



SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL
Escola Superior Saúde Santa Maria

CONTRIBUTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Manuela Forte Loureiro

Outubro de 2025
Porto



**SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL**
Escola Superior Saúde Santa Maria

CONTRIBUTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Manuela Forte Loureiro

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, orientado pela Professora Doutora Cristina Pestana e Coorientado pela Professora Sílvia Ornelas e apresentado à Escola Superior de Saúde Santa Maria em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Outubro de 2025

Porto

“We are the light in institutional darkness, and in this light we find hope and healing.”

Jean Watson

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, depositando sempre confiança mesmo nos momentos mais desafiantes.

À minha cadela “*Cacau*”, cuja presença silenciosa me ofereceu conforto e companhia, lembrando-me da importância de cuidar de mim para poder cuidar melhor dos outros.

Às minhas amigas, que com empatia me motivaram a persistir e comemoraram comigo cada conquista.

Às Professoras Doutora Cristina Pestana e Sílvia Ornelas, pela orientação paciente e dedicada fundamental para o meu percurso académico. Reconheço igualmente o valor inestimável dos Enfermeiros Tutores nos locais de estágio, cuja partilha de conhecimentos e experiências contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento como Enfermeira Especialista.

O meu muito obrigado a todos, pois este percurso só foi possível em virtude desta rede de apoio emocional e profissional, que valorizo profundamente. O mesmo reforçou a minha convicção sobre o contributo essencial da Inteligência Emocional na Enfermagem e na Vida.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure
AMIUE	Anestesiologia, Medicina Intensiva, Urgência e Emergência
ANI	Analgesia Nociception Index
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS -	Bispectral Index
BPS	Behavior Pain Scale
CT	Centro de Trauma
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção Geral da Saúde
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
ECMO	Extracorporeal Membrane Oxygenation
EE	Enfermeiro Especialista
EEMCPSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
EEG	Eletroencefalograma
EPI's	Equipamentos de Proteção Individuais
Escala de NAS	Nursing Activities Score
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ISBAR -	Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation
ITU	Infeção do Trato Urinário
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PCR	Paragem Cardiorespiratória
PEE	Plano de Emergência Externo
PIC	Pressão Intracraniana
PICCO®	Pulse Induced Contour Cardiac Output

PPCIRA	Prevenção e Controlo da Infecção e das Resistências Antimicrobianas
RASS	Escala de Agitação e Sedação de Richmond
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SAV	Suporte Avançado de Vida
SMIP	Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
STEMI	Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
START	Simple Triage and Rapid Treatment
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TACO	Transfusion Associated Circulatory Overload
TAS	Técnicos Auxiliares de Saúde
TRALI	Transfusion Related Acute Lung Injury
TRIM	Transfusion Related Immunomodulation
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UGI	Unidade de Gestão Integrada
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

Este relatório de estágio insere-se no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Santa Maria, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Pestana e coorientação da Professora Sílvia Ornelas. Intitula-se “Contributo da Inteligência Emocional no desenvolvimento de competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, cujo propósito consiste em evidenciar o percurso académico realizado, demonstrando o desenvolvimento não só das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, assim como das competências de Mestre adquiridas,

A metodologia adotada baseou-se numa abordagem descritiva e crítico-reflexiva, sustentada numa revisão bibliográfica em evidência científica atual e fundamentada no percurso formativo vivenciado em diferentes contextos de ensino clínico, incluindo um serviço de urgência polivalente, um serviço de medicina intensiva polivalente e uma unidade de cuidados intensivos cardiotorácicos/cardiologia. Estes ambientes clínicos distintos, marcados pela elevada complexidade clínica e exigência técnica possibilitara, simultaneamente, o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais e emocionais, fundamentais à prestação de cuidados humanizados e de excelência à Pessoa em Situação Crítica.

O contributo da Inteligência Emocional demonstrou ser um recurso imprescindível neste processo, pelo impacto significativo na comunicação terapêutica, na gestão emocional e de stress e na tomada de decisão, em contextos de imprevisibilidade e complexidade clínica, bem como na humanização do cuidado e estabelecimento de relações interpessoais e terapêuticas eficazes. Assim, este documento evidencia a evolução do perfil profissional do Enfermeiro Especialista, destacando o contributo da Inteligência Emocional como uma ferramenta essencial para a aquisição de competências diferenciadas e para o equilíbrio emocional do profissional.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; pessoa em situação crítica; inteligência emocional

ABSTRACT

This internship report is part of the 2nd Master's Course in Medical-Surgical Nursing, in Nursing Care to the Critically Ill Person, at Escola Superior de Saúde Santa Maria, in partnership with Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, under the supervision of Professor Cristina Pestana and co-supervision of Professor Sílvia Ornelas. Entitled “The Contribution of Emotional Intelligence to the Development of Competencies in Nursing Care to the Critically Ill Person”, its purpose is to highlight the academic path undertaken, demonstrating the development of both the common and specific competencies of the Specialist Nurse, as well as the competencies acquired at the Master’s level.

The adopted methodology followed a descriptive and critical-reflective approach, supported by a literature review based on current scientific evidence and by the formative path experienced in different clinical teaching contexts, including an emergency department, an intensive care unit, and a cardiothoracic/cardiology intensive care unit. These diverse clinical environments, characterized by high clinical complexity and technical demands, simultaneously enabled the development of communication, relational, and emotional competencies, which are essential to the delivery of humanized and excellent care to critically ill patients.

The contribution of Emotional Intelligence proved to be an essential resource in this process, with a significant impact on therapeutic communication, emotional and stress management, and decision-making in contexts of unpredictability and clinical complexity. It also played a central role in the humanization of care and in the establishment of effective interpersonal and therapeutic relationships. Thus, this document demonstrates the evolution of the professional profile of the Specialist Nurse, emphasizing the contribution of Emotional Intelligence as a key tool for the acquisition of differentiated competencies and for the emotional balance of the professional.

Keywords: specialist nurse; critically ill person; emotional intelligence

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O CONTRIBUTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	13
1.2. APLICAÇÃO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS NA PRÁTICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	20
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS	26
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	26
2.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE	30
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGIA/CARDIOTORÁCICOS.....	35
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	40
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	41
3.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	43
3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	46
3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ...	48
3.2. O CONTRIBUTO DA IE NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	49
3.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEMCPSC.....	54
3.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	55
3.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	64
3.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção 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 adequada.....	69
3.4. O CONTRIBUTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	77
3.5 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	82
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE I – MODELO DE INTRUÇÃO DE TRABALHO.....	97
APÊNDICE II - REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO DE GIBBS	100
APÊNDICE II - REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO DE GIBBS	107
APÊNDICE III – GRELHA AUTORREFLEXÃO MODELO DE GOLEMAN	111
APÊNDICE IV -. CARTAZ INFOGRÁFICO SOBRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	115

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, sob orientação da Professora Doutora Cristina Pestana e coorientação da Professora Sílvia Ornelas.

Este documento visa apresentar e refletir sobre o percurso formativo desenvolvido ao longo do curso e dos ensinamentos clínicos, evidenciando a aquisição progressiva de competências comuns e específicas no domínio da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC). O relatório destaca o contributo de competências transversais, especificamente da Inteligência Emocional (IE), no processo de construção do perfil do Enfermeiro Especialista (EE), articulando a análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas com evidência científica atual e com os referenciais éticos e legais que sustentam o exercício da prática de Enfermagem Especializada.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019) o EE é o profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados nas respetivas áreas de especialidade. Detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza de acordo com as necessidades de saúde do grupo-alvo, atuando em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção. A sua prática pauta-se pela responsabilidade profissional, ética e legal, quer pela melhoria contínua da qualidade, quer pela gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p.1).

Os cuidados de enfermagem direcionados à PSC correspondem a intervenções especializadas dirigidas à pessoa e família que enfrenta condições de saúde, com risco iminente de vida, por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. Estes caracterizam-se por serem altamente diferenciados, ininterruptos e sistematizados, com vista a responder às necessidades afetadas, mantendo as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades e promovendo a recuperação total da pessoa. (Regulamento n.º 124/2011, p. 1).

Neste contexto, o Regulamento n.º429/2018 define o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), agrupando-as em três domínios, nomeadamente, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A intervenção do EEEMCPSC estende-se a múltiplos contextos clínicos, todos marcados pela elevada exigência e complexidade de atuação. O contributo destes profissionais desenvolve-se em equipas de emergência pré-hospitalar, serviços de urgência e emergência, equipas de reanimação, unidades de cuidados intensivos polivalentes ou diferenciadas por especialidade, unidades de cuidados intermédios, comissões de prevenção e controlo de infeção, bem como em unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica. A versatilidade e a capacidade de adaptação a ambientes de elevada pressão e complexidade clínica constituem características fundamentais destes profissionais, cuja prática é sustentada por competências técnico-científicas e competências relacionais, comunicacionais e humanas, inerentes à prestação de cuidados diferenciados e centrados na PSC.

Este relatório tem como propósito central refletir criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMCPSC, com especial enfoque na contribuição da IE como um recurso promotor ao seu progresso. Por conseguinte, tem como objetivos específicos: contextualizar a intervenção do EEEMCPSC; analisar a aplicabilidade da Teoria das Transições de Afaf Meleis à luz da IE; caracterizar os contextos de ensino clínico e o seu contributo para o desenvolvimento das competências; evidenciar a influência da IE no desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSC; e, por fim, refletir sobre a consolidação das competências de mestre e o seu impacto na prática profissional.

Relativamente à questão que orienta este relatório e norteia a análise e reflexão desenvolvidas ao longo da sua elaboração é: *De que forma a Inteligência Emocional contribui para o desenvolvimento e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC?*

O relatório integra uma análise das atividades desenvolvidas durante os diferentes ensinamentos clínicos, evidenciando a sua importância para a aquisição de competências específicas, para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto mestrande e para a consolidação do perfil como futura EE. Assim, encontra-se organizado em quatro capítulos principais, o primeiro corresponde ao enquadramento teórico, no qual se explora a intervenção do EEEMCPSC e a relevância da IE no contexto da prática avançada. O segundo capítulo, apresenta a contextualização dos ensinamentos clínicos, descrevendo os diferentes contextos experienciados e o seu contributo para o desenvolvimento de competências. O terceiro capítulo centra-se na fundamentação da consolidação das competências comuns e específicas do EE, à luz da prática experienciada e sustentada na evidência científica. Por último, o quarto capítulo aborda o desenvolvimento das competências de mestre, a partir de uma reflexão crítica sobre o percurso académico, destacando os desafios e aprendizagens emergentes, com vista à melhoria contínua da prática profissional e à qualidade dos cuidados prestados à PSC.

A metodologia adotada para a elaboração deste trabalho assenta numa abordagem descritiva e crítico-reflexiva, sustentada pela consulta e pesquisa em bases de dados científicas, com revisão bibliográfica orientada pela melhor evidência científica disponível, bem como pela análise de documentos oficiais, normas orientadoras da Direção-Geral da Saúde e regulamentos da Ordem dos Enfermeiros. A investigação foi integrada de forma a articular o conhecimento teórico com a prática clínica observada e experienciada ao longo do estágio.

A redação deste relatório segue as orientações definidas pela Escola Superior de Saúde Santa Maria, com base nas normas de formatação e citação da APA, 7.^a edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os cuidados de saúde, em particular, os cuidados de Enfermagem, assumem atualmente uma importância crescente, marcada por uma exigência técnico-científica cada vez mais acentuada. A sua diferenciação e especialização são, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde e, por isso, tornaram-se basilares para responder à complexidade das situações clínicas, sendo o cuidado à PSC um dos maiores expoentes dessa exigência.

Neste contexto, o presente capítulo apresenta o enquadramento teórico que sustenta a prática do EEEMCPSC. Pretende-se abordar duas perspetivas sobre o contributo da IE, como uma competência transversal ao cuidado da PSC e simultaneamente à aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis como fundamento no acompanhamento do processo de transição saúde-doença.

1.1.CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O CONTRIBUTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Cuidar da PSC implica uma abordagem integrada que combine competências científicas e técnicas avançadas, bem como uma elevada capacidade relacional e emocional. Segundo o Regulamento n.º 124/2011 a PSC é definida como aquela cuja vida está *“ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Esta definição, reflete não apenas a gravidade da situação clínica, como o nível de complexidade dos cuidados requeridos, os quais, na maioria dos casos, ocorrem em ambientes altamente críticos, sujeitos à instabilidade e imprevisibilidade.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, os cuidados à PSC são descritos como (...) *“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades tendo em vista a sua recuperação total”*. Trata-se de uma prática especializada que implica uma abordagem sistemática, completa e centrada na pessoa, na qual competências como a comunicação e a gestão emocional se tornam igualmente indispensáveis (Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro

especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, p.19362).

Neste contexto de elevada complexidade clínica e exigência técnica e emocional, a IE emerge como um recurso essencial ao Enfermeiro Especialista, não apenas como uma ferramenta de autorregulação emocional, mas, sobretudo como promotora de relações interpessoais eficazes onde predominam a confiança e a segurança.

A IE é definida como a capacidade de reconhecer, compreender e gerir as próprias emoções, bem como de perceber e influenciar as emoções dos outros, sendo determinante para o sucesso das interações humanas e para a tomada de decisões em ambientes complexos e instáveis (Salovey & Mayer, 1990; Goleman, 1995).

Segundo Goleman (1995), a IE estrutura-se em duas grandes dimensões: as competências pessoais e as competências sociais. As primeiras incluem a autoconsciência, relativa à capacidade de reconhecer e compreender as próprias emoções e o seu impacto, e a autorregulação, que envolve o controlo de impulsos, manutenção de stress e a motivação perante os desafios. As competências sociais abrangem a empatia, compreendida como a perceção e compreensão das emoções dos outros, e as habilidades sociais incluem uma comunicação eficaz, uma influência positiva e a gestão e resolução de conflitos.

O modelo de Goleman (1995) neste âmbito torna-se essencialmente importante pois permite operacionalizar a IE em quatro vertentes, traduzindo-se na prática clínica em competências transversais passíveis de serem observadas. A autoconsciência, quando o Enfermeiro se apresenta alerta para as próprias emoções no decorrer no seu exercício; a autorregulação quando o profissional é capaz de regular as emoções diante de situações críticas; a consciência social, pela compreensão da vulnerabilidade apresentada pela PSC e da sua família e por fim, a gestão das relações, disposta nas relações interpessoais que estabelece de forma colaborativa e cooperativa.

Estas dimensões tornam-se essenciais na prestação de cuidados à PSC, permitindo ao enfermeiro manter uma postura centrada, empática e ajustada às necessidades emocionais da pessoa e da sua família, mesmo perante sofrimento, dor ou situações de fim de vida. Assim, a IE deixa de ser apenas um recurso desejável, passando a constituir uma exigência fundamental para a prática, pois assegura cuidados humanizados, seguros e centrados na pessoa, promovendo simultaneamente a

estabilidade emocional do profissional, prevenindo *burnout* e fortalecendo a eficácia das relações interpessoais no contexto clínico.

