, promovendo uma reflexão não só da equipa, mas também individual, sendo um momento de aprendizagem de extrema relevância.

Durante este período também me foi dada a oportunidade de integrar o V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica designado por “E se não houvessem Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?” (APÊNDICE II). Este momento de partilha de vivências e conhecimento científico foi, sem dúvida, uma oportunidade que valorizo ter aproveitado, pois foi uma ocasião para consolidar e trazer novo conhecimento para a UCIP onde estava a realizar estágio, fazendo uso do conhecimento em algumas situações que ocorreram durante o período de formação.

Participei, também, no *webinar* promovido pelo Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso “Formação, Investigação e Exercício Clínico”, realizado pela Escola Superior de Saúde de Lisboa (APÊNDICE III). Deste momento de aprendizagem destaco que todo o processo de cuidados está apoiado numa relação interdependente, que beneficia de um ambiente adequado para o enfermeiro desenvolver os seus cuidados relacionais. Na perspectiva de *Hesbeen* (1997, p. 37) “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

## **2.2. A pessoa em situação crítica no serviço de urgência**

Segundo o Despacho Normativo n.º 11/2022 (2002, p. 1865), os SU são *serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*. No Despacho n.º 10319/2014 (2014), os SU são caracterizados em três níveis distintos consoante a sua capacidade de resposta: serviço de urgência básica (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência

polivalente (SUP). O SU onde realizei o segundo bloco de estágio, é considerado como SUMC que se divide em SU Geral, SU Pediátrico e SU de Ginecologia.

O SU Geral, devido ao tempo de pandemia que vivenciamos e de modo a dar resposta aos planos de contingência teve de sofrer alterações, e agora encontra-se dividido em duas áreas: área de contenção para doentes COVID-19 positivos e/ou com sintomatologia respiratória, designada de área COVID e, área NÃO COVID, onde permanecem doentes com teste negativo e sem sintomatologia típica. Deste modo, a área não-COVID é composta por uma sala de triagem<sup>8</sup>, uma sala de reanimação, sala de pequena cirurgia, sala de balcões, e um SO.

A zona COVID foi adaptada no local da consulta externa e imagiologia, contendo no seu interior um aparelho de realização de exames de imagem [raio-x e tomografia axial computadorizada (TAC)]. Apresenta uma sala de reanimação, uma área de observação/balcão e três salas de internamento. Comporta ainda uma área para doentes suspeitos<sup>9</sup>, ou seja, de forma a impedir a ocorrência de novas infeções, mesmo dentro do mesmo circuito foram criados espaços de isolamento com pessoas com infeção validada ou suspeita. Aspeto concordante com as competências de enfermeiro especialista, descritas no Regulamento de Competências Comuns e Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visível através da contínua coordenação de medidas de prevenção de controlo de infeção, tanto para a infeção responsável pela atual pandemia, como para as restantes existentes, de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, sempre em conformidade com as orientações conferida pela Direção-Geral da Saúde e em articulação com a evidência descrita.

Este SUMC é um local de excelência para a concretização dos objetivos propostos para o estágio, bem como para a aquisição de competências de enfermeiro especialista, por ser um local com todas as características que foram mencionadas no despacho anterior, por apresentar protocolos diferenciados<sup>10</sup> e ainda se constituir como um local acreditado pela *Join Commision International* (JCI). Esta acreditação dá relevância à qualidade dos cuidados prestados e segurança do doente, dando ênfase ao controlo de infeção e gestão de riscos. O hospital também se destaca pelo programa que mantém em desenvolvimento para continuar a ser um hospital ainda

---

<sup>8</sup> Composta por dois postos de atendimento, sendo que, normalmente, apenas um se encontra em funcionamento.

<sup>9</sup> Local onde aguardam o resultado do teste (aproximadamente 15 minutos) e, consoante o resultado, integram a área de infetados ou área limpa.

<sup>10</sup> Via Verde Sépsis, Via Verde AVC, Via Verde Coronária

mais tecnológico e sem utilização de papel, deste modo, aquando do primeiro contato com o mesmo, foi-me dado a oportunidade de desenvolver 9 formações *on-line* onde foram evidenciados pontos fulcrais na prestação de cuidados e metodologia de trabalho naquele local. Considero de extrema importância esta atividade, pois não houve a necessidade de intervenção por parte da enfermeira orientadora nestes pontos. Esta formação aborda vários temas, dos quais, os mais relevantes para o estágio foram: valores e pilares pelos quais a instituição se rege; saúde e segurança no trabalho; qualidade e segurança do doente; controlo de infeção; e segurança informática.

Ainda, à disposição dos colaboradores, neste caso da equipa de enfermagem, o hospital tem um sistema de registos informáticos dinâmico que está acessível em pequenos *tablets*, dando a oportunidade dos registos serem efetuados à cabeceira do doente, minimizando o erro. Dispõem ainda de um *SupplyPoint*<sup>11</sup>, que minimiza, no meu ponto de vista, o erro humano na administração de terapêutica.

Tal como no estágio anterior, os primeiros turnos realizados neste serviço foram de extrema importância para a minha integração na equipa e no serviço, procurei conhecer a dinâmica e o seu funcionamento.

Apesar das diferenças existentes em ambos os SU, quanto à dinâmica multidisciplinar e organizacional, posso afirmar que a integração foi realizada de forma rápida e sistematizada, permitindo focar no processo de aquisição e de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC.

Como objetivo geral, deste percurso de aquisição de competências, defini: desenvolver competências na prestação de cuidados, em contexto de SU possibilitando o estar com a PSC e família que vivencia transições. Como objetivos específicos a desenvolver ao longo deste estágio defini:

- Prestar cuidados específicos de Enfermagem à PSC e sua família no SU;
- Melhorar competências de comunicação com a PSC/família;
- Promover uma relação terapêutica com a PSC/família em contexto de urgência;
- Adquirir conhecimento na administração de protocolos complexos;
- Gerir a dor na PSC no SU;

---

<sup>11</sup> Máquina de dispensa de medicação. Está conectada ao sistema de prescrição médica e é capaz de identificar o doente e o medicamento pedido.

- Aperfeiçoar competências na prevenção de infeção, nos cuidados prestados à PSC;
- Aprofundar conteúdos relativos ao transporte do doente crítico;
- Aprimorar competências em relação aos cuidados ao doente crítico na sala de emergência e reanimação;
- Alcançar competências na área de gestão de equipa e gestão do serviço.

Foi importante numa fase inicial, perceber a dinâmica e conhecer o serviço onde iria estar a desenvolver o ensino clínico. Neste sentido, a equipa de enfermagem é constituída por 14 elementos por turno, com diferentes áreas de especialização e experiência, ficando a cargo do enfermeiro chefe de equipa a sua distribuição pelos diferentes setores. Neste caso, têm em conta a formação dos profissionais, pois, tal como previsto pela legislação uma sala de reanimação necessita de ter uma equipa experiente e “com formação especializada em medicina de urgência” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20674). Na sala de triagem é feito o “acolhimento” do doente crítico e é a única sala do SU que dá resposta a doentes COVID e não COVID. Por turno há sempre um enfermeiro atribuído a este posto e, o mesmo, tem de ter obrigatoriamente curso de Triagem de *Manchester*<sup>12</sup>, que neste caso é sistema de prioridades implementada pelo hospital. Segundo a legislação em vigor “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20675).