Estes dois campos, interligam-se constantemente na prática clínica, com particular enfoque no cuidado à PSC, no qual a instabilidade emocional e clínica exige do Enfermeiro especialista uma eficaz gestão emocional, quer no rigor da prestação de cuidados, quer na manutenção do equilíbrio e bem-estar emocional do próprio, da equipa e da pessoa.

Goleman (1995) defende que a IE pode ser tão ou mais determinante que o quociente intelectual, para o sucesso pessoal e profissional, sendo um fator preponderante no desempenho em equipa, na gestão de conflitos, na tomada de decisões e na construção de relações interpessoais saudáveis. Este enquadramento é particularmente relevante para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que prestam cuidados à PSC, pois estão expostos a um ambiente emocionalmente exigente, onde empatia, autorregulação e gestão emocional são indispensáveis. Nestes contextos, a inteligência emocional não é apenas uma ferramenta desejável, mas uma exigência ética e prática, fundamental para assegurar um cuidado centrado na pessoa, humanizado e clinicamente eficaz.

Segundo Sousa et al. (2021), as unidades de cuidados intensivos polivalentes são contextos que apesar da sua complexidade clínica, permitem ao EE gerir o stress, manter a empatia e garantir intervenções seguras, uma vez que o mesmo consegue criar uma ligação entre a emoção e o raciocínio clínico que sustenta a prática, tornando a tomada de decisão mais ponderada e ética.

Os humanos apresentam na sua condição uma complexidade que envolve várias dimensões e, por isso, a Enfermagem no ato de cuidar, deve englobar todas, isto é, a dimensão técnico-científica, deontológica, psicológica, relacional, sociocultural, espiritual e emocional. Assim o cuidado centra-se numa visão holística, que implica um processo de compreensão da relação humana com as emoções. Portanto, as emoções humanas são processos afetivos, mas também resultam de respostas complexas químicas e neurais, que se manifestam através de mecanismos neurofisiológicos. Podem ser experienciadas de forma gratificante ou perturbadora (positivas e/ou negativas) e, pela memória afetiva, mantêm-se presentes no tempo.

A neurociência afetiva, integrada no modelo de Goleman, demonstra que a autorregulação emocional depende do equilíbrio funcional entre áreas cerebrais

responsáveis pela resposta emocional e pelo raciocínio reflexivo. Essa interação habilita o EE a responder de forma estável e compassiva, mesmo sob situações de pressão, propiciando comportamentos solidários e em cuidados mais humanizados (SG4NS – Universidade do Minho, 2023).

O processo emocional é desencadeado por estímulos internos ou externos, envolvendo a cognição na interpretação e manifestando-se através da expressão ou alteração de comportamento (Diogo, P., 2020). Esta combinação entre a razão e a emoção, corresponde ao desenvolvimento de competências pessoais que permitem lidar, de forma positiva e adaptativa com a dimensão emocional. Assim, as competências emocionais, enquanto parte integrante da IE, tornam-se base para assegurar cuidados individualizados, adaptados às necessidades da PSC e da sua família. No contexto de cuidados intensivos, o desenvolvimento destas competências é imprescindível, pela complexidade das situações clínicas, assumindo a relação entre o enfermeiro e a PSC, uma dimensão profundamente humana, marcada por sofrimento, medo e incerteza, na qual o enfermeiro é o mediador entre o sofrimento e alívio, entre a instabilidade e a segurança.

Segundo Goleman, a consciência emocional é a base da empatia e da gestão das relações humanas, o que atribui à IE a responsabilidade de contribuir, não só para o bem-estar da pessoa/família como também do próprio enfermeiro. Aprender a reconhecer as emoções e sentimentos tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas constitui uma fonte imensurável de saberes na prática de enfermagem.

Já em 1989, Benner e Wrubel defendiam que a gestão das emoções está diretamente relacionada com o nível de experiência e perícia do Enfermeiro, sendo que os peritos tendem a valorizar e a integrar a dimensão emocional na sua prática. Nesta linha, Diogo (2012) afirma que a competência emocional é reconhecida como parte integrante da prática profissional, pelo que deve ser promovida e desenvolvida ao longo da formação inicial e aprimorada na formação especializada, assumindo-se como tão importante quanto qualquer outra dimensão do cuidar.

Assim, o modelo de Goleman surge não só como uma referência teórica como, também como guia orientador para o desenvolvimento de competências emocionais, particularmente do EEEMCPSC, auxiliando na gestão da complexidade clínica da PSC em todas as suas dimensões humanas.

A tomada de decisão clínica não é isenta de emoção; diariamente os profissionais de saúde são compelidos a realizar escolhas que para além da presença de racionalidade, são influenciadas pela perceção emocional da situação em si. A decisão entre diferentes intervenções é mediada pelo reconhecimento das próprias emoções, permitindo ao enfermeiro alinhar a sua escolha com o julgamento clínico e a sensibilidade relacional. No exercício profissional do EE, estas competências potenciadas pela IE, contribuem para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns, ou seja, da responsabilidade profissional, ética e legal; a gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019), assim como das competências específicas conforme o Regulamento n.º 429/2018.

Com base no artigo de Bearare et al. (2025) a IE constitui uma ferramenta essencial no aperfeiçoamento da capacidade do Enfermeiro na gestão das suas emoções e das alheias, permitindo-lhe intervir com maior discernimento ético e eficácia relacional. Este estudo evidencia ainda que a IE potencia competências transversais à prática profissional, como na tomada de decisão assertiva e consciente, na comunicação empática e na liderança emocionalmente equilibrada, resultando numa melhoria na saúde dos profissionais e numa maior qualidade na prestação de cuidados.

No exercício profissional dos Enfermeiros, este *know-how* é de extrema importância, visto que os mesmos se inserem em contextos colaborativos na sua prática, integrando equipas multidisciplinares e interagindo com pessoas doentes em situações de vulnerabilidade, que vivenciam estados emocionais intensos e abruptos. Segundo Bearare et al. (2025), compreender a etiologia das emoções e geri-las em contextos de elevada exigência é fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais eficazes, sobretudo em equipas diversificadas e interculturais.

A prática de enfermagem, assenta numa relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa, permitindo um espaço privilegiado de expressão e partilha emocional. A PSC na vivência intensamente experiências associadas à transição saúde-doença, manifestadas por emoções distintas, enquanto o enfermeiro, enquanto profissional e pessoa, vivencia emoções em resposta ao sofrimento alheio. A gestão deste fluxo emocional é, portanto, uma competência essencial do cuidar.

Paula Diogo (2012), refere que, perante o confronto com situações emocionalmente exigentes, os enfermeiros interagem mobilizam competências de gestão

emocional, que refletem a sua maturidade e desenvolvimento profissional. Logo, a IE, manifesta-se como uma capacidade transversal que possibilita a compreensão, a comunicação e gestão de relações interpessoais em ambientes de elevada pressão.

Investir no desenvolvimento das competências emocionais dos enfermeiros é, assim, crucial para assegurar cuidados centrados na PSC, especialmente em contextos de elevada complexidade clínica e emocional. A aposta na formação contínua e especializada em IE contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo a segurança e o bem-estar da PSC e dos profissionais de saúde.

O conhecimento da dimensão emocional é importante, particularmente no contexto de cuidados intensivos, tanto pelo reconhecimento dos enfermeiros quanto pela pessoa que vivencia a situação clínica complexa, pois ambos enfrentam desafios emocionais que podem impactar a qualidade da relação terapêutica (Diogo, 2020).

Neste contexto, a priorização de uma comunicação eficaz que promova um alívio do sofrimento físico, emocional e/ou espiritual, permite ao EE reconhecer a importância da relação terapêutica no exercício da sua profissão, compreendendo que sua interação com a PSC, impacta diretamente a experiência vivenciada durante o tratamento (Silva et al., 2024)

A simetria de vulnerabilidade emocional entre quem cuida e quem é cuidado desafia a prática de enfermagem a manter-se tecnicamente eficaz e emocionalmente competente, assegurando a humanização dos cuidados num contexto onde a dor emocional é tão intensa quanto a clínica. Humanizar os cuidados em UCI num contexto demanda foco na PSC, preservando a dignidade e a autonomia, mesmo em circunstâncias clínicas complexas. Silva et al. (2024) destacam que os cuidados devem incluir a personalização do espaço, manutenção de uma comunicação aberta e honesta, controlo da dor e a implementação de medidas que minimizem o stress e ansiedade.

Alguns pontos fundamentais incluem a escuta ativa e empática, envolvimento da família no processo de cuidados, adaptação da linguagem ao estado emocional e cognitivo da PSC, e suporte psicológico a doentes e profissionais, considerando o impacto emocional do ambiente.

O ambiente de uma unidade de cuidados intensivos representa um contexto altamente desafiador, tanto para os profissionais quanto para a pessoa doente, dada a complexidade dos casos clínicos, tomada de decisão rápida e intervenções que impõe uma

enorme exigência técnico-científica. Contudo, não é apenas a dimensão técnica que deve ser valorizada e aprimorada, a pressão psicológica associada ao stress na tomada de decisões que envolvem risco de vida que se vive nestas unidades, reforça que a dimensão emocional não pode ser subvalorizada ou até desvalorizada (Silva et al., 2024).

A dimensão emocional impacta diretamente a qualidade dos cuidados prestados. Freitas et al. (2023) referem que um dos desafios é a comunicação eficaz, tanto dentro da equipa, quanto com a PSC e a sua família. Situações delicadas, como informar de um mau prognóstico ou comunicar más notícias, exige uma formação contínua, que permita desenvolver competências relacionais, comunicacionais e emocionais, tendo por base a escuta ativa, empatia e a própria IE.

Estudos, como Souza et al. (2021), um estudo qualitativo, corroboram que os enfermeiros corrigem lacunas na gestão emocional, fundamentais para uma abordagem centrada na PSC. Mora et al (2024), uma revisão sistemática, evidenciam que a prevalência do domínio técnico sobre as competências emocionais condiciona a prática clínica tornando-a pouco humanizada e limita o desenvolvimento da comunicação terapêutica e empática. Ambos evidenciam um desequilíbrio entre valorização das competências técnicas e emocionais na formação dos profissionais, o que constitui um fator estruturante para o desenvolvimento das competências emocionais. Por exemplo Silva et al., (2024) salientam que a ênfase excessiva no domínio técnico, em detrimento da empatia, da comunicação terapêutica e compreensão do sofrimento, origina práticas mecanizadas, centradas nas funções vitais e não na pessoa como um todo, particularmente problemático, em contexto de situações críticas.

Como tal, a humanização dos cuidados em UCI não pode depender exclusivamente do esforço individual dos enfermeiros, mas deve abranger a interação entre a equipa multidisciplinar. A utilização da tecnologia, embora indispensável, deve ocorrer de forma equilibrada, sem comprometer o vínculo relacional com o doente, mesmo em situações de inconsciência, reconhecendo-o como um ser único, com história e subjetividade próprias. O objetivo do EEEMCPSC será sempre promover a recuperação total da PSC, contudo, para alcançar esse propósito, é imprescindível prevenir e atenuar as sequelas emocionais associadas à hospitalização prolongada e à transição saúde-doença inesperada.

Silva et al., 2024 destacam que este intuito só é atingido mediante uma transformação organizacional, incluindo políticas institucionais que valorizem a dimensão emocional do cuidar, promovam ambientes humanizados, melhorem a comunicação e reduzam a sobrecarga de trabalho. Reforçam ainda a necessidade de criar espaços de escuta ativa para profissionais de saúde, no seio de uma cultura organizacional que valorize equilíbrio entre a tecnologia avançada e o respeito pela dimensão humana exigindo, assim, processos coletivos baseados na corresponsabilidade e no envolvimento de toda a equipa.

Por fim, o conhecimento da dimensão emocional é considerado, por vezes, superficial quando comparado com outras dimensões da prática de enfermagem. Todavia, desconsiderar a emoção é, como afirma Diogo (2020), negar o coração da própria arte de cuidar em enfermagem.

1.2. APLICAÇÃO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS NA PRÁTICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Dando continuidade à temática da IE, previamente abordada, este subcapítulo procura evidenciar a sua relevância na aplicação prática da Teoria das Transições de Afaf Meleis, como instrumento teórico que sustenta a intervenção do EE junto da PSC. A IE surge, assim, como uma competência transversal que apoia o profissional na gestão emocional das transições saúde-doença, promovendo adaptações mais saudáveis e uma prática de cuidados mais humanizada.

Todo o percurso vivido pela PSC constitui um processo contínuo e em constante evolução, ou seja, envolve mais do que uma resposta eficaz e rápida às necessidades clínicas urgentes, exigindo que o EE realize uma leitura sensível das mudanças abruptas que a PSC vivencia na transição saúde-doença. O Enfermeiro assume uma intervenção essencial neste processo de adaptação à nova realidade decorrente de um evento inesperado de agudização clínica.

Neste sentido, a Teoria das Transições de Afaf Meleis dispõe de um enquadramento teórico que complementa a prática da Enfermagem especializada, sendo amplamente reconhecida, pelo desenvolvimento de intervenções que auxiliam o indivíduo a lidar de forma mais eficiente com as mudanças significativas decorrentes de um evento súbito de saúde-doença. Portanto, é considerada uma teoria de médio alcance,

dado que o conceito de transição é central à Enfermagem, pois foca-se nas respostas dos indivíduos à doença e aos processos de vida (Meleis, 2007).

Assim, importa compreender a gênese e evolução desta teoria, de modo a sustentar a sua aplicação na prestação de cuidados à PSC, integrando o contributo da IE. O desenvolvimento desta referência teórica teve início em meados de 1960, durante o doutoramento na Universidade da Califórnia em Los Angeles, pela enfermeira egípcia-americana Afaf Ibrahim Meleis. Numa fase inicial, o seu foco foi o planeamento familiar, explorando os processos como o de tornar-se mãe ou pai e a adaptação aos papéis parentais. Posteriormente, o seu interesse de investigação incidiu nas intervenções que facilitam as transições e nas pessoas que apresentam maior dificuldade em atravessar estas alterações de forma saudável. (Guimarães e Silva, 2016).

Segundo Meleis (2010) todas as transições são acontecimentos ou eventos críticos que implicam o aumento da sensibilização para a mudança, como o envolvimento na experiência da transição, exigindo atenção, conhecimento e experiência por parte do EE. Este deve ser capaz de identificar necessidades, facilitar o processo e promover estratégias de apoio, reforçando a ligação entre a teoria e prática em Enfermagem.

A teórica refere que os padrões de resposta à transição estão diretamente associados à sua complexidade e multiplicidade, pelo que fatores facilitadores ou inibidores podem influenciar o processo. Propriedades como consciência da transição, envolvimento no processo, mudanças significativas e vivência de eventos críticos definem o próprio processo. O Enfermeiro, ao reconhecer estes padrões, atua eficazmente na identificação das necessidades e no suporte ao indivíduo (Guimarães e Silva, 2016).