Sendo que a nível profissional já exerço num SU e faço também triagem, em acordo com a enfermeira orientadora, decidimos que não havia benefício em realizar um turno inteiro neste posto. Ainda assim foi-me dada a oportunidade de, juntamente com a enfermeira orientadora, ir substituir um colega nesse mesmo posto. Durante a permanência no local, foi-me dado a oportunidade de conhecer os protocolos diferenciados que o serviço dispõe e que mencionei anteriormente, mas também pôr em prática um deles, a Via Verde AVC.

O posto de triagem é verdadeiramente a “porta aberta” de um SU, sendo que foi fornecida a oportunidade de falar com os doentes de modo a priorizar as suas queixas, podendo recorrer aos seus familiares como meio de obtenção de uma maior

---

<sup>12</sup> É um método de triagem que fornece ao profissional uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e não diagnósticos. Os doentes são classificados consoante um sistema de cores: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente) (Grupo Português de Triagem, 2021).

recolha de dados, fazendo com que haja uma recolha de informação pertinente, conseguindo que se estabeleça uma relação terapêutica com os mesmos. Desta forma, foram sempre mobilizados conhecimentos sobre técnicas e estratégias facilitadoras de comunicação, adaptando sempre a mesma à complexidade do estado de saúde do doente. Considero ter adquirido novas estratégias facilitadoras na comunicação, com a enfermeira orientadora, pois foi possível aprofundar as queixas dos doentes, quando estas eram muito complexas e inespecíficas.

Posto isto, consegui dar resposta às competências descritas: “identifica prontamente focos de instabilidade; responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Também a competência relativa à gestão diferenciada da dor e do bem-estar foi desenvolvida na grande maioria das situações, pois a avaliação da dor com a identificação das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar está presente em praticamente todas as situações (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este SU também tem implementado a avaliação da mesma, através da escala numérica de avaliação da dor que vai de 0 a 10, sendo que 0 significa a sua ausência e 10 a pior dor alguma vez experienciada. Esta avaliação é feita na triagem e, durante a permanência do doente no serviço, pelo menos duas vezes, no início e no fim de cada turno de enfermagem. É um dos parâmetros de avaliação do serviço e um dos índices de qualidade do SU. Nos doentes que não manifestam verbalmente a presença deste sintoma, é adequada a escala de avaliação da dor, mudando para a escala do observador. Neste caso, para além de medidas farmacológicas prescritas, foram adoptadas intervenções de enfermagem no sentido de aliviar/confortar o doente, como por exemplo os posicionamentos. Assim, considero que foi atingido o objetivo: gerir a dor na PSC.

É, também na triagem, que os acompanhantes são identificados, com uma pulseira de identificação cor-de-rosa, pois segundo a Lei n.º 33/2009, “todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço” (2009, p. 4467). No caso dos doentes que apenas se façam acompanhar por profissionais/técnicos de saúde (p.e. bombeiros, auxiliares de ação médica de instituições de saúde) e que não consigam se fazer expressar, a recolha de informação através destes elementos, é uma mais-valia de modo a perceber a situação anterior do doente, podendo, no momento da triagem, haver a possibilidade

de identificar e notificar situações precárias que careçam de cuidados de outros elementos da equipa disciplinar, como o caso de situações de carácter social.

Sendo que nos encontramos a atravessar um momento atípico, a pandemia COVID-19, estas situações alteraram-se um pouco. A lei acima descrita encontra-se revogada pela Orientação nº 038/2020, que nos diz que “o direito à visita e ao acompanhamento dos utentes nos serviços do SNS, em contexto de internamento, de ambulatório e de urgência” volta a ser respeitado, consoante regras de saúde pública que estão em vigor (Direção Geral de Saúde, 2022, p. 1). É notória a diminuição de elementos externos ao serviço desde que as medidas de contenção da pandemia entraram em vigor, mas atualmente já notamos algum alívio das mesmas. Os doentes que se encontram a aguardar observação médica e não estejam em maca, dirigem-se para a sala de espera exterior onde podem estar acompanhados pelo seu acompanhante de referência, relativamente aos doentes que permaneçam em maca, estes podem esporadicamente ter uma “visita” do seu acompanhante de referência, sempre que o serviço o permita. Em relação aos doentes que estão internados no serviço de observação, é aplicada a mesma regra dos restantes serviços de internamento hospitalar: validação do certificado digital de testagem ou de recuperação, e nos casos de quem tem a dose de reforço de vacina COVID-19, apresentação do certificado digital de vacinação (Direção Geral de Saúde, 2022). Existem dois períodos de visita, pela hora de almoço e pela hora de jantar dos doentes, sendo que cada doente apenas pode ter uma visita diária.

No que toca ao serviço COVID, apenas à parte de internamento, aplica-se a mesma regra. É fornecido equipamento de proteção individual (EPI) para o familiar e este pode, em segurança, estar com o seu familiar, aplicando-se a mesma regra anterior, uma visita diária por doente, em dois períodos do dia.

A sala de reanimação é o local onde são encaminhados os doentes com sinais de instabilidade suscetíveis de colocar a sua vida em risco. Esta tem capacidade para abordar duas vítimas em simultâneo. Assim, perante a ativação da sala de emergência, que é sinalizada pelo soar de uma campainha<sup>13</sup>, o enfermeiro que está alocado a este posto dirige-se para a mesma, bem como o enfermeiro chefe de equipa. O enfermeiro responsável pela sala de reanimação deve ter formação em

---

<sup>13</sup> Existem dois tipos de emergência: 1 toque da campainha é uma emergência médica, dois toques de campainha é uma emergência cirurgia/trauma.

Suporte Avançado de Vida (SAV) e deve ser dotado da capacidade de resposta rápida ao doente crítico. Em colaboração com a enfermeira orientadora, no decorrer do estágio mobilizei os conhecimentos e as competências em SAV, no sentido de responder em conformidade à PSC.

A abordagem a estes doentes, na sala de reanimação, requer uma organização sequencial, os objetivos e princípios da abordagem ABCDE são a estruturação da avaliação e da abordagem baseada em prioridades, de forma a “tratar primeiro aquilo que mata primeiro” (INEM & DFEM, 2020, p. 7). Durante a abordagem a estes doentes, o enfermeiro tem de estar sempre atento a sinais e sintomas que possam ser desencadeados por intervenções.

O doente emergente que integra a sala de emergência, tem um historial clínico específico, o que exige do enfermeiro a máxima atenção e conseqüentemente um pensamento dinâmico e estruturado, de modo a responder prontamente a mais do que uma necessidade ao mesmo tempo. Neste âmbito, além dos conhecimentos que foram adquiridos nas unidades curriculares com componente teórica e teórica-prática do curso, bem como da minha experiência profissional em SU, dou elevada importância à detenção do Curso de SAV, bem como a participação e conclusão do curso *Advanced Trauma Care for Nurses*, realizado no âmbito deste CMEPSC, que me dotou de ferramentas para responder de forma imediata a focos de instabilidade.

Junto da enfermeira orientadora foi fácil de perceber que o objetivo geral deste estágio iria ser respondido nesta sala e, sendo também enfermeira chefe de equipa, realizei a maioria dos turnos, dando apoio a esta sala. Durante a minha estadia no SU, foi-me dada a responsabilidade de verificação do material existente nas duas salas de reanimação e carros de reanimação que existem no SO e no serviço COVID.

O trabalho de equipa é fundamental e evidente nesta sala, pois requer um trabalho dinâmico, ativo e organizado. É uma sala onde o caos está presente e onde há a necessidade de uma comunicação eficaz, objetiva e clara. *A comunicação deficiente pode comprometer a eficácia da equipa e a taxa de sobrevivência* (INEM & DFEM, 2020, p. 17). Em todas as situações que assisti o *team leader* era a enfermeira orientadora, sendo a mais experiente e capacitada para a função, devido à sua formação.

Rececionei nesta sala, principalmente doentes com patologia do foro respiratório, essencialmente Edema Agudo Pulmonar, e cardíaco, nomeadamente Enfarte Agudo do Miocárdio. Atuei, ativamente, em todas as situações, seja da

participação em manobras de reanimação, em situações de PCR, como na preparação e administração de medicação, tendo sempre presente indicações e efeitos adversos da sua administração. Assim dei resposta ao objetivo específico: aprimorar competências no cuidado ao doente crítico na sala de emergência e reanimação. Consequentemente também dei resposta às seguintes competências presentes no Regulamento n.º 429/2018: “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” e “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (2018, p. 19363).

Frequentemente os doentes que integram esta sala, necessitam de realizar exames complementares de diagnóstico (ECD) e, muitas vezes, estes não são passíveis de serem portáteis, como o caso da TAC. Todos os doentes que apresentem quadro de dor torácica, na triagem, são logo encaminhados para o técnico de cardiopneumologia e é feito o pedido de eletrocardiograma (ECG) pelo enfermeiro triador. Este elemento da equipa multidisciplinar é sempre chamado à sala de emergência se houver necessidade de ECG. Aquando da existência de procedimentos passíveis de alterações cardíacas, fica presente e monitoriza tais intervenções através do eletrocardiógrafo. Pude experienciar uma situação na qual o doente em causa vinha por dor torácica com sensação de palpitações. Aquando do primeiro ECG apresentava uma frequência cardíaca na ordem dos 180 bpm com traçado cardíaco compatível com fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular rápida. Na sala de emergência foi monitorizado com monitor cardíaco, canalizados dois acessos venosos periféricos de grande calibre e após primeira intervenção farmacológica, detetou-se no ECG alterações compatíveis com EAM com supradesnivelamento do segmento ST, que segundo o Manual de SAV, “estes dados indicam quase sempre uma lesão do miocárdio em evolução, provocada pela oclusão completa da artéria coronária” (INEM & DFEM, 2020, p. 34) e “(...) recomenda-se a realização urgente de cateterismo coronário” (INEM & DFEM, 2020, p. 198).

Apesar desta emergência médica o doente mantinha a frequência cardíaca elevada e mostrava sinais de instabilidade: hipotensão. Foi então decidido em equipa, com o aval da equipa de hemodinâmica do hospital que dá apoio a este, que necessitava de medidas de cardioversão de modo a tratar a FA e só depois da sua estabilização: transporte inter-hospitalar e cateterismo. O doente foi sedado e submetido a cardioversão por quatro vezes, sempre com reavaliação pelo ECG de

doze derivações efetuado pela técnica de cardiopneumologia. Após esta intervenção bem-sucedida, foi então transportado para o serviço de hemodinâmica, em ambulância medicalizada, acompanhado por médico e enfermeiro.

Quando não é possível a sua portabilidade e, a sua execução traz benefício para o tratamento, o enfermeiro responsável pelo doente, informa os serviços de exames da necessidade da realização do mesmo e agendam o melhor momento para a sua realização, de modo a que o doente não esteja a aguardar pelo exame.

Aquando do transporte e segundo as indicações previstas no Manual de Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico, este é acompanhado por médico e enfermeiro, após uma avaliação das suas necessidades e, sempre com o material de vigilância que o acompanhou até esse momento (Ocean Medical, 2019). Cabe à equipa e a todos os elementos envolvidos no transporte garantir “pelo menos a redução ao mínimo de todos os erros considerados evitáveis. Sendo que na maior parte dos casos os erros não estão associados à falta da competência técnica dos profissionais que operacionalizam o transporte” (Ocean Medical, 2019, p. 17).

Também o “SMUC mantém a formação permanente em Suporte Avançado de Vida e Transporte de Doente Crítico, sendo este transporte assegurado pelo SUMC sob coordenação do INEM” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20674).

O transporte inter-hospitalar exige um conhecimento amplo do doente (motivo de admissão no SU, antecedentes pessoais, dependência de terceiros, intervenções terapêuticas realizadas, intercorrências durante a permanência no SU e durante o transporte, entre outros). Foi ainda necessário o contato com a mala de transporte e com todo o material da ambulância (monitor cardíaco e função de desfibrilhador, aspirador, entre outros) para eventual necessidade de utilização, bem como a identificação e antevisão de possíveis focos de instabilidade passíveis de existir durante o tempo de transporte. O registo de intercorrências, sinais vitais e outras informações é efetuado numa folha própria existente neste SU. À chegada ao local esta informação é transmitida ao enfermeiro/equipa que se irá encarregar de cuidar do doente.

Durante o estágio, tive a oportunidade de fazer dois transportes inter-hospitalares de dois doentes em programa de hemodiálise, visto que o hospital não dispõe dessa valência. Realizei inúmeros transportes intra-hospitalares de doentes para realização de ECD e para a UCI. Quando a situação o permitia, devido ao estado

de consciência do doente, procurei sempre informá-lo acerca do procedimento, clarificar as suas dúvidas e descrever o lugar para onde iria e o que poderia encontrar. Procurei efetuar uma comunicação eficaz, clara e sem utilização de vocabulário técnico. Estive presente, junto com o médico e a enfermeira orientadora, na transmissão de informação aos familiares de um doente COVID positivo que necessitava de cuidados específicos na UCI, neste caso VMI. Nessa situação concreta, pude acompanhar o familiar do doente junto do mesmo, para se “despedirem”.

Através das atividades descritas anteriormente, consegui obter sucesso na realização do objetivo: obter conteúdos relativos ao transporte do doente crítico. Também me foi dada a oportunidade de mobilizar as competências: “assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). Também segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista em enfermagem apresenta competências na “participação da gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (2019, p. 4748).

Durante este período de estágio, dei informações de enfermagem aos familiares, consoante o que eles já sabiam do estado clínico do doente. Aquando da entrada na sala de reanimação, e sempre que possível, após a estabilização do doente, pude em conjunto com a enfermeira orientadora dar conhecimento da situação do doente aos familiares.

Em relação a situações mais complexas, como a comunicação de más notícias, participei juntamente com o médico e a enfermeira orientadora na transmissão de informação ao familiar. Nesta situação específica procurei observar e adquirir competências nesta área de comunicação. Após a comunicação e a pedido do familiar, encaminhei-o até junto do corpo, dando apoio emocional aos mesmos. Deste modo, consegui desenvolver as competências: “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363); “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Através das atividades descritas anteriormente, pude desenvolver e dar resposta aos primeiros quatro objetivos que me propus inicialmente: prestar cuidados específicos de enfermagem à PSC e sua família; melhorar competências de comunicação com a PSC/família; conceder uma relação terapêutica com a PSC/família em contexto de urgência; e adquirir conhecimento na administração de protocolos complexos.