Entre as várias intervenções de enfermagem destacam-se: a avaliação da prontidão, a preparação para a transição e a suplementação de papéis (Meleis, 2010). Guimarães & Silva (2016) completa que a suplementação de papéis, ocorre quando há inadequação à nova condição, exigindo que o Enfermeiro clarifique e apoie na reorganização pessoal dos mesmos.

Assim, o Enfermeiro consegue compreender melhor as alterações vivenciadas pela PSC durante o processo de transição, considerando fundamental, o conhecimento dos condicionantes pessoais, comunitárias e sociais nas quais a pessoa está inserida, pois estes podem facilitar ou dificultar a concretização da transição de forma saudável. Estas

ações terapêuticas visam a capacitação da pessoa e o desenvolvimento de competências para lidar com as novas exigências do seu atual contexto (Meleis, 2010).

Neste contexto, a IE operacionaliza as intervenções salientadas por Meleis, permitindo que o EE identifique o estado emocional e a disponibilidade da PSC para a mudança (na avaliação da diligência). Além disso, favorece uma comunicação empática e ajustada às suas necessidades emocionais (na preparação para a transição) e promove a autorregulação emocional e reforça o autoconhecimento da pessoa (na suplementação de papéis).

Portanto, a IE apresenta-se como um recurso indispensável, traduzindo-se em competências emocionais que sustentam a prática reflexiva e relacional, uma vez que possibilita ao EE reconhecer o impacto emocional da transição, ajustar a comunicação e consolidar uma relação terapêutica. A empatia, a autorregulação e a gestão emocional da PSC são maestrias fundamentais para manter o foco centrado na pessoa.

Deste modo, a aplicabilidade da Teoria das Transições de Afaf Meleis, aliada ao contributo da IE, potencia ao Enfermeiro especialista uma prestação de cuidados mais humanizada, sensível e ajustada à realidade da PSC, culminando num processo de transição saúde-doença mais saudável e emocionalmente equilibrado.

Após a compreensão dos fundamentos desta referência teórica, importa ressaltar a sua aplicabilidade com o exercício das competências comuns e específicas do EE, evidenciando de que forma a IE constitui um instrumento fundamental à sua operacionalização.

A integração desta teoria alcança o exercício das competências comuns e específicas do EE, conforme os Regulamentos n.º 140/2019 e 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, com recurso à IE. No que diz respeito às competências comuns, o contributo da IE está presente nos diferentes domínios. Assim, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EE deve atuar segundo princípios deontológicos e científicos, assegurando a tomada de decisões que respeitem a dignidade e a autonomia da PSC. A IE contribui para este domínio ao promover a autorregulação emocional, a empatia e o discernimento moral, fundamentos essenciais a um exercício profissional ético, especialmente em contextos de elevada pressão emocional. A aplicação da Teoria das Transições torna-se aliada a esta atuação de carisma ético, dado que permite uma maior compreensão da vulnerabilidade emocional associada às alterações de estado de saúde e

na orientação das intervenções para que se ajustem às necessidades da PSC e da sua família (Santos, T.R., e Almeida, C.F., 2025)

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a IE manifesta-se na capacidade do EE em refletir, por meio de um pensamento crítico, sobre o reconhecimento das suas próprias respostas emocionais e aplicá-las de forma significativa no aperfeiçoamento da prática. Quando associada à Teoria de Meleis, esta competência promove intervenções humanizadas, centradas na PSC e na sua família, transformando o processo de transição num momento de aprendizagem para o profissional e para a pessoa (Costa, M.P. e Lima, R.F., 2025).

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados o EE assume o seu papel de líder de coordenação da equipa de enfermagem, garantindo a continuidade e a coerência da atuação. A IE permite-lhe obter uma melhor autorregulação emocional e gestão de conflitos, através de uma comunicação assertiva e da promoção do estabelecimento de relações de confiança, potenciando a cooperação entre todos. A Teoria das Transições, por sua vez, contribui para o planeamento da prestação de cuidados com base na avaliação da prontidão, na preparação e no acompanhamento da PSC e da família, assegurando transições seguras e saudáveis (Malta, H. F. et al, 2023).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a IE favorece a capacidade reflexiva do EE, sobre o seu exercício profissional, potencializando o reconhecimento de áreas de melhoria, transformando experiências em conhecimento. Este processo vai de encontro com a Teoria de Meleis que salienta que o profissional tem de ter a capacidade de interpretar criticamente os processos de transição saúde-doença ao mesmo tempo que promove o desenvolvimento contínuo de competências comunicacionais, relacionais e emocionais (Ornellas, T.C.F., 2023).

No que diz respeito às competências específicas do EEEMCPSC, na articulação com a Teoria das Transições, estas competências, à semelhança das competências comuns, beneficiam do contributo singular da IE. Esta conexão permite que o EE reconheça os fatores que influenciam o processo de transição saúde-doença da PSC e da sua família, viabilizando um planeamento mais individualizado e centralizado que favoreça uma melhor adaptação à nova condição de saúde.

Meleis fundamenta o primeiro domínio das competências específicas, “*Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência*

orgânica”, do Regulamento n.º 429/2018, realçando a importância da intervenção do EE, nomeadamente na gestão de alterações significativas e diversificadas, vivenciadas pela PSC e a sua família, demonstrando que as suas intervenções podem promover a resiliência, adaptação e capacitação dos intervenientes. Neste domínio o contributo da IE desempenha um papel fundamental, uma vez que permite que o EE através não só da sua autorregulação emocional como da perceção das emoções da PSC/família, estabeleça uma comunicação mais eficaz e empática, com vista a uma resposta clínica ajustada às necessidades emergentes (Silva et al., 2024). Um artigo científico recente Hashmi et al. (2024) ressalta que a integração da IE na prática clínica especializada, como a do EEEMCPSC, está associada a um melhor desempenho profissional. O suporte positivo do EE, possibilita que a sua instrução se torne mais segura junto da PSC/família, culminando numa maior adesão aos tratamentos e numa maior satisfação dos cuidadores e família, acentuando a eficácia do domínio do EEEMCPSC no cuidado à PSC (Hashmi et al., 2024).

No que refere à competência *“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”*, a Teoria de Meleis juntamente com a IE, são preponderantes, especialmente na tomada de decisões e na liderança de cenários de elevada complexidade clínica. O desenvolvimento de competências emocionais e comunicacionais com recurso à IE, contribui para um melhor controlo emocional, promove o pensamento crítico e melhora a eficácia da gestão do stress, princípios básicos na coordenação de equipas de intervenção rápida e em situações inesperadas. Segundo Crowne et al. (2017) os profissionais de saúde que apresentam níveis mais elevados de IE, também evidenciam uma maior capacidade de liderança e eficácia sob situações de pressão emocional e psicológica, resultando em respostas mais rápidas e seguras. Portanto, neste domínio a Teoria das Transições através do enquadramento concetual possibilita que o EEEMCPSC seja capaz de efetuar uma leitura das mudanças bruscas e imprevisíveis do estado de saúde da PSC, enquanto a IE fomenta a clareza mental e emocional, priorizando a estabilidade emocional necessária para uma atuação assertiva e holística.

Por último, o terceiro domínio das competências específicas a *“Maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da 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”, cuja Teoria de Meleis complementa a prática especializada do EE a partir da promoção de uma visão mais integral da PSC, pela forma como responde às atitudes terapêuticas instituídas e às intervenções preventivas. A IE, por sua vez, salienta a competência comunicacional como uma habilidade indispensável à sensibilização da equipa e da PSC/família para o cumprimento e conhecimento de práticas mais seguras, traduzindo-se numa maior adesão de medidas de prevenção e controlo de infeção. O autocontrolo e a empatia, como focos da intervenção do EE e componentes da IE, fundamentam uma intervenção tranquila e eficaz mesmo diante de situações de pressão e risco iminente, assegurando que a qualidade e a segurança dos cuidados prestados sejam sempre mantidas (Hashmi et al., 2024).

Em suma, a Teoria de Afaf Meleis quando integrada com competências emocionais e relacionais indispensáveis do EEEMCPSC, estabelece uma ponte entre o conhecimento teórico e uma prática clínica eficiente. Por outro lado, a IE surge como mediadora entre a compreensão e perceção das respostas da PSC ao processo da transição e a capacidade do EE em promover adaptações seguras, autónoma e emocionalmente equilibrada da PSC e da sua família.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS

A prestação de cuidados à PSC requer a aquisição de competências técnico-científicas, assim como comunicacionais, relacionais e emocionais que se desenvolvem em ambientes diversificados e de elevada exigência. Nesse sentido, este Mestrado integrou três distintos contextos práticos de ensino clínico, todos centrados na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente, um serviço de urgência polivalente, um serviço de medicina intensiva polivalente e um serviço de cuidados intensivos de cardiologia/cardiotorácicos.

A diversidade e especificidade de cada contexto clínico, proporcionaram diferentes desafios e oportunidades de aprendizagem, contribuindo significativamente para a consolidação de competências comuns e específicas do EEEMCPSC.

Os subcapítulos seguintes descrevem os diferentes contextos clínicos onde decorreram os ensinamentos clínicos, evidenciando a especificidade de cada serviço e o modo como contribuíram para o percurso formativo e para o desenvolvimento de competências diferenciadas.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

O Serviço de Urgência, pela capacidade de resposta imediata à PSC, constitui um dos pilares do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que representa a porta de entrada no meio hospitalar, que se caracteriza por um ambiente dinâmico, imprevisível e de elevada pressão. De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, os serviços de urgência polivalentes apresentam o nível mais diferenciado de resposta em situações de urgência e emergência, pelo que devem ser capazes de oferecer uma resposta de proximidade à população da área abrangente e incluir recursos avançados para situações críticas.

Neste sentido e contexto, a aplicação das competências comuns e específicas do EEEMCPSC é absolutamente fundamental face à imprevisibilidade e complexidade clínica, sendo os cuidados diferenciados os que sustentam e asseguram a manutenção das funções vitais, previnem complicações, minimizam incapacidades, tendo como objetivo principal é a recuperação total da PSC.

A intervenção do EEEMCPSC, no contexto crítico de urgência, de emergência e situações excecionais de catástrofe, assume um papel preponderante, uma vez que a vida

da pessoa enfrenta graves ameaças e compromissos de sobrevivência, exigindo uma estrutura de referência na primária e imediata na abordagem à PSC.

O Ensino Clínico I, decorreu num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do norte do país, acreditado com o nível mais diferenciado de resposta em situações de urgência e emergência e dotado de valências diagnósticas e terapêuticas avançadas que asseguram a resposta a utentes com elevada complexidade clínica.

Este SUP funciona 24 horas por dia dispondo, em regime de gestão integrada, de VMER e de um centro de formação acreditado pelo INEM e integrando ainda, as diferentes vias verdes, AVC, Coronária, Sepsis, Trauma e Implante de Extremidade, pelo que esta última é única no país. Além disso, abrange uma grande área geográfica, totalizando uma população de cerca de 340 mil habitantes, ademais os utentes que optam por recorrer a este SUP, seja por liberdade de escolha ou através das redes de referência.

Este serviço integra a Unidade de Gestão Integrada (UGI) da anestesiologia, medicina intensiva, urgência e emergência (AMIUE), enquanto SUP com centro de trauma (CT), o que representa o nível de responsabilidade mais diferenciado de resposta às situações clínicas urgentes e emergentes, e com responsabilidade no tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave. A sua acreditação como centro de Trauma, juntamente com a plena integração das restantes vias verdes, confere a este SUP, um papel relevante no Serviço Nacional de Saúde, uma vez que é o único que dispõe de Via Verde de Implante de Extremidade.

Do ponto de vista estrutural e organizacional, o SUP está organizado em diferentes áreas funcionais: triagem, regida pelo Sistema de Triagem de Manchester; área verde/azul; área amarela, com capacidade para 35 utentes; área laranja com capacidade para 26 utentes em maca; área cirúrgica, com 10 boxes disponíveis, que engloba a sala de trauma e a vigilância cirúrgica e uma sala de emergência. Esta última, é composta por 4 boxes preparadas para situações críticas e manobras de suporte avançado de vida, portanto, dispondo de monitorização invasiva, ventilador, desfibrilhador, máquinas e seringa perfusoras, carro de via aérea difícil e material específico para a via verde trauma.

A nível de recursos humanos, o serviço é composto por uma equipa multidisciplinar que comporta médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde (TAS), técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos, assistente social e

seguranças/vigilantes. A equipa de Enfermagem, especificamente, é constituída por cerca de 110 elementos, distribuídos por cinco equipas, cada uma composta por 16 a 18 enfermeiros. Atualmente o serviço conta com 10 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9 Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 4 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 3 Enfermeiros Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria. Cada equipa é coordenada por um Enfermeiro Especialista, sendo que no total a coordenação de equipas está atribuída a 10 enfermeiros, todos especialistas nas diferentes áreas de enfermagem.

No que concerne ao circuito dos utentes, este SUP cumpre as orientações do Despacho n.º 10319/2014, garantindo fácil e rápido acesso aos meios complementares de diagnóstico, dado que o serviço de imagiologia fica localizado a poucos metros da SE (raio-X, ecografia e tomografia computadorizada), assim como o bloco operatório situado dois pisos superiores, no entanto com ligação direta e com chave própria pelos elevadores, ao lado da SE. Este mesmo Despacho decreta que nos serviços de urgência devem existir fluxos de utentes bem definidos, claros e sinalizados, de acordo com o tipo de problema e/ou prioridade de observação. Neste SUP, o circuito interno dos utentes inicia-se na admissão, segue-se a triagem e, posteriormente, o encaminhamento para a área de atendimento correspondente ao problema de saúde. No sentido de facilitar este encaminhamento para a área adequada, o SUP implementou uma estratégia inovadora que simplifica o processo, a partir de sinalização luminosa no teto do serviço, utilizando os núcleos correspondentes às prioridades, que guiam os utentes desde a sala de triagem até a área de atendimento, correspondendo a cor luminosa ao nome da área (ex.: luz laranja dirigida para área laranja).

Concomitantemente a estas premissas, o SUP encontra-se integrado em projetos institucionais que qualificam os cuidados prestados e valorizam a segurança da PSC, aos quais acresce ainda, positivamente o peso formativo e científico. Entre eles, destacam-se programas de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, projetos de melhoria contínua da qualidade alinhados com o tempo de resposta da triagem e atendimento e iniciativas de humanização dos cuidados, como a inclusão da família em situações críticas sempre que clinicamente possível.

Durante o ensino clínico neste contexto, foi possível observar a necessidade constante de adaptação a situações inesperadas, reconhecendo-se o papel preponderante que IE para o desempenho do EEEMCPSC, permitindo a manutenção da clareza e assertividade na tomada de decisão, na gestão do stress e a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e à PSC e a sua família. A elevada rotatividade de utentes e o contacto com situações clínicas de sofrimento, instabilidade e morte, exigem ao enfermeiro uma competência relacional diferenciada, capaz de promover segurança emocional e empatia, mesmo perante o caos organizacional.

Uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa/família constitui um fator significativo para uma melhor gestão da sua condição clínica, pois ajuda-o a compreender melhor a sua situação e a tomar decisões mais informadas sobre o tratamento. Também favorece a função psicológica do mesmo, proporcionando-lhe maior segurança e confiança. Isto impacta positivamente na redução dos níveis de dor, stress e ansiedade e aumenta a adesão às intervenções propostas (Brás e Ferreira, 2016). Durante a minha passagem pelo Serviço de Urgência Polivalente, enquanto mestranda constatei que a comunicação eficaz entre o Enfermeiro e a Pessoa/família era essencial para assegurar uma prestação de cuidados mais seguros, humanizados e emocionalmente inteligentes. Pois, permitiu em várias situações, que a PSC tomasse decisões mais informadas, enquanto fortaleceu um vínculo terapêutico, promovido pela confiança e cooperação.

Num ambiente de urgência/emergência, onde as situações são imprevisíveis, o tempo de resposta é reduzido e o stress emocional é elevado, a comunicação torna-se ainda mais premente, facilitando o processo terapêutico, reduzindo os níveis de ansiedade e aumentando a adesão às intervenções. A inclusão da família, especialmente em momentos críticos, garantiu que as necessidades emocionais e psicológicas fossem atendidas, o que evidenciou ser fundamental nas situações de emergência, onde o apoio emocional também é um fator determinante para a segurança na prestação de cuidados.

Em suma, nos serviços de urgência polivalentes o estabelecimento desta comunicação terapêutica permitiu que os doentes e as famílias se sentissem mais seguros e, conseqüentemente, mais cooperantes, mesmo em situações de grande vulnerabilidade.

2.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE

A concretização do ensino clínico num serviço de urgência polivalente constituiu uma ponte para uma integração mais eficaz do ensino clínico subsequente, desenvolvido num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) também no norte do país, no qual a exigência técnica se alia à comunicação terapêutica possibilitando uma gestão simultaneamente clínica e emocional de situações de elevada complexidade clínica.

O SMIP representa um contexto de prática clínica intensiva, caracterizado por um ambiente de alta complexidade na prestação de cuidados, destinado à abordagem de situações críticas com risco iminente de vida e/ou de falência orgânica. Nestes ambientes a monitorização contínua e sofisticada, a implementação de medidas terapêuticas avançadas e concretização de intervenções imediatas são primordiais para prevenir, reverter ou atenuar o comprometimento funcional da PSC, pelo que é essencial apresentar competência técnico-científica e humana de elevada exigência.

As UCI, segundo o Despacho n.º 4320/2013, são locais qualificados para cuidar de pessoas com disfunções orgânicas, dando o suporte, prevenindo e tratando estas falências que põe em risco a vida da pessoa. Podem ser específicas de uma área médica ou cirúrgica ou polivalente, ou seja, ter a capacidade de assumir a responsabilidade integral da PSC do âmbito médico e cirúrgico.

As UCI Polivalentes estão divididas em três níveis, de acordo com o nível de complexidade dos cuidados prestados. Portanto, o nível I é compatível com cuidados intermédios, admite pessoas com risco ou falência orgânica, com necessidade de vigilância e monitorização invasiva e não invasiva, com garantia de manobras de reanimação caso necessário. O nível II é dotado de monitorização invasiva, com capacidade de terapias de suporte orgânico, apesar de não apresentar acesso permanente a meios de diagnóstico e especialidades diferenciadas. Por fim, o nível III, é provido de meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, capaz de responder às demandas dos serviços de urgência e restantes serviços hospitalares (Despacho n.º 4320/2013, 2013).

Na atualidade, a maioria das UCI evoluíram para SMIP, cujo objetivo é a gestão e cuidado da PSC, numa Unidade Hospitalar, abrangendo a sala de emergência do Serviço de Urgência e a equipa de emergência intra-hospitalar. Nesta Unidade Local de saúde, os cuidados intensivos estão inseridos num SMIP.

O SMIP onde se realizou o ensino clínico II, caracteriza-se como uma unidade de nível III, com recursos humanos altamente diferenciados, monitorização avançada e acesso permanente a todas as especialidades hospitalares. Trata-se de uma área de elevada diferenciação, que presta cuidados à PSC com necessidade de vigilância e monitorização contínua, por instabilidade hemodinâmica ou risco de falência orgânica e por isso, dispõe de meios de diagnóstico e tratamento amplamente sofisticados e avançados.

O serviço localiza-se no primeiro piso da Instituição, junto ao Serviço de Urgência Polivalente e ao Serviço de Imagiologia. É composto por três alas de nível II e III: a ala A com 16 camas, das quais quatro são unidades de isolamento; a ala B com 12 camas, incluindo dois quartos de isolamento, e a ala C, a mais recente, destinada a pessoas com patologia neurológica grave, considerada uma unidade de cuidados neurocríticos, com capacidade para 12 camas. Todas as alas são dotadas de biotecnologia avançada, sendo que as camas se encontram dispostas em boxes individuais, equipadas com monitorização hemodinâmica, ventilação mecânica invasiva, não invasiva e alto fluxo, uma cama articulada com colchão de pressão alterna e cadeirão para transferência e mobilização precoce e ainda um lavatório com material de higienização. Cada box possui ainda, um computador para registo ou consulta do processo clínico, permitindo um acesso rápido à documentação de forma imediata e junto da PSC. Os quartos de isolamento apresentam pressão negativa e antecâmara com portas automáticas.

Relativamente aos equipamentos e biotecnologia disponível o SMIP dispõe de um broncofibroscópio, um ecógrafo, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização PICCO® (Pulse Induced Contour Cardiac Output), monitorização BIS (Bispectral index) unilateral ou bilateral, monitorização ANI (Analgesia Nociception Index), sistema de INVOS™ para monitorização de saturação regional de oxigénio do sangue cerebral, monitorização de PIC (Pressão Intracraniana), monitorização EEG (Eletroencefalograma), técnicas de substituição renal contínua e técnica de oxigenação por membrana extracorporal (ECMO).

Acerca dos recursos humanos este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, contudo especificando a equipa de enfermagem, esta é composta por um total de 149 enfermeiros, pelo que um deles é o enfermeiro gestor e os restantes 148 estão divididos por equipas de trabalho, 18 com horário rotativo, do género *roulement*. Deste total, cerca de 22 enfermeiros exercem a função de coordenador do serviço rotativamente;

34 pertencem à equipa de reanimação médica intra-hospitalar, pelo que em cada turno dois deles estão destacados para essa função e ficando apenas responsável por um utente. Além disso, dos 11 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 4 exercem esta sua especialidade em pleno, estando distribuídos pelo turno da manhã e tarde para exercer funções.

Portanto, dos 148 enfermeiros, 13 são detentores do grau de especialista em enfermagem médico-cirúrgica e 9 mestres em enfermagem médico-cirúrgica área de enfermagem à PSC. A equipa ainda dispõe de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria; um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria e um enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem peri-operatória.

Os rácios não são cumpridos de acordo com o Regulamento n.º 533/2014, que estabelece as dotações seguras propostas pela OE quanto ao nível de cuidados, determinando a dotação de um enfermeiro para um utente de nível III. No SMIP o rácio é de um enfermeiro para cada dois utentes, com um método de trabalho individual, ficando o enfermeiro responsável pela prestação integral de cuidados dessas duas PSC e da sua família, sem impedimento da entajuda e espírito de equipa.

Este método de trabalho individual atribui a um único enfermeiro a responsabilidade total pelo cuidado integral da PSC, o que permite uma maior continuidade, autonomia e responsabilização na prestação de cuidados, estabelecendo uma relação mais próxima com a pessoa e a sua família e condiciona a fragmentação dos cuidados por execução de tarefas ou trabalho em equipa exclusivo. No entanto, este método implica alguns critérios que podem levar à sobrecarga do enfermeiro, podendo resultar em lacunas nos cuidados, caso não exista uma coordenação eficaz e apoio da equipa multidisciplinar. Assim, no contexto do SMIP, a manutenção de um espírito de equipa e de uma prática colaborativa foi essencial para garantir a qualidade e segurança da assistência, mitigando as limitações do método individual.

O SMIP apresenta uma equipa de enfermagem jovem, mas altamente qualificada, tal como referido anteriormente, alguns enfermeiros são titulares de formação avançada, incluindo mestrados e especializações, sendo que há ainda alguns colegas de profissão que se encontram precisamente na mesma posição que eu própria, ou seja, ainda a frequentar o curso de mestrado. Todavia, após conclusão dos seus estudos contarão para

a estatística de mais elementos graduados na equipa, tornando a equipa ainda mais qualificada e contribuindo também para a qualidade dos cuidados prestados. Neste serviço a equipa de enfermagem juntamente com alguns elementos da equipa médica, estão organizados por grupos de trabalho no sentido de desenvolver projetos de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente: promoção de uma cultura de boas práticas a partir da implementação de auditorias internas à qualidade dos cuidados; participação no projeto de auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem; colaboração na consolidação das atividades inerentes às comissões hospitalares como o PPCIRA e Gestão de Risco. Existe ainda o grupo de emergência e reanimação interna intra-hospitalar; um grupo dedicado ao procedimento de colocação ECMO, com tentativa de criar uma equipa especializada dentro da Instituição e por fim um grupo diligente à administração e preparação de fármacos. Ademais, a estas formações internas ao serviço, os enfermeiros participam regularmente tanto em ações de formação internas da Instituição, quanto em formações externas à mesma, com o objetivo de atualizar conhecimentos e aprimorar competências, promovendo assim, a melhoria contínua da qualidade e eficácia dos cuidados prestados à PSC.

A implementação de protocolos terapêuticos em qualquer serviço de saúde contribui para uma prestação de cuidados mais eficaz e segura. Em contexto de cuidados intensivos, a padronização de intervenções, ajuda a atuações mais organizadas e estruturadas com vista à rápida resposta e à minimização da ocorrência de eventos adversos. Segundo Oliveira et al. (2023) a implementação de protocolos baseados em evidências científicas é crucial na padronização dos cuidados e na redução da variabilidade dos tratamentos, ou seja, esta padronização reduz a variabilidade do tratamento, garantindo que todos os utentes recebam as melhores intervenções baseadas nas melhores práticas, independentemente da equipa ou hospital que as aplica.

O reconhecimento da relevância de protocolos terapêuticos em cuidados intensivos está amplamente certificado pela literatura científica. A adoção dos mesmos pelos profissionais de diferentes instituições melhora as taxas de recuperação e reduz a incidência de complicações da PSC. Oliveira et al. (2023) destaca que os protocolos clínicos são desenvolvidos à luz da revisão sistemática da literatura, que como resultado reflete as melhores práticas identificadas em estudos clínicos.

Um exemplo destes protocolos, que no SMIP está implementado é os feixes de intervenção ou as *bundles*, implementadas para a prevenção e controlo de infeção, do projeto STOP Infeção Hospitalar, particularmente aquelas decorrentes de dispositivos médicos invasivos. Um outro protocolo utilizado, com o qual tive contacto várias vezes ao longo deste ensino clínico foi, o Protocolo Intensivo de Insulina em Perfusão, designado pela equipa por “PIIP”, este está dirigido a pessoas hiperglicémicas, com nutrição entérica ou parentérica com exceção daqueles que apresentam como diagnóstico de admissão cetoacidose diabética.

Atualmente, alguns protocolos do SMIP encontram-se em fase de revisão e aperfeiçoamento, em virtude de uma reestruturação da equipa, com a saída de alguns elementos e a integração de novos profissionais, incluindo recém-licenciados, mestres e especialistas. Por conseguinte, foram constituídos novos grupos de trabalho dedicados ao desenvolvimento e atualização dos protocolos clínicos do serviço, garantindo que os mesmos se mantêm modernizados e alinhados com a evidência científica mais recente.

Este dinamismo formativo e a aposta em grupos de trabalho que se traduzem numa melhoria contínua e conseqüentemente numa prática clínica inovadora e num ambiente de cuidados de elevada complexidade clínica. Assim a adoção deste método de implementação e revisão, ou seja, por grupos de trabalho é de extrema importância, pois promove a integração dos novos elementos e fomenta a formação/atualização contínua de conhecimentos, refletindo um compromisso claro do SMIP com a excelência na prestação de cuidados à PSC. Existem ainda as designadas Instruções de Trabalho, já referidas anteriormente, disponibilizadas e certificadas pela Instituição em plataforma interna, com orientações detalhadas e uniformizadas para a execução de procedimentos específicos, garantindo a sua eficácia e segurança. Alguns exemplos são IT Aspiração subglótica; IT Circuito Ventilatório Duplo Lúmen; IT Ventilador de transporte; IT Cuidados Post Mortem; IT Manutenção e Doação; IT Transporte Doente Crítico.

No decorrer deste Ensino Clínico II, foram proporcionadas várias oportunidades de consolidar e aprofundar conhecimentos adquiridos ao longo do curso de especialidade e mestrado, aplicando-os num contexto real e exigente. O acompanhamento de casos de elevada complexidade, possibilitou melhorar a capacidade de antecipação e gestão de situações críticas. Algumas das aprendizagens adquiridas ao longo deste ensino clínico, foram inclusive aplicadas na prática diária enquanto enfermeira de cuidados gerais. Esta

participação reforçou, a importância e o impacto que o estudo e o curso de mestrado apresentam profissionalmente.

Não obstante ao desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, este campo de estágio evidenciou a relevância da comunicação terapêutica e do suporte emocional na prestação de cuidados, especialmente em contextos de cuidados intensivos.

A experiência neste ambiente permitiu uma compreensão do impacto do ruído dos dispositivos e a atenção exigida pelas situações críticas que se vivenciam em cuidados intensivos, demonstrando, assim, a relevância de uma visão holística que garanta a segurança e o bem-estar da PSC e da sua família, em todas as suas dimensões.

2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGIA/CARDIOTORÁDICOS

O terceiro local de estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia/Cardiorácica, localizada numa ilha de Portugal. Esta caracteriza-se por acolher PSC decorrentes do foro cardíaco, quer com patologias cardíacas ou submetidas a cirurgias cardiorácicas. Este último estágio constituiu uma experiência e simultaneamente uma oportunidade notável para aprofundar conhecimentos e consolidar competências, num ambiente que alia a complexidade clínica ao recurso a tecnologia avançada de monitorização e tratamento.

O campo de estágio, de carácter opcional, foi selecionado com o objetivo de consolidar as competências comuns e específicas do EEEMCPSC, possibilitando concomitantemente o desenvolvimento de um projeto de autoformação, o qual representou um espaço para reflexão crítica e aprofundamento pessoal sobre o Contributo da IE no desenvolvimento de Competências do EE.

No seguimento do percurso profissional, identificou-se a complexidade emocional inerente à PSC do foro cardíaco, marcada por uma elevada exigência técnica, rapidez na tomada de decisão e por momentos de instabilidade clínica, diagnóstico precoce ou pós-operatório imediato, correspondendo numa elevada carga emocional para a PSC/família e para os profissionais de saúde. Este facto levou à conclusão que situações clínicas marcadas pela dor emocional, pela incerteza e vulnerabilidade, exigem mais do que um conhecimento técnico, requerem competências comunicacionais e relacionais sustentadas

pela IE, que seja capaz de proporcionar uma resposta mais humanizada e eficaz às necessidades da PSC e da sua família.