Durante o período em que decorreu o estágio, também tive a oportunidade de fazer alguns turnos na urgência COVID, mobilizando conhecimentos e utilizando-os na prevenção e controlo de infeção, sendo que, a utilização de EPI's é obrigatória nesta área e sempre que algum elemento da equipa tenha de abandonar esta área tem uma sala isolada, onde se procede à retirada deste equipamento e onde está presente um cartaz com os passos a seguir para a correta extração do equipamento.

Em todo o hospital há uma preocupação acrescida no controlo e prevenção de infeção, existem avisos junto dos locais de lavagem das mãos, nos elevadores, entre outros. Há, ainda, inúmeros dispensadores de solução alcoólica colocados ao pé das portas, nas macas dos doentes, à entrada dos locais onde se realizam as refeições, na sala de espera dos doentes, nos vestiários, entre outros.

Este foi o tema que escolhi para a realização de um jornal de aprendizagem, pois considerei ser de extrema relevância não só para mim, como para a instituição, podendo retirar proveito do mesmo para a minha prática de cuidados.

Como referi inicialmente, aquando do contato com a instituição pude desenvolver uma formação *on-line* acerca deste assunto, o que se revelou uma mais-valia para o decorrer do restante período de estágio.

Pude mobilizar os meus conhecimentos e pô-los em prática junto dos doentes aquando da necessidade de implementar intervenções invasivas, como: punção periférica, algaliação, aspiração de secreções, entre outras; bem como na colaboração de preparação de mesas cirúrgicas para colocação de: cateter venoso central, pacemaker externo, drenos torácicos, EOT, entre outras. Tal como no estágio anterior os cuidados prestados neste âmbito foram realizados tendo em conta uma técnica asséptica, e de acordo com as normas e protocolos do serviço, de modo a alcançar o objetivo proposto.

Em relação à família, foi dado conhecimento aos mesmos, relativamente às medidas de prevenção de infeção que teriam de adotar, sempre que houvesse essa

necessidade, bem como explicar a importância da lavagem das mãos à entrada e saída do serviço, os quais foram sempre recetivos e cumpridores de tais medidas. As visitas no serviço COVID são acompanhadas pelo AO no processo de colocação e extração de EPI's, supervisionando-os, prevenindo a transmissão cruzada de infeção.

De modo a atingir o objetivo: aperfeiçoar competências na prevenção e controlo de infeção nos cuidados prestados à PSC, mobilizo as competências descritas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, que discrimina: *maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

A transmissão de informação/passagem de turno é efetuada segundo a mnemónica ISBAR<sup>14</sup>. Esta uniformização é uma mais-valia para a continuidade de cuidados de excelência, transmitindo a informação necessária e essencial da situação e do doente. Esta folha de passagem de informação é ainda utilizada para a transmissão de informação para os transportes do doente (intra e inter-hospitalar).

Também no meu serviço está implementada a transmissão de informação pelo método ISBAR, sendo que considero que a sua utilização é mais relevante no SO, onde não há uma rotatividade constante de doentes.

A enfermeira orientadora desempenha um papel fundamental na equipa de enfermagem, sendo uma das chefes de equipa, é um elemento de ligação entre as chefias e os restantes membros da equipa. A maior parte dos turnos realizados durante o estágio foram de chefia. Neste caso, o enfermeiro chefe de equipa não só gere a equipa de enfermagem, mas também a equipa de AO's.

É sua função a distribuição de todos os elementos por setores, gerir altas/transferências e vagas de internamento, gerir o plano de trabalho diário, bem como, recursos humanos e materiais consoante a necessidade nos diversos setores.

---

<sup>14</sup> I – corresponde à identificação dos indivíduos envolvidos na comunicação; S - diz respeito à situação atual e motivo de admissão; B - aos antecedentes do doente, descrição de dados clínicos; A – contempla a avaliação acerca do estado atual do doente, estratégias de tratamento e terapêutica instituídos e R – recomendações no plano terapêutico adequados ao doente (Direção Geral da Saúde, Norma nº 001/2017, 2017).

Este elemento tem de ser o mais diferenciado, respondendo às competências emanadas pelo Regulamento n.º 140/2019, que rege as competências do domínio da gestão dos cuidados, onde está explícito que o Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, *otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas; adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Ainda, *baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica e responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Deste modo, pude atingir o objetivo que me propus na obtenção de competências na área de gestão de equipa e gestão do serviço.

Durante o meu estágio não se verificou nenhuma ocorrência com múltiplas vítimas e/ou situação de catástrofe, mas, tal como todos os enfermeiros que integram este SU, tive conhecimento do Plano de Emergência Hospitalar: os procedimentos a adoptar, o papel do enfermeiro chefe na gestão de recursos humanos e materiais, assim como, a reestruturação das áreas do SU. Em cenários como estes e perante o caos que se instala, sugere-se que o EEEMC seja chamado para a equipa de intervenção ou então à coordenação dessa mesma equipa. Sendo este profissional um elemento da equipa que identifica as necessidades de cuidados e consequentemente consegue fazer uma correta avaliação e seleção, é de valorizar este elemento como o elemento triador. Como esta atividade, consegui mobilizar a competência: *planeia a resposta à situação de catástrofe* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

### **2.2.1 Abordagem à pessoa em situação crítica no pré-hospitalar: Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

A área da urgência pré-hospitalar tem conhecido uma evolução muito positiva e planificada, nomeadamente no seu conjunto diversificado de meios de emergência pré-hospitalar e na Central de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), todos incorporados no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Deste modo torna-se possível garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta

prestação de cuidados de saúde no local da ocorrência, o transporte assistido das mesmas para o hospital adequado, contando ainda com a articulação entre os vários meios intervenientes (hospitais, bombeiros, polícia, entre outros) (INEM, 2012).

Além de todas as características e valências descritas no ponto 6, do artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014 (2014), este hospital possui uma base da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

As VMER são “viaturas medicalizadas (...) que se destinam à prestação de cuidados de saúde em situações de emergência, no próprio local em caso de acidente ou doença súbita, assegurando designadamente, as intervenções de suporte avançado de vida” (Decreto de Lei n.º 220/2007, 2007, p. 3514).

Foi-me dada a possibilidade de efetuar dois<sup>15</sup> turnos de observação na VMER deste mesmo hospital, sendo que, defini como objetivos para este momento:

- Adquirir competências na abordagem e prestação de cuidados ao doente crítico no pré-hospitalar;
- Aprofundar conhecimentos em relação ao transporte do doente crítico;
- Desenvolver competências na comunicação com a família da PSC no pré-hospitalar.

Sendo este um contexto rico em experiências e partilha, o meu interesse por este local de estágio depreende-se com o fascínio que o pré-hospitalar poderá apresentar e também, por poder seguir o trajeto do doente crítico desde o local do incidente até um possível internamento.

Durante este período fui analisando e revendo os protocolos de atuação, principalmente a abordagem ao doente crítico e o algoritmo de SAV.

No que respeita à abordagem ao doente crítico é utilizada a mnemónica ABCDE<sup>16</sup>. Esta metodologia permite o seguimento de um pensamento lógico e sistematizado, de modo a que haja uma resposta adequada e assertiva centrada nas prioridades (INEM & DFEM, 2020).

Tal como referido anteriormente, durante a abordagem a estes doentes, o enfermeiro tem de estar sempre atento a sinais e sintomas que possam ser desencadeados pelas intervenções executadas, de modo a prevenir a PCR. Segundo o INEM & DFEM (2020) a PCR é a emergência clínica mais grave e com pior

---

<sup>15</sup> Após solicitação de estágio ao INEM pelo enfermeiro chefe do SU, o INEM apenas autorizou a realização de dois turnos na VMER.

<sup>16</sup> A – Via aérea; B – Ventilação; C – Circulação; D – Disfunção neurológica; E – Exposição com controlo da temperatura (INEM & DFEM, 2020, pp. 28,29)

prognóstico, contudo poderá caracterizar-se por um período transitório e reversível, com possibilidade de recuperação para o estado prévio do doente.

No total tive: duas ativações para pessoas com dispneia, uma ativação para pessoa com alteração do estado de consciência (AEC), duas ativações para pessoa com dor torácica e, uma ativação para uma pessoa em PCR. Da minha perspetiva, a última situação descrita foi a mais relevante, visto que a equipa demonstrou preocupação perante a mesma devido à informação transmitida pelo CODU: adulto com 50 anos, a família encontra-se presente e recusa-se a realizar manobras de suporte básico de vida. Sabemos que *em situações de PCR testemunhada, o início imediato de SBV aumenta para o quádruplo a probabilidade de recuperação e de sobrevivência* (INEM & DFEM, 2020, p. 10).

Na viagem verifiquei a realização de um *briefing* conjunto por parte da equipa sobre eventuais abordagens perante a situação exposta pelo CODU. O que possibilitou a “revisão” e posterior mobilização de alguns conhecimentos pré-adquiridos. Aquando da chegada ao local, os senhores bombeiros já tinham procedido à mobilização da vítima e iniciado manobras de suporte de vida. Deparámos-nos com a filha do doente a implorar para que estes não continuassem com estas manobras e a esposa do senhor a chorar ao lado do corpo. Juntamente com a enfermeira procedemos à monitorização do doente e avaliação ABCDE, enquanto que a médica percebia o estado prévio do doente com a filha. Demos conta de que este era um doente com múltiplos antecedentes, dependente nas atividades de vida diárias e por isso, a preocupação dos familiares em não querer continuar com manobras invasivas. A filha apresentou-nos uma diretiva antecipada de vontade<sup>17</sup> (DAV) do doente e logo se procedeu à paragem de manobras de suporte básico de vida.

Visto que o doente se encontrava no chão, por ser o local mais adequado para a realização de compressões cardíacas, a enfermeira orientadora questionou a família se o queriam colocar em outro local. O corpo foi colocado na cama, no quarto do senhor, tal como a família pediu. Prestamos apoio psicológico e mostramos total disponibilidade aos familiares.

---

<sup>17</sup> Documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente (Lei n.º 25/2012, 2012).

Nestes casos, a equipa tem de comunicar às autoridades o acontecimento e esta dirigir-se ao local para “investigação” do incidente. Após a chegada dos meios policiais, a equipa é dispensada.

Outra das ativações da equipa foi para uma pessoa com AEC. Na viagem verifiquei, novamente a realização de um briefing conjunto por parte da equipa sobre eventuais abordagens, lembrando conhecimentos pré-adquiridos.

O local era uma casa de repouso de idosos e após o pequeno-almoço, o doente apresentou um vómito com possível aspiração de conteúdo e conseqüentemente AEC e dispneia. Visto que é um local com presença de equipa médica e de enfermagem, 24 horas por dia, estes elementos já tinham procedido à avaliação da situação e já tinham instituído medidas terapêuticas, tais como: colocação de oxigenoterapia, monitorização de sinais vitais contínua, canalização de acesso venoso periférico e administração de terapêutica.

A equipa da VMER reavaliou o doente e em conjunto com a equipa do local decidiu que não haveria mais nada a fazer no local e que o melhor era fazer o transporte do doente para o hospital onde detêm de equipamento e equipa de diagnóstico diferenciada. Sendo que a doente já não carecia de uma vigilância apertada e fazendo-se acompanhar, também, de uma DAV, a equipa não teria mais nada a oferecer ao doente e, em conjunto, decidiram que não acompanhariam no transporte.

A caminho da base, a equipa efetuou um *debriefing* da situação, questionando-se se teria sido a melhor decisão (não acompanhamento do doente) e ambos concordaram. Dufrene e Young (2014), definem o *debriefing* como uma reflexão guiada, sendo que na área da urgência/emergência este é entendido como uma comunicação entre a equipa, a cerca dos cuidados prestados, dando relevância à *performance* dos profissionais, refletindo e partilhando experiências, em grupo, para que haja uma melhoria numa próxima atuação. Existem mais autores a afirmar que o *debriefing* é recomendado em situações de emergência, tal como a descrita acima, para melhorar o desempenho da equipa multidisciplinar.

Esta situação permitiu adquirir conhecimentos práticos no que respeita a particularidades na intervenção ABCDE em situação de AEC e dispneia no contexto de pré-hospitalar. Verifiquei a importância da tomada de decisão conjunta entre equipa de VMER e restantes intervenientes para o sucesso das intervenções.

Deste modo, pode-se constatar que existem diversos critérios de avaliação relativos à unidade de competência na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Discriminando: identificar prontamente focos de instabilidade, responder pronta e eficazmente a esses focos, executar cuidados técnicos de alta complexidade e demonstrar conhecimentos referentes ao SAV. Competências relacionadas com a gestão da comunicação, assim como, assistir a pessoa e familiares nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, foram aprimoradas com a gestão da ansiedade e medos vividos pelos familiares, através da adoção de estratégias facilitadoras da comunicação e do estabelecimento de uma relação terapêutica. Tudo isto, inserido na competência Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16; Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem, 2018). Ainda em relação ao desenvolvimento de competências, consegui atingir as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: 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; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro; e competências do domínio da gestão dos cuidados: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Tal como na situação anterior, pude adquirir as competências que foram explanadas anteriormente.

Quanto às categorias expressas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 361/2015, 2015), existe a satisfação do cliente, na qual estão explícitos: o empenho do enfermeiro especialista tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde; a capacidade do enfermeiro especialista em intervir de forma precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica. Na categoria da promoção da saúde foi crucial o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e na

promoção do potencial de saúde da pessoa que vivenciou o processo complexo de doença crítica. Ainda na categoria, prevenção das complicações está evidente a necessidade de identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis. Além da importância do rigor técnico/científico na implementação dessas intervenções especializadas, assim como a devida responsabilização pela tomada decisão.

Das seis ativações identificadas acima, não realizei nenhum transporte do local do incidente ao serviço de urgência, por não haver critérios para o acompanhamento dos mesmos, sendo que esta decisão é tomada segundo a situação de doença aguda e todos os antecedentes do doente.