Esta Unidade, a nível de estrutura física encontra-se dividida em duas áreas distintas, mas que partilham o mesmo ambiente assistencial. A área correspondente à Cardiologia dispõe de cinco camas, das quais três se encontram em quartos individuais e uma quinta cama numa área utilizada geralmente para procedimentos, como por exemplo a colocação de pacemaker provisório. Por outro lado, a área de Cardiotorácica apresenta três camas dispostas, em espaço aberto, facilitando a vigilância da PSC. As duas áreas apresentam sistemas de telemetria e biotecnologia avançadas, que permitem a monitorização constante da função cardíaca e respiratória, por forma a uma rápida intervenção caso seja detetado algum foco de instabilidade clínica.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos do foro médico e cirúrgico, enfermeiros e técnicos de auxiliares de saúde e técnicos de cardiopneumologia. Especificamente, a equipa de Enfermagem é constituída por um total de 51 Enfermeiros, dos quais 15 detêm a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6 em Enfermagem de Reabilitação, 3 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, revelando uma panóplia de conhecimentos e competências diferenciadas, contribuindo para uma melhor capacidade de resposta do serviço. A presença de enfermeiros com diferentes especialidades, de acordo com Camelo (2012) contribui significativamente para a qualificação dos cuidados prestados em unidades de elevada complexidade, como o serviço mencionado, e permite uma intervenção mais eficaz, garantindo que todas as necessidades da PSC são satisfeitas e atendidas com o maior rigor e cuidado individualizado.

Na perspetiva organizacional, neste serviço, tal como nos anteriormente mencionados, são implementados protocolos terapêuticos, com as especificidades segundo a área de atuação, ou seja, cardiologia ou cardiotorácica. De salientar que, maioritariamente, o meu percurso decorreu na área correspondente à cardiotorácica, no sentido de adquirir mais conhecimento, uma vez que exerço funções como enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia. Os protocolos terapêuticos complexos, correspondem a protocolos de cuidados pós-operatórios imediatos após cirurgia cardiotorácica, particularmente controlo glicémico, balanço hídrico e controlo de hemorragia maciça.

Para além da prática assistencial, importa ressaltar que nesta Unidade Hospitalar, se destaca a forte aposta na investigação e inovação. Um grupo de investigação em Enfermagem tem vindo a ganhar maior relevância, pelo desenvolvimento de trabalhos científicos com impacto nacional e internacional, entre os quais se destaca o projeto *Technological Solution for Specialised Nursing Care for People Undergoing Cardiac Surgery*, revelando uma promessa significativa na investigação e inovação em cuidados especializados à PSC submetida a cirurgia cardíaca.

Este dinamismo aliado à participação em estudos científicos, evidenciam uma cultura de investigação que enaltece a prática baseada na evidência científica. Assim, durante este estágio, a minha experiência enquanto mestranda ganhou uma dimensão acrescida, na medida em que além dos cuidados diferenciados em que tive oportunidade de participar e desenvolver competências, estive inserida num ambiente de investigação que se interliga com a prática clínica, promovendo ganhos em saúde.

No plano institucional, o Serviço de Cirurgia Cardiorádica, possui uma história de crescimento e diferenciação desde 1986 e é, ainda hoje, o único centro público de referência em cirurgia cardiorádica na ilha. Além disso, a Unidade Hospitalar, em 2017, foi distinguida com nível de Bom, pela DGS, no que concerne à Acreditação de Qualidade, enfatizando o compromisso com a excelência, a investigação e a formação de profissionais de saúde, marcado por valores de competência, integridade e melhoria contínua.

Assim, este campo de estágio representou o fim do ciclo prático deste mestrado e retratou não só, a consolidação de competências técnico-científicas, como proporcionou a oportunidade de integrar as competências comuns e específicas exigidas ao título de Enfermeiro Especialista, num ambiente de investigação e inovação, expandindo a produção de conhecimento. Possibilitou ainda, a oportunidade de vivenciar uma realidade emocional e clínica inerente ao doente crítico cardíaco. Um exemplo marcante ocorreu durante o acompanhamento de um utente no pós-operatório de substituição de válvula aórtica, que inicialmente apresentava sinais de instabilidade clínica, como taquicardia, sudorese e agitação psicomotora. Através da escuta ativa e da empatia, foi possível compreender que o desconforto era de natureza emocional, resultante da ausência de visitas familiares no primeiro horário permitido. Este episódio revelou de forma clara como a utilização da inteligência emocional no contacto com a PSC pode contribuir para

o alívio do sofrimento, a estabilização do estado clínico e a criação de um vínculo terapêutico de confiança.

A opção de estágio confirmou a percepção, que ambientes de elevada exigência técnica, são simultaneamente locais de elevada vulnerabilidade emocional, quer por parte da PSC e da sua família, quer por parte dos profissionais de saúde. As competências relacionais e comunicacionais, assim como o recurso à IE, constituem elementos indissociáveis da prática do EE.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso acadêmico em Enfermagem ao nível de um Mestrado integra concomitantemente duas grandes dimensões: a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, no caso em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC; e o desenvolvimento de competências próprias de Mestre. Ainda que distintas na sua natureza, estas dimensões complementam-se e traduzem uma prática de Enfermagem fundamentada num conhecimento técnico-científico evidenciado e atualizado, assim como na reflexão crítica e na capacidade de inovação.

O progresso profissional em Enfermagem não se limita à aplicação de procedimentos e/ou técnicas diferenciadas, mas requer igualmente a capacidade de integrar a evidência científica, liderar equipas multidisciplinares, comunicar eficazmente, gerir emoções quer as próprias quer as dos outros em ambientes de elevada complexidade clínica, característicos de uma prática avançada.

Atualmente os cuidados de saúde e, conseqüentemente os cuidados de Enfermagem, caracterizam-se por uma crescente necessidade de diferenciação e especialização, assumindo assim uma maior importância e exigência técnico-científica. Esta realidade é transversal à generalidade dos profissionais de saúde, e, neste sentido, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros reconhece a Enfermagem enquanto disciplina científica autónoma, atribuindo o título de Enfermeiro Especialista a seis distintas especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária (Regulamento n.º140/2019).

A constante evolução da ciência em Enfermagem decorre da necessidade de uma prestação de cuidados mais complexos e diferenciados. A exigência da sua prática, advém de uma base de evidência científica, implicando um desenvolvimento em paralelo dos Enfermeiros, protagonistas do processo de transformação da disciplina e simultaneamente da prestação de cuidados. A adoção de comportamentos de liderança, a tomada de decisões complexas e a aquisição de competências que permitam a orientação de equipas multidisciplinares a fim de atingir uma maior eficácia e qualidade na prestação de cuidados, constituem dimensões centrais numa prática avançada (Pires M.F.S. et al., 2023).

A Enfermagem é detentora de um percurso longo de conquistas e evolução, acompanhando assim o avanço científico e tecnológico. A profissão apresenta a capacidade de autorregulação, com reconhecimento da mesma através da Classificação Nacional das Profissões, como “*Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas*”, assim como dos Regulamentos decretados pela Ordem dos Enfermeiros. No que concerne às competências do Enfermeiro Especialista, estas dividem-se em comuns, publicadas pela primeira vez no Regulamento n.º 122 em 2011, republicado com alterações em 2019, designadamente de Regulamento n.º 140. O regulamento é um documento oficial que esclarece os diferentes conceitos de competências, comuns e específicas, assim como os domínios das competências. Estes subdividem-se, no que diz respeito às competências comuns em: responsabilidade, profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. E relativamente às específicas subdividem-se em: Cuida da Pessoa, família/cuidador a vivenciar processo complexos de doença crítica e ou/falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica (Cantante et al., 2020).

Seguidamente será apresentada uma análise crítica e reflexiva das competências comuns e específicas do EEEMCPSC, demonstrando a sua integração na prática clínica e o contributo da IE no desempenho profissional.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para estruturar o processo crítico-reflexivo deste relatório, recorreu-se aos domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estabelecidos pelo Regulamento n.º 140/2019 pela Ordem dos Enfermeiros, no sentido de expor as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso académico.

Segundo Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns dos enfermeiros são independentes das suas áreas de especialidade e, portanto, são inerentes a todos os enfermeiros especialistas, uma vez que se traduzem na capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado quer no âmbito da formação e investigação, quer da assessoria.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio constitui um dos pilares centrais das competências comuns, pela exigência de um conhecimento aprofundado do ponto de vista legal e do código deontológico que regula a profissão, com adjuvante da sua aplicabilidade na prática clínica, garantindo cuidados individualizados à pessoa, respeitando a sua dignidade, privacidade e direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019). Este conhecimento permite ao EE orientar e fundamentar as suas decisões, assegurando que cada intervenção seja conduzida de forma ética, responsável e segura, sustentadas por princípios bioéticos e legais da profissão, protegendo os direitos da pessoa em todos os contextos de prestação de cuidados.

Os padrões da Enfermagem ético-profissionais assentam no princípio moral elementar, que é o zelo pelo bem-estar dos outros. Nesta perspetiva a excelência científica e técnica, ainda que indispensável, revela-se insuficiente quando dissociada da dimensão humanista do cuidar, já que somos “*gente que cuida de gente*”, o que exige qualidades humanas e cuidados humanizados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O respeito pela dignidade humana implica o reconhecimento da pessoa como um sujeito autónomo e singular. O princípio da autonomia, estruturante da bioética e da prática especializada, constitui o fundamento matricial da Enfermagem, exigindo o reconhecimento e o respeito pela individualidade e dignidade de indivíduo, seja esta a pessoa doente, a sua família, assim como o próprio Enfermeiro. (Código Deontológico, Lei n.º 156/2015).

A Lei n.º 156/2015, que aprova o Código Deontológico dos Enfermeiros estabelece direitos e deveres, especificamente a capacidade de tomar decisões segundo uma abordagem sistemática, identificar as necessidades da pessoa/grupo e determinar as intervenções a serem executadas dirigidas aos problemas identificados. Além disso, a deteção precoce de riscos ou potenciais danos devem ser reconhecidos o mais precocemente possível contribuindo para a minimização das necessidades reais constatadas. Esta conduta profissional sucede o quadro ético, deontológico e jurídico digno de um Código deontológico (Lei n.º 156/2015).

De salientar que a tomada de decisão, não assenta num único princípio, mas nos quatro princípios universais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sustentando uma prática responsável, justa e segura. O respeito pelo consentimento

informado é uma condição essencial, que garante à pessoa o direito à decisão sobre a execução de um procedimento ou intervenções que a possam afetar, sendo a ponte para o exercício de uma prática eticamente válida e validada (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que diz respeito à PSC, os dilemas éticos assumem particular atenção, sobretudo pelas limitações de comunicação ou necessidade de intervenção imediata em contextos de urgência/emergência, que implica que o EEEMCPSC se capaz de tomar decisões e respostas de forma célere e eficaz, fundamentadas nos princípios ético e deontológicos que regem a profissão. Neste sentido, durante os diferentes ensinamentos clínicos, procurei garantir, sempre que possível, o consentimento informado ao longo da minha prestação de cuidados. Contudo, no SMIP identifiquei algumas dificuldades, visto que maioritariamente a pessoa se encontrava sedada, com um score igual a -5, na Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS), correspondente a um estado de coma profundo, incapaz de obter uma resposta a um estímulo verbal ou físico. Nestas circunstâncias, a aplicação do consentimento presumido, tal como previsto na Norma da DGS n.º 015/2013, permitiu assegurar intervenções em tempo útil, salvaguardando os princípios da beneficência e da justiça e, obviamente, sem comprometer o direito da pessoa a uma continuidade de cuidados digna e proporcional às suas necessidades.

De igual modo, durante a passagem pelo SUP, particularmente na sala de emergência, na qual as situações críticas que surgiram exigiam a tal resposta rápida, foi onde surgiu a oportunidade de aplicar na maioria das circunstâncias o consentimento presumido. Este, revelou-se imprescindível para uma prática pronta e eficaz, sendo que logo que possível, ao convívio significativo foram prestadas as devidas informações e esclarecimento de dúvidas. Não obstante, a manutenção da privacidade e da confidencialidade constitui uma preocupação constante na atuação profissional, embora não isenta de desafios constantes. A sobrelotação do serviço e respetivas áreas, decorrentes da época sazonal que o Ensino Clínico decorreu, foi algo inevitável, pelo que ocorreram situações de prestação de cuidados num corredor, passagens de turno em espaços partilhados, pelo que foram alvo de adoção de práticas que minimizassem o risco, como a procura de áreas mais reservadas para a comunicação de más notícias, como a modulação do tom de voz e o recurso a biombo amovíveis para manter a privacidade dos utentes. Estas estratégias tiveram o objetivo principal que foi garantir o cumprimento de sigilo profissional, tal como disposto no artigo 106.º da Lei n.º 156/2015, no qual a

partilha de informação apenas deve ser estabelecida com os profissionais diretamente envolvidos no processo terapêutico e com o representante legal ou convivente significativo da PSC.

Portanto, a comunicação eficaz apresenta-se como um ponto-chave neste domínio da responsabilidade ética e legal da competência do Enfermeiro Especialista. Uma das ferramentas utilizadas que permite alcançar com maior eficácia a comunicação em saúde é a metodologia ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendações) recomendada na Norma da DGS n.º 001/2017, que permite assegurar uma partilha de informação estruturada e segura, minimizando o risco de erros clínicos e promovendo a continuidade de cuidados. Esta estratégia de transmissão de informação sistemática, foi aplicada nos diferentes contextos dos ensinamentos clínicos, desde passagens de turno, transferências intra-hospitalares e comunicação de pares com equipas multidisciplinares. Segundo Muller et al. (2018), esta metodologia tornou-se essencial na redução de falhas humanas na comunicação, já que as mesmas são responsáveis por mais de 60% dos eventos adversos no meio hospitalar.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio das competências comuns constitui um dos eixos fundamentais da prestação de cuidados em saúde, regulamentado e referenciado por documentos nacionais e internacionais. A nível mundial a OMS em 2020, os cuidados em saúde para serem de qualidade devem se apresentar acessíveis, centrados na pessoa e na sua segurança, oportunos, eficientes, eficazes e equitativos, sendo que a partir dos mesmos há uma consolidação de uma cultura de qualidade e ganhos sustentáveis em saúde. A nível nacional perdura a Lei de Bases, que possibilita que todos os cidadãos tenham o direito de receber cuidados de saúde adequados, tendo em conta a melhor evidência científica e em conformidade com boas práticas quer de qualidade quer de segurança (Lei n.º 95/2019).

A sociedade apresenta-se em constante evolução, com mais conhecimento e tornando-se mais emancipada e autónoma, exigindo assim uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e diferenciados. Neste sentido emerge o Plano Nacional de Saúde 2016-2020, com o objetivo de consolidar e promover a qualidade e segurança da prestação de cuidados em saúde, particularmente no sistema nacional de saúde. Este plano requer um esforço diário, através do qual há uma utilização dos recursos de forma

eficiente e equitativa, que sejam cuidados prestados de forma efetiva e em tempo útil, que satisfaça as necessidades e expectativas dos cidadãos (Direção Geral de Saúde, 2015, atualizado em 2022 para Plano Nacional de Saúde 2030, Ministério da Saúde 2022).