Posto isto, dei cumprimento aos objetivos propostos, no início do estágio de observação, e ao refletir sobre todos estes aspetos anteriormente mencionados, julgo que o processo adotado nas situações descritas foi ao encontro de normas preconizadas e, mais concretamente, pôde constatar-se o desempenho de competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros aos seus membros especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Para melhor compreensão faço a análise SWOT do estágio de observação (tabela 1). Esta técnica é utilizada como forma de planeamento de estratégias para negócios, adapto-a para que possa ilustrar o meu percurso, fazendo um resumo do mesmo.

Tabela 1 - Análise SWOT do estágio de observação na VMER

	<b>Fatores Positivos</b>	<b>Fatores Negativos</b>
<b>Fatores Internos</b>	<p>S (Forças)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de Enfermagem experiente e todos os elementos com formação especializada;</li> <li>• Importância do <i>debriefing</i> após cada situação;</li> <li>• Atualização constante de protocolos, <i>guidelines</i> e algoritmos.</li> </ul>	<p>W (Fraquezas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos limitados.</li> </ul>
<b>Fatores Externos</b>	<p>O (Oportunidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria na segurança e qualidade da prestação de cuidados – utilização de materiais de topo;</li> <li>• Melhoria da segurança dos profissionais com a utilização de EPI's.</li> </ul>	<p>T (Ameaças)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto atual devido à pandemia por COVID-19;</li> <li>• Sobrecarga das equipas.</li> </ul>



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este documento espelha um caminho de aquisição de competências de modo fundamentado, onde para além das competências definidas no plano de estudos do CMEPSC da ESEL (ESEL, 2021), também tem em conta as competências preconizadas no Decreto de Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República, 1ª série – n.º 157 – 16 de agosto de 2018, que vai de encontro com os Descritores de Dublin, que regem o 2º ciclo de estudos do Ensino Superior; no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 26 – 06 de fevereiro de 2019; no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, publicado em Diário da República, publicado em Diário da República, n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018. Neste documento emerge o período teórico e todo o percurso de estágio que vai de encontro à temática da PSC e a família onde esta se insere.

A escolha da temática deste percurso surgiu de inquietações que emergiram da minha prática clínica diária, num SU, e a sua pertinência foi sustentada teoricamente com a pesquisa de evidência científica acerca do tema. Em junção com a pesquisa mencionada, contruí uma RIL, cujos resultados emergem ao longo do relatório.

Procurei basear a minha fundamentação nas teóricas escolhidas, sendo elas a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis: Teoria das Transições, e a Teoria de Médio Alcance de Kristen Swanson: Teoria do Cuidar.

Como estratégia fulcral, na elaboração do presente relatório, destaco a sua elaboração num processo faseado, pois considero que tornou o caminho menos moroso a percorrer e mais proveitoso para mim, como trabalhadora-estudante. Foi sendo construído aquando a realização do estágio dando ênfase aos seus objetivos.

Em relação ao SU, considero que a minha experiência enquanto enfermeira desse mesmo contexto, trouxe um grande contributo, não só para a minha prestação de cuidados e na forma de agir neste local, mas também para uma integração mais facilitadora e menos demorada. Neste mesmo contexto pude atingir competências em relação à gestão de infeção, gestão de serviço, contato com a implementação de protocolos complexos, conseguindo colaborar com a equipa multidisciplinar e pôr em prática os meus saberes teóricos. Foi na urgência que consegui adquirir competências

comunicacionais para dialogar, não só com a PSC, mas sobretudo com os familiares/pessoa significativa, pois é o local onde há uma grande flutuação de doentes, bem como uma variância do seu estado clínico.

É de relevar que este contexto de estágio é sem dúvida um grande local de aprendizagem, dando a oportunidade aos estudantes de mestrado de pôr em prática o seu projeto de aquisição de competências.

Tal como descrito, a grande dificuldade é sem dúvida o aumento de trabalho com um elevado número de admissões no serviço e a complexidade de situações, e a falta de profissionais. Estes dois grandes fatores são obstáculos na comunicação/interação com doente e, principalmente, com a família.

O contexto de UCI, revelou ser uma surpresa, sendo que a minha inexperiência com estes doentes é tremenda. Considerei que foi o contexto que mais desafios me proporcionou e mais exigiu em termos de tempo. Dispendioso, mas não menos proveitoso, sendo que tive de me inteirar de conceitos em relação a este contexto e à sua diversidade. Coloquei em prática toda a minha pesquisa diária e consegui retirar o máximo partido de todas as intervenções/ações que foram sucedendo no dia-a-dia.

A grande dificuldade sentida neste contexto é a complexidade de situações/gravidade das mesmas, onde tem de existir uma reorganização de rotinas e da equipa.

O contexto pandémico foi um fator dificultador pois, para além do contato com as famílias ter estado em risco, a situação vivenciada no princípio deste ano era de um aumento de casos de infeção por COVID-19, o que resultou na sobrelotação dos SU e, sendo o meu contexto de trabalho, um SU, não foi de todo simples a articulação entre os dois locais, pois o aumento da carga de trabalho foi significativo.

A admissão em qualquer unidade de saúde leva a que a PSC se sinta vulnerável, devido à transição de papéis que lhe é conferida. Importa que o enfermeiro esteja pleno da sua função e que possa contrabalançar este percurso, levando a que as suas intervenções contemplem esta fragilidade da PSC.

Também a família passa por um processo de adaptação que requer total compreensão por parte do enfermeiro, levando a que este integre a mesma no processo de cuidados da PSC. Para que a família seja considerada um elemento facilitador, é indispensável o envolvimento e empenho, não apenas do enfermeiro,

mas também de todos os profissionais da equipa multidisciplinar, para que não haja contradições na informação que lhe é fornecida, bem como ao doente.

O enfermeiro especialista

*é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) estes profissionais partilham um conjunto de competências comuns, que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem*

(Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Deste modo, considero que os objetivos a que me propus para este percurso de aquisição de competências, bem como os objetivos redigidos para o estágio foram conseguidos, sendo que foram descritas e analisadas todas as atividades desenvolvidas durante a evolução deste período. Numa ótica de reflexão, todas essas mesmas atividades foram analisadas.

Como fator menos facilitador, considero, inicialmente, a compreensão da temática, sobretudo pela complexidade da mesma, a dificuldade de sistematizar e articular a informação, ou ainda, a de refletir sobre ela. A RIL foi um desafio à minha experiência enquanto aluna, pois nunca realizei um trabalho de tal complexidade, sendo que os resultados não foram ao encontro das expectativas pois constatei uma escassez de matéria-prima em relação à temática.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências tem vindo a ser construído diariamente ao longo do meu percurso profissional. A ambição relativa à procura contínua de conhecimento e da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, culminam em uma intervenção especializada. Trata-se de um percurso sem término. Por fim, espero ter espelhado o trabalho realizado a fim de servir como veículo de avaliação final e conclusão do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, revelando que me sinto melhor pessoa e profissional após o percurso que construí ao longo desta etapa.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atashzadeh-Shoorideh, F., Monjazabi, F., Fathollahzadeh, E., & Parastoo, O. (2021). Nursing Open. *The obstacles to nurses being present with patients*(3), pp. 1115-1124. Obtido de <https://doi.org/10.1002/nop2.723>
- Benner, P. (2001). *O Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem: De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2001). *O Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem: De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. New York: Publishing Company (2nd ed.).
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company. doi:978-08261-25453
- Birdwhistell, R. L. (1985). *Kinesics and context: essays on body motion communication* (Vol. 4ª ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cabral, F., Pompeu, S., Apolinário, A., & Pompeu, J. (2008). Estimulação multisensorial em pacientes comatosos: uma revisão da literatura. 32(1), pp. 64-69.
- Decreto de Lei n.º 220/2007. (29 de maio de 2007). Diário da República, 1.ª série — N.º 103. *O Instituto Nacional de Emergência Médica*, 3513 - 3516. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2007/05/10300/35133516.pdf>
- Decreto de Lei n.º 65/2018. (2018). Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*, 4147 - 4182. Obtido de <https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- Despacho n.º 10319/2014. (11 de 08 de 2014). Diário da República n.º 153/2014, Série II. *Caraterização da Rede de Serviços de Urgência*, 20673 - 20678. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 69/2009. (31 de Agosto de 2009). Modelo de Acreditação para Instituições de Saúde.

- Despacho n.º 9639/2018. (15 de 10 de 2018). Diário da República n.º 198/2018, Série II. *Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar*, 27533 - 27533. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Despacho Normativo n.º 11/2022. (06 de 03 de 2002). Diário da República n.º 55/2002, Série I-B. *Cria o serviço de urgência hospitalar*, 1865 - 1866. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html>
- Dias, T., Ferreira, H., Rocha, M., Miclos, P., Oiveira, E., & Gomes, M. (2010). Percepção da equipe de enfermagem em relação à audição do paciente comatoso. 3, pp. 53-61.
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Obtido de <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (08 de 02 de 2017). Norma n.º 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (12 de outubro de 2021). Orientação n.º 038/2020 de 17/12/2020 atualizada a 12/10/2021. *COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*.
- Direção Geral de Saúde. (09 de janeiro de 2022). Orientação n.º 038/2020 de 17/12/2020 atualizada a 09/01/2022. *COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*. Obtido de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0382020-de-17122020-pdf.aspx>
- Dufrene, C., & Young, A. (março de 2014). Nurse Education Today. *Successful debriefing - best methods to achieve positive learning outcomes: a literature review*, 34, pp. 237-376. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.026>
- ESEL. (2021). *Plano de Estudos: Mestrados em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa. Obtido em 2021, de <https://www.esel.pt/node/6942>

- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas, A. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas* (Vol. 15). Percursos.
- Gaiarsa, J. Â. (1976). *A estátua e a bailarina* (Vol. 3ª ed.). São Paulo: Ícone.
- Grupo Português de Triagem. (2021). *Triagem de Manchester*. Obtido em 17 de 02 de 2022, de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/>
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* (Vol. 2ª edição). Loures: Lusociência.
- INEM. (2012). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- INEM, & DFEM. (2020). *Manual do Suporte Avançado de Vida*.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional Para A Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (junho de 2015). *Annals of Emergency Medicine. Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide*, 65, pp. 690-698. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Lei n.º 111/2009. (16 de setembro de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 180. *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, 6528 - 6550*. Lisboa.
- Lei n.º 156/2015. (2015). Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, 8059 - 8105. Lisboa. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 25/2012. (16 de 07 de 2012). Diário da República n.º 136/2012, Série I. *Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/p/cons/20180814/pt/html>
- Lei n.º 33/2009. (14 de julho de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 134. *Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*.

- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing* (Vol. 56). Journal of Advanced Nursing.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., & Wilson, V. (2015). *Person-centredness – the ‘state’ of the art*. International Practice Development Journal.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Midle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. Obtido de [http://doi.org/10.1300/J018v25n03\\_05](http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05)
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science, ed. 23. Obtido de <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. (2015).
- Ocean Medical. (2019). *Manual de Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico*.
- Parse, R. (2005). *The Human Becoming Modes of Inquiry: Emerging Sciencing* (Vol. 18). Nursing Science Quarterly. Obtido de <https://doi.org/10.1177%2F0894318405380394>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Purdy, I. B. (2004). *Vulnerable: a concept analysis*. Nursing Forum.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*, 4744 - 4750. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 123. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16; Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem . *Médico-Cirúrgica na 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* , 19359 - 19370. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135. *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido em 26 de novembro de 2021
- Roldão, M. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências – as questões dos professores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Sellman, D. (2005). *Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability*. Nursing Philosophy.
- Smith, M. C., Turkel, M. C., & Wolf, Z. R. (2013). *Caring in Nursing Classics: An Essential Resource*. New York: Springer Publishing Company. doi:978-0-8261-7111-5
- Swanson, K. (1991). *Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring*. Nursing Research, vol 40. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
- Swanson, K. (1993). *Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others* (25 ed.). Journal of Nursing Scholarship.
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). *Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. doi:10.1007/s00134-011-2300-7
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – PROPOSTA DE CRONOGRAMA PARA O PERÍODO  
FORMATIVO**

## CRONOGRAMA DE ESTRUTURAÇÃO DO 3º SEMESTRE

3º SEMESTRE																									
ANO	2021											2022													
MESES	OUTUBRO			NOVEMBRO					DEZEMBRO				JANEIRO					FEVEREIRO				MARÇO			
DIAS	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	3	7	14	21
	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	29	4	11	18	25	2	4	11	18	23
SEMANA	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	11 <sup>a</sup>	12 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>	14 <sup>a</sup>	15 <sup>a</sup>	16 <sup>a</sup>	17 <sup>a</sup>	18 <sup>a</sup>	19 <sup>a</sup>	20 <sup>a</sup>	21 <sup>a</sup>	21 <sup>a</sup>	22 <sup>a</sup>	23 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup>
REUNIÕES COM A PROF ORIENTADORA																									
ESTÁGIO UCI																									
ESTÁGIO SU																									
PESQUISA																									
ELABORAÇÃO DA RIL																									
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO																									
PARTICIPAÇÃO EM CONFERÊNCIAS OU OUTROS			Dia 25 26 27		Dia 10																				
ENTREGA DO RELATÓRIO																									

**APÊNDICE II – RELATÓRIO DO V CONGRESSO INTERNACIONAL  
DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## RELATÓRIO DO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DESIGNADO POR “E SE NÃO HOUVESSEM ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA?”

Nos dias 25, 26 e 27 de outubro participei no congresso realizado na Figueira da Foz, que teve como objetivo promover a partilha, debate e reflexão no seio da Enfermagem Médico-Cirúrgica nas suas quatro áreas de especialização, sob o mote “E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”. Durante os três dias existiu debate de diversos temas importantes e bastante atuais da prática clínica hoje exercida.

O pré-congresso, dirigido no dia 25 de outubro, dava aos participantes múltiplas opções de escolha para cursos em variadas áreas. Sendo a minha área de interesse o doente crítico, e estando a realizar estágio num Unidade de Cuidados Intensivos, logo me interessou o curso em cuidados especializados ao doente submetido a extra corporeal membrane oxygenation (ECMO). Sabemos que os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica, exigem

*a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como, na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação*

(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135, 2018, p. 19360)

A avaliação, o planeamento e a intervenção de enfermagem ao doente submetido a ECMO são dirigidas por três objetivos principais: a promoção do conforto e repouso, a prevenção de complicações e o suporte enquanto ocorre o processo de cura. Assim, a antecipação de possíveis complicações e a prevenção do dano são dois dos aspetos que coexistem em simultâneo para a segurança do doente, respeitando sempre o princípio ético da beneficência/não maleficência e, sempre a pensar na melhoria de qualidade de vida da pessoa que será cuidada.