Relativamente à profissão de Enfermagem, a OE define o que considera Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com base em seis enunciados que caracterizam os cuidados em Enfermagem: cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Estes apresentam-se alinhados com o propósito do Plano Nacional de Saúde, pelo que o Enfermeiro Especialista tem de ser capaz de identificar riscos para a saúde, implementar medidas preventivas e monitorizar a qualidade das intervenções implementadas através de indicadores de qualidade.

Neste sentido, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, a partir do Regulamento n.º 361/2015, define os padrões de qualidade na prestação de cuidados à PSC. Estes assentam na mesmo desígnio, porém com o acréscimo da prevenção e controlo de infeções associados aos cuidados de saúde (IACS), com o reconhecimento das vulnerabilidades próprias da PSC. Estes padrões de qualidade orientaram e sustentaram a minha prática durante os ensinamentos clínicos realizados no âmbito deste curso de mestrado e no desenvolvimento de competências enquanto futura EEEMCPSC.

A OE considera que a qualidade e segurança dos cuidados prestados pelos enfermeiros devem ser zelados com base em padrões orientadores do exercício profissional e dotações seguras. Assim, a partir do Regulamento n.º 743/2019 promulga que *“a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade nos cuidados de saúde”* (Regulamento n.º 735/2019, p.128).

Durante o decorrer dos ensinamentos clínicos, este domínio de competência foi desenvolvido, por meio de uma participação ativa em contextos altamente exigentes, quer em contexto de sala de emergência tanto em cuidados intensivos polivalentes. No SUP, além da reflexão crítica sobre as dificuldades associadas à sobrelotação e comunicação em ambiente de elevada pressão, foi elaborada uma instrução de trabalho sob a forma de *checklist* pré-cateterismo para pessoas com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (STEMI). A finalidade desta instrução foi

garantir uma resposta rápida, eficiente e segura, por intermédio de intervenções padronizadas, que facilitam a articulação ágil entre a equipa de enfermagem do SUP e da hemodinâmica. A criação de *checklist* garante que nenhuma etapa é suprimida, reduz os erros nos processos complexos, funciona como um guia orientador cujo objetivo é melhorar a eficácia das ações e assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Segundo Gomes et al. (2025) a criação de listas de verificação para procedimentos complexos serve de guia orientador e melhora a eficácia das intervenções, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados de forma atempada. A receptividade da equipa de enfermagem à elaboração desta instrução foi positiva, demonstrando aceitação e adesão à sua utilização, uma vez que contribui para a qualidade assistencial em processos complexos e tempo-dependentes. A mesma apresenta-se no Apêndice I.

No contexto de cuidados intensivos, observou-se a existência de protocolos próprios do serviço concebidos para uniformizar condutas e melhorar o controlo das infeções. No SMIP, houve a participação ativa em formações, destacando-se aquelas direcionadas para a ventilação mecânica invasiva, com o intuito de otimizar a manipulação dos ventiladores e aprofundar a compreensão da mecânica respiratória da PSC intubada, tendo como objetivo principal a prevenção e controlo da Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Estas ações de formação são essenciais para articular o conhecimento científico, com práticas seguras, dado que integram medidas preventivas fundamentais na prestação de cuidados à PSC, ao mesmo tempo que reduzem as complicações e melhoram os indicadores de qualidade assistencial.

A experiência adquirida nestes dois ensinamentos clínicos, permitiu consolidar no ensino clínico competências que se relacionam com uma maior adesão a protocolos de segurança, promoção de ambientes terapêuticos e valorização da formação interna, permitindo melhorar a capacidade de propor soluções inovadoras (*checklist* STEMI) como estratégia de melhoria contínua.

De acordo com alguns autores a aplicação de protocolos aproxima a qualidade do atendimento, reduz a diversidade da execução dos procedimentos e estabelece um grau de cooperação entre os elementos da equipa de trabalho, minimizando os erros, já que os mesmos são fundamentados por evidência científica (Pimenta et al., 2015). Deste modo o desenvolvimento deste domínio transpõe-se no cumprimento de normas, e na

fundamentação de uma prática digna de cuidados diferenciados, orientados pela evidência científica atual e com impacto direto na segurança da PSC.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Este domínio consagrado no Regulamento n. °140/2019, sobre a gestão de cuidados, atualmente desempenha um papel preponderante ao alcance das metas estabelecidas para a Saúde em Portugal, que são a qualidade, eficiência e eficácia. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de gerir e otimizar a resposta da equipa de enfermagem e da articulação com a equipa multidisciplinar; adaptar a sua liderança e gestão de recursos materiais e humanos face às situações e contextos com vista à garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A gestão em Enfermagem abrange duas grandes dimensões a dimensão assistencial e a organizacional, a primeira refere-se às intervenções executadas na prestação de cuidados e a segunda relaciona-se com a organização dos recursos (Mororó et al. 2017). Portanto, em todo o exercício profissional do Enfermeiro Especialista está implícita a gestão de cuidados, que se inicia com a correta priorização das intervenções até à verificação e reposição de material, assegurando a disponibilidade de todos os recursos de forma atempada e pronta para os diversos eventos.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, foram desenvolvidas competências no domínio da gestão de cuidados em diferentes contextos assistenciais. Destaca-se, o SUP, no qual durante alguns turnos, foi possível acompanhar de perto o trabalho de uma enfermeira especialista e coordenadora de equipa, constatando assim a complexidade inerente à sua função. Esta envolve a responsabilidade da gestão dinâmica dos recursos humanos, distribuindo-os equitativamente, tendo em consideração as valências de cada elemento e a afluência de utentes, adequando-os às diferentes áreas do serviço com base na informação obtida pelo coordenador do turno anterior.

Para além disso, é responsável pela gestão de stocks, em particular, da reposição de fármacos em défice articulando com serviços interdependentes, como a farmácia. Participa ativamente numa reunião diária com a equipa multidisciplinar, com intuito de resolver casos sociais e gerir camas hospitalares e mediação de conflitos com outros serviços. Esta reunião reflete o impacto do Enfermeiro Especialista no processo de

tomada de decisão estratégica e operacional, na gestão de cuidados, com influência direta na segurança e qualidade.

Paralelamente, foi possível colaborar na gestão da sala de emergência, local onde o EE assume a liderança toda a gestão, incluindo a participação e supervisão das seguintes atividades: verificação diária de equipamentos, quanto ao seu correto funcionamento, do carro de via aérea difícil e dos ventiladores e, ainda a organização da operacional das unidades. Esta rotina é realizada diariamente no turno da manhã, garantindo uma resposta rápida, integrada e eficiente diante das situações emergentes que vão surgindo.

A conexão estreita entre o EE coordenador com os restantes enfermeiros da equipa confirmou a relevância de uma gestão preventiva da sala de emergência, uma vez que permite atuar antecipadamente na prevenção de complicações ou necessidades, reduzir os tempos de resposta e garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Num outro contexto de prestação de cuidados à PSC, como o SMIP, o método de trabalho instituído, proporcionou uma perspetiva abrangente e positiva das funções acrescidas do EE e coordenador de equipa. À semelhança do que ocorre no SUP, no SMIP também é o coordenador de equipa que atribui os utentes pelos elementos do turno, tendo em consideração a complexidade clínica da PSC. Contudo, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019, apesar desta organização não é cumprido o rigor da dotação segura, do rácio de um enfermeiro para um utente correspondente a uma unidade de cuidados intensivos (nível III). Assim torna-se essencial que a equipa assuma uma prática cooperativa, que minimize o risco de sobrecarga e assegurando a segurança dos cuidados à PSC.

Esta organização promove um plano de cuidados individualizado desde a admissão até ao momento da alta, transpondo a rigorosa gestão de tempo e de recursos acessíveis. Sendo a coordenadora da equipa frequentemente tutora de ensino clínico foi possível participar nesta distribuição de PSC.

Embora a escala NAS (Nursing Activities Score) constitua um instrumento fundamental para ajustar a dotação segura e estimar justamente a carga de trabalho de forma mais objetiva, e conseqüentemente a segurança dos cuidados, esta não se encontrava instituída no serviço, no entanto, a distribuição foi sempre realizada de forma criteriosa. A NAS, segundo o artigo de Macedo et al. (2021) é um instrumento validado para mensurar a carga de trabalho de enfermagem nas UCI em Portugal, permitindo ajustar a dotação segura de acordo com as necessidades da PSC.

Também foi possível colaborar na preparação de materiais e/ou fármacos em situações súbitas de urgência/emergência, nas quais a capacidade de gestão e antecipação eficiente dos recursos, contribui positivamente para a qualidade e segurança da atuação, uma vez que a administração segura e atempada de fármacos (por ex. vasopressores) em situações críticas são fundamentais para a prevenção de complicações major em contexto de instabilidade clínica (Lewis et al., 2019).

No último ensino clínico, este domínio atingiu uma expressão mais autónoma, apresentando-se como a consolidação de aprendizagens anteriores, num serviço de grande dimensão e partilhado por especialidades distintas. Assim houve a oportunidade de assumir um papel mais ativo na interação com a equipa multidisciplinar, exercendo a gestão e supervisão dos cuidados de forma mais independente

Em suma, este domínio de competência reforça a compreensão aprofundada da gestão dos cuidados, que por se tratar de um processo dinâmico, o seu planeamento ocorre de forma interdependente, no qual a liderança e a tomada de decisão assume um papel fundamental na antecipação de necessidades e otimização de recursos.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este é o último domínio referente às competências comuns do Regulamento n.º 140/2019, que pressupõe a promoção do autoconhecimento, da assertividade e da capacidade de sustentar a prática de Enfermagem em evidência científica.

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista exige uma constante atualização de conhecimentos, com o propósito da excelência do cuidar. No código deontológico, especificamente no artigo 109.º da Lei n.º 156/2015, encontra-se um respaldo que marca o dever do Enfermeiro em analisar regularmente o seu exercício profissional, reconhecendo as falhas e erros que são dignos de uma mudança de atitude, assim como a manutenção de uma atualização contínua, por meio de tecnologias competentes que promovam o conhecimento aprofundando e a formação permanente.

Neste enquadramento, a aprendizagem ao longo dos ensinos clínicos, foi sustentada por um processo contínuo de observação, colaboração e reflexão crítica. O contacto e integração com as diferentes equipas multidisciplinares, possibilitou a partilha de várias experiências e até perspetivas diferentes sobre situações complexas semelhantes

em contextos clínicos distintos, levando assim a abordagens igualmente diferentes, mas que enriqueceram o processo de tomada de decisões.

Os enfermeiros tutores desempenharam um papel excepcional, ao fomentar uma dinâmica pedagógica baseada na evidência científica e na resolução de problemas, facilitando o processo autónomo de reflexão crítica. A partilha dos seus conhecimentos quer a nível de competências técnico-científicas, promoveu a consolidação de habilidades preponderantes na participação do cuidado à PSC. Não obstante, o desenvolvimento profissional correspondente a este domínio, revelou-se fundamental para identificação de áreas de fragilidade pessoal, o estabelecimento de prioridades no processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências. A aposta em estratégias de superação, desde uma revisão bibliográfica atualizada e cientificamente comprovada ao diálogo reflexivo com os tutores e equipa de enfermagem, tornaram-se essenciais. Portanto, este processo potenciou um crescimento equilibrado e harmonioso, exprimido numa maior segurança e assertividade na tomada de decisão e na prestação de cuidados diferenciados.

Este domínio materializou-se num processo contínuo de autorreflexão crítica e aprendizagem colaborativa, que permitiu transformar fragilidades em oportunidades de expansão profissional e evolução pessoal. Os períodos de reflexão com enfermeiros tutores e equipas, aliado à pesquisa de evidência científica, potenciou o progresso, a segurança e a competência profissional.

3.2. O CONTRIBUTO DA IE NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No exercício profissional do enfermeiro especialista, particularmente, em contextos de alta complexidade, como em unidades de cuidados intensivos, a comunicação terapêutica e a autorregulação emocional assumem um papel central. No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas no Regulamento n.º 140/2019, ambas surgem como elementos fundamentais para assegurar um cuidado individualizado.

A comunicação terapêutica é transversal à prática de qualquer área da Enfermagem, ou seja, enquadra-se em qualquer domínio do desenvolvimento de um ambiente clínico. Este, segundo a unidade de competência B3 - “*Garante um ambiente*

terapêutico e seguro”, deverá ser um ambiente terapêutico e seguro, reconhecido pelo enfermeiro como um requisito básico para a efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, intervindo de forma proativa na promoção de um contexto facilitador do bem-estar do indivíduo em todas as suas dimensões (Regulamento n. °140/2019).

Além disso, a comunicação terapêutica integra a liderança colaborativa, prevista na unidade de competência C2 - *“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”*, uma vez que implica a adaptação do estilo da liderança e gestão de recursos, isto é, ao contexto e às características da equipa, promovendo relações interpessoais eficazes e centradas na PSC, sobretudo pela capacidade de criar vínculo com a mesma e a sua família. Na prática, esta forma de comunicar exige escuta ativa, empatia, harmonia, coerência e autenticidade, viabilizando o estabelecimento de uma relação de confiança e cooperação, principalmente nos momentos de maior sofrimento emocional e incerteza (Goleman, 2012). O desenvolvimento desta unidade de competência é alcançado quando a mesma é utilizada na prática como um instrumento relacional, que facilita a partilha de emoções, medos e expectativas e contribui para uma maior adesão terapêutica e bem-estar emocional da PSC e da sua família.

As unidades D1 - *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”* e D2 - *“Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica”*, sustentam a prática do enfermeiro especialista, pois D1, destaca a capacidade de desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, enquanto D2, enfatiza a importância de uma prática clínica especializada em evidência científica. Estes princípios são essenciais, pois influenciam diretamente a capacidade do enfermeiro especialista, em estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais, reconhecendo a importância do vínculo com o outro, seja no contexto singular, profissional ou organizacional. O EE fundamenta as suas decisões e intervenções com conhecimento válido e atualizado, atuando como facilitador nos processos de aprendizagem e como agente ativo na investigação. Essa competência é reforçada pela necessidade de adaptar a linguagem, reconhecer o estado emocional da pessoa e gerir a comunicação com clareza, empatia e objetividade. Para além disso, importa reforçar que a unidade de competência D1 contempla subdomínios que aprofundam o conceito de autorregulação, fundamentais na intervenção do enfermeiro especialista. Em particular, D1.2.2- *“Gere sentimentos e emoções em ordem a uma*

resposta eficiente” e D1.2.3- “*Atua eficazmente sob pressão*”, ambos evidenciam a pertinência da gestão emocional numa prática de enfermagem avançada. Esta competência traduz-se na capacidade de o enfermeiro reconhecer e regular as suas próprias emoções, minimizando o impacto das mesmas na sua prática, de modo a assegurar um desempenho ético, competente e centrado na Pessoa, mesmo em ambientes de elevada exigência emocional. Situações como a comunicação de um mau prognóstico, a vivência da deterioração súbita do estado de saúde da PSC ou o acompanhamento de familiares em sofrimento, exigem uma postura emocionalmente estável, empática e coerente com os princípios da prática especializada em enfermagem.

No decurso dos ensinamentos clínicos, surgiram algumas situações de sofrimento emocional decorrentes de um estado de saúde crítico e imprevisível. Foi registada uma situação relacionada com a comunicação de más notícias, em contexto de cuidados intensivos e de fim de vida inesperado. Tratava-se de um doente previamente autónomo, internado por uma situação de insuficiência cardíaca descompensada e severa, cujos procedimentos inicialmente promissores, evoluíram para um choque cardiogénico, resultando na necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte de terapêutica vasopressora, culminando na decisão clínica de cuidados de fim de vida.

Neste contexto, foi possível acompanhar a esposa e filha da PSC, ambas manifestando um grande sofrimento emocional ao confrontarem-se com a discrepância entre a expectativa de melhoria e a realidade do agravamento do estado clínico. Juntamente com a Enfermeira Tutora, foi preparado o acolhimento desta família, procurando esclarecer através de uma comunicação clara e sensível, o percurso clínico da PSC, criando-se espaço para a expressão e esclarecimento de dúvidas, emoções e medos. Inicialmente, obteve-se uma resistência na aceitação do desfecho da situação, o que constituiu um desafio no estabelecimento de vínculo de confiança. Contudo, a partir de uma comunicação empática, essas resistências foram impedidas, levando a uma maior disponibilidade, compreensão e melhor aceitação da gravidade da situação.

Esta experiência constituiu uma vivência marcante no desenvolvimento profissional, exigindo uma gestão eficaz não só das próprias emoções, mas também das emoções da família da PSC. A capacidade de escuta ativa, comunicação empática e assertiva, foram imprescindíveis para garantir que a receção da mensagem fosse transmitida de forma clara e informativa, com o objetivo principal de suporte emocional.

Ficou evidenciado que disponibilizar tempo e comunicar de terapêutica e empática, respeitando o ritmo de cada familiar, resulta numa melhor aceitação do processo.

A gestão emocional, no que concerne à autorregulação, não se limita à prática clínica, mas principalmente na repercussão da preservação da saúde mental do próprio Enfermeiro, no sentido de prevenir a exaustão emocional e a ocorrência de *burnout*. Xavier et al. (2014) referem que profissionais com elevada IE, revelam maior capacidade de adaptação, gestão do stress e manutenção do equilíbrio emocional, qualidades essenciais que enquadram na competência emocional e são cruciais em ambientes como unidades de cuidados intensivos.

Ao longo do percurso académico, a IE esteve sempre presente, já que foi possível observar através dos Enfermeiros Tutores a capacidade de autorregulação, empatia e sensibilidade perante situações de sofrimento e vulnerabilidade emocional. Sempre que surgiram situações de elevada exigência emocional, foi dada a importância de orientar a atenção para as mesmas, como também incentivo na tomada de consciência das próprias emoções e reações.

Este comportamento proativo contribuiu para uma saúde emocional e mental mais equilibrada da equipa, reforçando o contributo da IE no desenvolvimento de competências e, conseqüentemente, no crescimento profissional como futura EEEMCPSC.

Por outro lado, também foram verificadas reações variadas entre os colegas perante estratégias de promoção do desenvolvimento da IE. Por exemplo, quando foram aplicados os *post-its* com frases inspiradoras sobre gestão emocional e autocuidado na área de trabalho, alguns enfermeiros manifestaram desconforto ou resistência, apresentando reações menos favoráveis, podendo indicar sinais de *burnout* ou exaustão emocional, um fenómeno comum em ambientes altamente exigentes como em contexto de cuidados intensivos. A ausência de desenvolvimento de competências de autorregulação emocional, pode intensificar estas reações, reforçando a importância do desenvolvimento da IE no exercício profissional do EEEMCPSC (Silva et al., 2024).

Ambas as situações, foram positivas para o desenvolvimento académico, pois permitiram compreender o impacto da sobrecarga emocional e a importância da autorregulação emocional no exercício profissional, reforçando a ideia de cultivar a IE

como uma ferramenta fundamental no cuidado à PSC, assim como na preservação de um ambiente de trabalho seguro, resiliente e cooperativo.

Não obstante aos domínios anteriormente mencionados, importa ressaltar algumas características de outros subdomínios que reforçam o papel do enfermeiro especialista na liderança e gestão da dinâmica relacional da equipa. De acordo com o Regulamento n.º140/2019 os seguintes critérios, nomeadamente C2.2.3 “*Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado*”, C2.2.5 “*Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada*”, D1.1.4 “*Consciencializa a influência pessoal na relação profissional*” e D1.2.5 “*Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos*”, evidenciam o papel central que o enfermeiro especialista, independentemente da área de especialização desempenha, quer na promoção da harmonia e eficácia da equipa, bem como na gestão de conflitos.

Assim, este profissional afirma-se como um elemento dinamizador, praticando uma liderança que se expressa por uma postura ética, autorregulação emocional e coerência na ação.

Durante a passagem pelo Serviço de Cuidados Intensivos de Cardiorácicos, ocorreu uma situação de muito stress, pressão emocional e potencial caos, porém pela capacidade de gestão emocional, clareza comunicacional a mesma resolveu-se sem a ocorrência de conflito. A situação decorreu no turno da noite, aquando de um alarme súbito de assistolia numa PSC num pós-operatório, numa pessoa que se havia apresentado sonolenta, mas vígil levando-me a duvidar da veracidade da situação. Importa referir que junto da PSC estava apenas eu, naquele momento, pelo que comecei pela verificação da correta colocação dos elétrodos, verificação de sinais vitais, aplicação de estímulo doloroso e, por fim, apliquei um murro precordial com resposta eficaz. Contudo, uma vez que o alarme continuou a soar, num instante de minutos, a equipa apareceu para me auxiliar, ponto determinante para ativar o pacemaker provisório, mantendo o suporte hemodinâmico da PSC. De salientar que a atribuição de tarefas foi distribuída de forma clara e rápida, assim como a articulação com a equipa médica, resultando na estabilização da pessoa.

Esta vivência, foi experienciada num contexto de elevada pressão, o que me exigiu uma autorregulação emocional eficiente, evitando o pânico ou precipitação. Ademais, o

potencial conflito pelo stress da situação e sobreposição de atividades foi prevenido pela comunicação clara e objetiva da equipa, levando a uma cooperação e reforçando o papel da IE enquanto instrumento de resolução de conflitos, particularmente em situações emergentes e/ou complexas.

Este modelo constitui uma referência para os pares, promovendo um ambiente interpessoal saudável, baseado na confiança, empatia e cooperação. Esta prática, estende-se à vertente formativa, promovendo o desenvolvimento das competências emocionais e relacionais dos restantes elementos, contribuindo para a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a excelência da prestação de cuidados e o bem-estar de todos os intervenientes. Além de que possibilitou o desenvolvimento de uma maior consciência do impacto da gestão emocional e da comunicação em saúde, seja com a PSC ou de pares, resultando numa harmonia e melhor desempenho da equipa.

Goleman (1995), define IE como a capacidade de reconhecer e gerir as próprias emoções e as emoções dos outros, uma competência crucial em ambientes de elevada exigência, e Lopes et al. (2003) acrescentam que a regulação emocional favorece a tomada de decisão, reduz o stress e melhora o trabalho em equipa, aspetos essenciais sobretudo na resposta a situações urgentes/emergentes como a relatada.

3.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEMCPSC

As competências específicas do EEEMCPSC assentam na capacidade de prestar cuidados diferenciados à PSC, que se define como aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou iminência de falência orgânica de uma ou mais funções vitais, exigindo para a sua sobrevivência uma vigilância apertada e contínua, por meio de uma monitorização e terapêutica avançadas e, evidentemente uma intervenção rápida e eficaz (Regulamento n.º 429/2018).

Os cuidados prestados à PSC, têm por base a resposta imediata às necessidades identificadas, a partir de cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua e que permitam a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e restringindo incapacidades rumo à recuperação total da PSC.

O EEEMCPSC atua em várias áreas profissionais que abrangem a PSC. A sua intervenção pode decorrer em diferentes contextos críticos, nomeadamente, em equipas extra-hospitalares, serviços de urgência polivalentes, equipas de reanimação intra-

hospitalar, cuidados intensivos polivalentes ou diferenciados a uma especialidade, cuidados intermédios, comissões de controlo de infeção e unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica. Portanto, nestes ambientes de elevada complexidade clínica, a prática especializada cruza-se, inevitavelmente com a vulnerabilidade humana, exigindo simultaneamente o domínio técnico-científico, o juízo clínico inexorável e competências comunicacionais, relacionais suportadas pelo contributo da IE.

As competências específicas do EEEMCPSC contemplam três dimensões distintas sendo elas: *“cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*; *“dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e por último”*, e, por fim, *“maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”*. Seguidamente, irá ser apresentado o desenvolvimento detalhado de cada uma destas competências específicas.

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

Os cuidados de enfermagem à PSC, família ou convivente significativo exigem intervenções singulares, de forma sistémica e sistematizada, desde a observação, colheita de dados e procura contínua, com o intuito de conhecer a PSC e a sua família de forma continuada, prevenindo complicações pela deteção precoce de focos de instabilidade clínica, garantindo uma atuação rigorosa, bem definida e eficaz em tempo útil.

A avaliação diagnóstica e a monitorização permanente constituem indicadores de desempenho essenciais nesta competência, permitindo verificar a eficácia da vigilância clínica, a adequação das intervenções e o impacto dos cuidados prestados na estabilidade clínica e na recuperação da PSC. Por conseguinte, o EEEMCPSC deverá ser capaz de mobilizar conhecimentos e várias habilidades que atendam atempadamente e de forma holística as necessidades da PSC face à sua complexidade de saúde (Regulamento n.º 429/2018).

A abordagem sistemática exigida na prestação de cuidados à PSC, é sustentada por evidências científicas reconhecidas mundialmente, assentes em metodologias baseadas em algoritmos e protocolos terapêuticos, com o intuito de potenciar a

uniformização de boas práticas, minimização do erro e maximização de janelas terapêuticas. Tal como refere a European Resuscitation Council (2021), estas diretrizes internacionais, fornecem orientações para formar equipas responsáveis por práticas de saúde claras e concisas, estruturadas em algoritmos de fácil compreensão que permitem instruções inequívocas, garantindo ações eficientes e oportunas perante situações críticas.

As competências do EEEMCPSC, são competências que asseguram que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019).

No contexto urgente/emergente, a prestação de cuidados à PSC, centra-se na deteção precoce de focos de deterioração clínica, antecipando assim a instabilidade e o risco de falência orgânica. A resposta célere e proativa a esses sinais, por meio de intervenções técnicas de alta complexidade e da demonstração de conhecimentos e competências como o SAV e abordagem do trauma são cruciais (Regulamento n.º 429/2018).

Durante o ensino clínico desenvolvido no SUP, foram observadas situações que demonstram a aplicação prática das competências do EEEMCPSC em contextos urgentes/emergentes. Em particular, surgiram duas ativações de Via Verde Trauma, decorrentes de contexto extra-hospitalar. Uma dessas situações envolveu um jovem de 20 anos, vítima de atropelamento no trajeto para a escola, na sua admissão na SE apresentava um score de 15 na Escala de Coma de Glasgow e queixas de dor na região pélvica, encontrando-se devidamente imobilizado em plano duro, com colar cervical e cinta pélvica.

A abordagem foi realizada segundo o protocolo ABCDE, conforme preconizado pela DGS e pelo ATLS, permitindo-me consolidar conhecimentos teóricos adquiridos em contexto académico e aplicá-los numa situação real. O manuseio dos dispositivos específicos nestas situações de trauma, sobretudo durante a transferência da maca da VMER para a maca da SE, foi determinante para aprofundar a compreensão sobre a sua função e aplicabilidade prática.

Este foi um exemplo que permitiu reconhecer a intervenção fulcral do EEEMCPSC, como elemento central na resposta a situações de trauma. A consolidação de conhecimentos teóricos e a sua aplicabilidade numa situação real, nomeadamente no

manuseamento dos dispositivos, na concretização da técnica de transferência, juntamente com a sua capacidade de coordenar a equipa, organizar recursos humanos e materiais, garantiu uma abordagem sistematizada e eficaz. Adicionalmente, a atenção aos sinais precoces de possível instabilidade clínica, contribuiu para uma atuação rápida em resposta às mesmas, através de uma liderança humanizada. Esta experiência reforçou a importância de uma formação avançada e sustentada em intervenções seguras e eficazes, dignas do perfil do EEEMCPSC. Concomitantemente, a adoção de uma postura proativa e dinâmica na partilha de conhecimento possibilitou o esclarecimento de dúvidas e capacitação de outros profissionais, promovendo uma cultura de segurança e melhoria contínua dos cuidados.

O EEEMCPSC tem como unidades de competência, segundo o Regulamento n.º 429/2018, a administração de protocolos terapêuticos complexos sustentados na evidência científica, gerindo circunstâncias ambientais que podem potenciar eventos adversos e garantir a segurança da PSC. É ainda responsável pelo reconhecimento precoce de complicações associadas à aplicação desses protocolos, devendo, quando possível implementar ações específicas que as resolvam de forma eficaz.

A prestação de cuidados num contexto de urgência e emergência implica uma resposta estruturada e rigorosa, que privilegie a tomada de decisões rápidas e fundamentadas (Costa, 2022). Na atuação em sala de emergência, os protocolos assumem particular destaque, constituindo instrumentos fundamentais que sustentam intervenções sistematizadas. Neste sentido, durante o ensino clínico no SUP, o meu foco, enquanto futura EE, centrou-se na aquisição de conhecimentos sobre protocolos terapêuticos, no manuseamento correto de equipamentos de monitorização avançada e na sua utilização clínica inerente às vias verdes que foram ativadas.

Durante este ensino clínico, a aplicação prática da metodologia ABCDE, o protocolo de SAV e as vias verdes (AVC, coronária, sépsis e trauma), particularmente em SE, permitiu validar a importância da coordenação e prontidão da equipa, revelando-se igualmente desafiante, pela necessidade de respostas rápidas e eficazes. A operacionalidade dos equipamentos, nomeadamente, ventiladores, carro da via aérea difícil, *autopulse* e preparação de fármacos de emergência, foram identificados como indicadores objetivos de desempenho, fundamentais para a segurança da PSC e para a

gestão preventiva de riscos, realçando a relevância das competências específicas do EE no seu quotidiano profissional.