Este curso foi liderado por três formadores: Fernando Miranda, Tiago Azul e, Paulo Oliveira; como objetivo da sessão previu-se o fornecimento de noções teóricas e práticas da técnica. Abordamos a caracterização da técnica ECMO, indicações e contra-indicações; quais os critérios atuais de referência para ECMO, as configurações (venovenosa e venoarterial), complicações mais comuns e quais os componentes do circuito de ECMO. Posteriormente e, no fim, podemos ter bancas práticas com o material que é usado para a realização da mesma.

Claro que uma técnica que nunca vi, até hoje, na minha profissão, ganha alguma curiosidade, mas o meu dia começou de outra forma. Percebi que durante o curso um dos formadores teria cuidado de uma pessoa em terapia de ECMO, acordada e o relato trazido pelo profissional foi essencial para perceber a ligação entre o doente-enfermeiro-família, dos quais um dos meus objetivos de estágio se identificam com tal problemática. Qual o meu espanto que, a doente a que este enfermeiro se referia era uma das formandas, neste caso, uma enfermeira e que pôde contar, em primeira pessoa, a sua experiência.

Desta partilha retive algumas frases ditas pela mesma: “Não me esqueço que quando adormeci as únicas pessoas que queria a meu lado, quando acordasse, era a minha família e, quando esse momento chegou e me deparei com o cenário que me apresentaram, agradeci por estarem lá os enfermeiros para me darem o apoio e toda a informação necessário que precisei naquele momento” e “deixaram que eu me autocuidasse e pudesse ter controlo das minhas atividades”.

Este testemunho apenas veio corroborar toda a investigação que tinha feito até ao momento, vendo que a enfermagem é um apoio ao ser que se encontra doente e, que segundo Watson (2002) cuidar é o ideal moral da enfermagem em que o seu objetivo é preservar e melhorar a dignidade e, patenteia a missão de qualquer enfermeiro.

O primeiro dia de congresso, não foi menos produtivo. Este foi iniciado com a temática da Pessoa em Situação Crítica e, entre, como podem os enfermeiros fazer a diferença num serviço de urgência ou no pré-hospitalar, voltaram a abordar a temática da prestação de cuidados ao doente submetido a terapia de ECMO, sendo este um tema palestrado pelo professor da Escola Superior de Saúde de Lisboa, Filipe Ramos.

O seu discurso intimista, profissional e tão pessoal de que não se pode descorar a pessoa cuidada da tecnologia que a envolve, abordando *Locsin* e a sua teoria acerca da tecnologia e mencionando *McCormarck* e *McCance* transpondo a vulnerabilidade

do doente crítico, podendo melhorar a comunicação, a autonomia e ativar a sua capacidade de tomada de decisão acerca dos cuidados que lhe são prestados.

O segundo dia de congresso, mais dirigido para os cuidados paliativos e intra-operatório, foi de grosso modo, uma mais valia. A primeira preletora do dia, foi a professora Lucília Nunes, e não poderia ter começado um dia melhor do que ouvir esta grande autora falar sobre a distanásia.

Trouxemos a debate vários problemas e decisões que foram muitíssimo importantes para o decurso do dia, sendo que recordei palavras da mesma “a distanásia não significa abandono de cuidados, o enfermeiro não sabe e não faz, nada mais, do que cuidar do outro”.

Concluo com a frase que creio que representa estes três dias de aprendizagem e partilha de experiências:

NÃO INTERESSA ADQUIRIR COMPETÊNCIAS, SE NÃO AS COLOCAMOS EM PRÁTICA

## **BIBLIOGRAFIA**

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing* (Vol. 56). *Journal of Advanced Nursing*.

Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 135. *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Obtido em 26 de novembro de 2021

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

**APÊNDICE III – RELATÓRIO DO WEBINAR DO DEPARTAMENTO  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA/ADULTO E IDOSO  
“FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E EXERCÍCIO CLÍNICO”**

## **RELATÓRIO DO WEBINAR DO DEPARTAMENTO ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA/ADULTO E IDOSO “FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E EXERCÍCIO CLÍNICO”, REALIZADO PELA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA**

No dia 10 de novembro participei no *Webinar* organizado pela Escola Superior de Saúde de Lisboa, designado por “Formação, Investigação e Exercício Clínico”. Para além das mesas convocadas para debater o tema, primeiramente foram convidadas as excelentíssimas: *Savina Schoenhofer* e *Anne Boykin*, de modo a dar início a este tema tão importante na vida da Enfermagem atual.

Vieram-nos demonstrar que o cuidar em Enfermagem é como uma “dança”, mostraram-nos que a presença física por si só, é uma forma de cuidar e, que ao demonstrarmos qualquer manifestação de sentimento ao outro, estamos a colocar no outro um pouco de nós. Estas lendas da Enfermagem ainda nos falaram de *Mayeroff* que identificou uma espécie de receita para o cuidado do outro. Tendo os seus pressupostos por base, temos de: conhecer, ser humildes, honestos, verdadeiros, esperançosos, corajosos, pacientes e, modificar o nosso ritmo de vida para podermos cuidar dos que estão a nosso cargo com a melhor competência, consciência, compromisso, confiança, compaixão e, comportamento adequado. Estes são os 6 C’s que elas enumeram para o atingir uma excelência de cuidados.

Como conclusão da exposição efetuada pelas autoras, destaco que todo o processo de cuidados está apoiado numa relação interdependente, que beneficia de um ambiente adequado para o enfermeiro desenvolver os seus cuidados relacionais. Sendo que, o meu trabalho de projeto incide nesta área, foi extremamente importante e enriquecedor esta partilha de conhecimento com mulheres tão importantes quando falamos do processo de cuidar do outro.

Posteriormente, destaco a primeira mesa de debate do *webinar*, que juntou uma enfermeira generalista, uma enfermeira mestre e especialista e, uma enfermeira doutorada. A partilha de conhecimento de cada uma acrescentou valor ao meu percurso, visto que, estou a meio caminho do meu mestrado.

Expeço as palavras da Enfermeira Sónia Santos que, através da exposição do seu trabalho de projeto de estágio, destacou que a centralidade de cuidados é um trabalho dinâmico de junção entre: as competências de investigação, competências de especializadas de enfermagem, conjugadas com as competências do exercício

profissional da enfermagem e as intervenções, contribuem para uma efetiva resposta às necessidades do outro.

Transpondo o *webinar* para a teoria, temos o Modelo de *Dreyfus* que defende que um estudante para adquirir e desenvolver uma competência necessita de percorrer níveis de proficiência, sendo que esses níveis refletem as *mudanças (...) que se introduzem aquando da aquisição de uma competência* (Benner P. , 2001, p. 43). Segundo este modelo, a aprendizagem experiencial é essencial para a progressão do nível de iniciado a perito (Benner, Tanner, & Chesla, 2009).

## **BIBLIOGRAFIA**

- Benner, P. (2001). *O Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem: De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company. doi:978-08261-25453