No SUP, a passagem pela SE constituiu um dos momentos mais exigentes e pedagógicos, na mesma medida que estimulantes e entusiasmantes, visto que possibilitou a vivência de situações críticas, nas quais o tempo de resposta e precisão na execução de protocolos foram determinantes para a sobrevivência da pessoa. Assim, participar na rotina da operacionalidade de equipamentos e na preparação de fármacos de utilização imediata, nomeadamente vasopressores, como noradrenalina., ilustra a importância da prontidão e clareza na atuação. A evidência demonstra que o atraso na administração destes fármacos, numa situação choque, está associado a um aumento da mortalidade em cerca de 7% (Lewis et al., 2019).

Em situações de emergência e quando a inserção de um acesso venoso central não é atempadamente viável, está preconizada a utilização de um acesso venoso periférico para a administração de vasopressores. Tal prática, exige do EE um elevado domínio técnico-científico atualizado e a capacidade de mitigar os riscos, prevenindo complicações associadas a esta prática e assegurando uma intervenção eficaz e segura (Lewis et al., 2019).

Deste modo, o EEEMCPSC é o profissional mais capacitado para implementar na prática protocolos de administração de fármacos vasoativos por via periférica, aliando a competência técnica e gestão de risco com a sua capacidade formativa. Dado que assume o papel de agente difusor de conhecimento, dinamiza ações de formação sobre a temática, promove a educação contínua da equipa com base em evidências científicas atuais e contribui para a segurança na administração de medicamentos e atualização de práticas clínicas em contextos críticos.

A literatura demonstra que o atraso na administração de vasopressores, nomeadamente no choque séptico, aumenta significativamente a mortalidade (Lewis et al., 2019). Adicionalmente, a utilização de um cateter venoso central nem sempre é possível em tempo útil sendo, por vezes, necessária a administração periférica. Este procedimento requer um elevado nível de vigilância, monitorização rigorosa e conhecimento atualizado das melhores práticas (Yerke et al., 2023). Neste âmbito, foi reconhecido o papel fulcral do EEEMCPSC na gestão de risco associada a esta terapêutica, assegurando não apenas a

correta execução técnica, mas também a detecção precoce de sinais de extravasamento, prevenindo complicações graves.

Concomitantemente, foi possível participar em situações de ativação de Vias Verdes, em especial a coronária e AVC, o que facilitou a compreensão da uniformização de procedimentos capazes de reduzir a variabilidade da prática clínica, com vista à recuperação total da pessoa. A rápida e eficiente articulação de diferentes equipas, como equipa de imagiologia, cardiologia de intervenção e cuidados intensivos, reforçou a relevância de uma comunicação eficaz e trabalho em equipa. Torna-se, assim, evidente que o desempenho destas equipas, depende de uma integração harmoniosa de profissionais com funções claramente definidas, cuja atuação flui de forma natural e se adapta às necessidades de cada situação, sendo a comunicação um dos pilares da qualidade e da segurança do PSC.

A gestão eficiente de uma situação de PCR, constitui um exemplo crítico desta integração. Requer sempre uma abordagem coordenada e multidisciplinar, na qual os profissionais além de competências clínicas, devem dominar competências de comunicação e liderança, garantindo uma resposta eficaz e precisa à situação de PCR. É imprescindível, um *team leader* com capacidade para supervisionar e orientar a equipa, delegar tarefas específicas e de manter um nível elevado de concentração durante todo o evento, impedindo erros desnecessários (AHA, 2020). A eficácia desta dinâmica depende da comunicação clara, direta e objetivo entre os membros da equipa

Silva & Oliveira (2018) salientam que o treino através de práticas regulares, por meio de simulação clínica, é fundamental para a familiarização com os protocolos preconizados, e para a melhoria de resultados. Sobre o ponto de vista comunicacional, recomendam que a comunicação seja estabelecida em circuito fechado, garantindo que as instruções são claramente atribuídas e corretamente executadas. Por sua vez, Gabr, A. (2019) destaca que as competências não técnicas, nomeadamente a liderança durante a RCP (ressuscitação cardiopulmonar) têm um impacto positivo no desempenho da equipa e nos desfechos clínicos da PSC. O desenvolvimento dessas competências pode ser promovido através de treino simulado e sessões de *debriefing* após os eventos de PCR.

A oportunidade de experienciar este tipo de situação e integrar uma equipa de emergência, permite aprimorar a capacidade de resposta imediata e antecipada perante situações de instabilidade. Para além de contribuir para a execução de cuidados técnicos

de grande complexidade, adicionalmente, proporcionou um significativo desenvolvimento das competências comunicacionais e relacionais em situações emergentes.

Após esta experiência num ambiente de emergência imprevisível, típico de um SUP, o ensino clínico subsequente na unidade de cuidados intensivos polivalente, viabilizou aprofundar outras competências associadas ao cuidado da PSC, sustentada pela monitorização e acompanhamento contínuo da mesma, na iminência e/ou em falência orgânica, num ambiente altamente tecnológico, diferenciado e de gestão prolongada.

Num SMIP, a prestação de cuidados à PSC, singulariza-se por uma vigilância contínua e qualificada, assente na manutenção de uma ou mais funções vitais, na prevenção de complicações e na promoção da recuperação total da saúde da pessoa. Trata-se de uma atuação sustentada também por intervenções sistematizadas e organizadas através de protocolos terapêuticos criteriosos.

No contexto de cuidados intensivos, esta prática está intrinsecamente relacionada com o uso de tecnologias avançadas, como a monitorização hemodinâmica. Segundo Venturi et al (2016) a implementação de intervenções estruturadas, apoiadas na monitorização hemodinâmica, possibilita ao enfermeiro realizar um acompanhamento contínuo das funções vitais da pessoa e permitindo não só a deteção precoce de focos de instabilidades, mas também a tomada de decisões terapêuticas mais fundamentadas.

A monitorização hemodinâmica constitui, assim, um elemento fulcral no cuidado à PSC, pois permite uma avaliação contínua do estado da mesma, possibilitando a deteção precoce de focos de instabilidade e intervenções terapêuticas oportunas e eficazes. Por conseguinte, torna-se essencial que o EEEMCPSC domine o funcionamento destes equipamentos e mantenha uma formação atualizada sobre novas tecnologias e competências analíticas que garantam a eficácia dos cuidados prestados.

De acordo com Venturi et al (2016), o EEEMCPSC deve ser capaz de compreender a função cardiovascular, acompanhar as intervenções terapêuticas e realizar diagnósticos diferenciais, com competências consideradas determinantes para a evolução clínica e prognóstico da PSC.

Estes autores reforçam que para além da execução da monitorização, o EEEMCPSC deve ser capaz de interpretar os dados clínicos com precisão, garantindo uma intervenção rápida e eficaz. A correta interpretação dos dados transmitidos em tempo

real, possibilita o ajuste dos cuidados de enfermagem tendo em conta as necessidades da PSC, assegurando que as mesmas são identificadas atempadamente e abordadas de forma organizada e eficiente, impactando diretamente na evolução clínica e prognóstico da mesma.

No decorrer do ensino clínico no SMIP, foi possível contactar diretamente com sofisticados sistemas de monitorização invasiva e participar na gestão de protocolos terapêuticos complexos, reforçando a importância de antecipar complicações e adaptar as intervenções face às necessidades emergentes. A implementação de protocolos terapêuticos, em qualquer contexto de saúde, contribui para cuidados mais eficazes, seguros e conscientes. Especificamente em cuidados intensivos, a padronização das intervenções, promove uma atuação mais organizada, estruturada e responsiva, minimizando a ocorrência de eventos adversos.

Segundo Oliveira et al. (2023) a implementação de protocolos baseados em evidências científicas é crucial na padronização dos cuidados e na redução da variabilidade das práticas clínicas, garantindo que todos os utentes recebam as melhores intervenções baseadas nas melhores práticas, independentemente da equipa ou hospital que as aplica.

Este contexto de ensino clínico apresenta vários protocolos terapêuticos, embora alguns ainda em fase de atualização ou concretização oficial, resultante da uma reestruturação recente da equipa. A atualização dos mesmos é realizada por meio de grupos de trabalho, dedicada ao desenvolvimento e revisão dos protocolos clínicos do serviço, garantindo que os mesmos se mantêm atualizados e alinhados com a evidência científica mais recente. A adoção deste método de implementação e revisão é de extrema importância, pois promove uma rápida integração dos novos elementos da equipa e fomenta a formação e atualização contínua de conhecimentos.

A existência de protocolos bem definidos e certificados pela Instituição, particularmente no contexto de cuidados intensivos, contribui para uma intervenção bem estruturada, regida por estratégias de prevenção de complicações e priorização de ações, para responder da melhor forma em função das necessidades da PSC.

A gestão de protocolos terapêuticos é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados à PSC. Nesse sentido, o EEMCPSC, assume o controlo total na implementação dos mesmos e intervém diretamente nos procedimentos ou atividades

mais avançadas e complexas decorrentes desses protocolos. Graças ao seu conhecimento mais aprofundado é capaz de monitorizar a resposta da PSC às intervenções, identificando precocemente sinais de instabilidade hemodinâmica, antecipando ações de prevenção de complicações. Adicionalmente, com base nas suas competências diferenciadas, assegura o cumprimento rigoroso de todos os passos dos protocolos complexos de forma eficaz, garantindo que as intervenções sejam as mais adequadas aos problemas identificados e contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos e da qualidade dos cuidados prestados.

Para além da gestão de protocolos terapêuticos, a gestão da dor destacou-se como um cuidado central à PSC. Cuidar da PSC, num contexto de cuidados intensivos, não se limita à padronização de protocolos terapêuticos, integrando, simultaneamente outras dimensões fundamentais, como a gestão da dor, que assume especial atenção face à situação complexa e vulnerável da PSC.

Neste sentido, foram desenvolvidas competências na avaliação e monitorização e consequentemente na gestão da dor, em pessoas incapazes de comunicar verbalmente, por se encontrarem sob o efeito de sedação ou ventilação mecânica invasiva. A escala mais utilizada no contexto de cuidados intensivos, é a Escala Behavioral Pain Scale (BPS) ou Escala Comportamental da Dor. Esta ferramenta apresenta uma particularidade que auxilia o EE a gerir a dor, visto que a sua avaliação está padronizada em três momentos (repouso, pré-procedimento doloroso e pós-procedimento), possibilitando a deteção precoce da necessidade de adotar medidas preventivas para a dor durante a execução de um procedimento, garantindo que qualquer desconforto ou dor seja minimizado antes de iniciar a intervenção. Por exemplo, no momento de repouso e pré-procedimento, caso a PSC demonstrasse dor ou desconforto, antecipava-se a administração analgésica conforme prescrição médica, ou, se já tivesse uma perfusão contínua de uma terapêutica analgésica, realizava-se um bólus adicional. Isto facilita a antecipação de medidas farmacológicas e não farmacológicas e contribui para prevenir estados de dor de difícil gestão.

Além disso, foi possível contactar com dispositivos de monitorização da dor inovadores, como o NOL™ e o ANI®, cuja sua utilização ainda é rara em Portugal. O NOL™ pela avaliação da nociceção da dor, permite que durante o procedimento de aspiração de secreções, nos forneça dados correspondentes a dor, em tempo real,

permitindo ajustar a analgesia de imediato e assegurar o conforto da PSC. Tal como referido, embora a sua utilização seja limitada, houve a oportunidade de observar e manusear o dispositivo sob orientação especializada por parte da Enfermeira Tutora. Esta experiência enriqueceu o meu desenvolvimento de competências como futura EEEMCPSC e representou um indicador mensuráveis da qualidade da prática clínica e da personalização do cuidado à PSC.

O EEEMCPSC assume uma intervenção insubstituível, ao integrar conhecimento científico, domínio técnico e sensibilidade clínica e emocional, de modo a assegurar a estabilidade clínica e uma intervenção centrada no conforto e dignidade da PSC.

Paralelamente a estas medidas farmacológicas, houve a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre estratégias não farmacológicas, como o posicionamento adequado do tubo orotraqueal, de forma mais ergonómica, o toque terapêutico e a gestão do ambiente clínico, constituindo intervenções que complementam as intervenções farmacológicas, culminando numa gestão da dor eficaz e num cuidado holístico.

Em suma, o desenvolvimento desta unidade de competência comprovou a capacidade do EEEMCPSC em articular conhecimento técnico-científico, com a gestão emocional e a liderança clínica, promovendo cuidados altamente qualificados à PSC e à sua família e integrando uma prática holística, sustentada em protocolos, evidências e tomada de decisão autónoma.

Complementarmente, foi desenvolvida uma análise reflexiva segundo o Modelo de reflexão do ciclo de Gibbs, apresentada em anexo (Apêndice II) que permitiu uma compreensão mais aprofundada do impacto das emoções vivenciadas durante a prestação de cuidados à PSC e a sua família, particularmente em contexto de cuidados intensivos. Esta reflexão evidencia a importância da autoconsciência e da empatia, dimensões essenciais no modelo de IE de Goleman (1995), especificamente no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e humanizada, mesmo diante de situações de instabilidade clínica e vulnerabilidade emocional. Esta análise reflexiva e introspetiva possibilitou converter a experiência vivenciada numa aprendizagem significativa, enfatizando a necessidade de autorregulação emocional equilibrada. Esta ponderação promove tomadas de decisão mais seguras e um suporte emocional mais eficaz à PSC e à sua família, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática clínica mais consciente, emocionalmente inteligente e eticamente sustentada.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o EEEMCPSC deve ser capaz de conceber, planear e gerir situações de emergência, exceção ou catástrofe, de forma diligente e sistematizada, assegurando uma resposta eficaz e eficiente, sem negligenciar a preservação de vestígios com valor legal.

A OMS definiu, em 2019, catástrofe como um acontecimento que causa estragos, prejuízos económicos, perda de vidas humanas, deterioração e perda dos serviços de saúde, numa escala que exige a mobilização excecional de recursos, externos à comunidade abrangida. Dada a sua imprevisibilidade a catástrofe está inteiramente relacionada com a prestação de cuidados de saúde e a emergência médica, acarretando uma súbita necessidade de equipas altamente especializadas, que respondam rápido e imediatamente (Organização Mundial de Saúde & Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). Em caso de catástrofe ou risco de ocorrência, são desencadeadas operações da Proteção Civil em conjunto com os planos de emergência previamente elaborados, assegurado a unificação, coordenação técnica e operacional dos meios a mobilizar e a adaptação e implementação de medidas de carácter excecional (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012).

Este regime da Proteção Civil encontra-se definido na Lei de Bases da Proteção Civil, aprovada em Julho, Lei n.º 27/2006 e alterada em Agosto para a Lei n.º 80/2015 e distingue os conceitos de exceção e emergência, referindo que uma emergência representa um momento de resposta célere e direta a uma situação crítica, enquanto uma exceção envolve a ativação de regimes legais, institucionais e operacionais especiais que assegurem a gestão da situação de forma estruturada e coordenada (Diário da República n.º 149/2015, Série I, p. 5316)

Os cenários de emergência e/ou catástrofe constituem desafios particulares, uma vez que não existe um procedimento universal aplicável a todas as situações. A intervenção direta na prevenção, preparação e resposta é, portanto, assegurada pela proteção civil em articulação com as instituições de saúde.

As Unidades hospitalares são o principal recetor das vítimas, exigindo uma priorização adequada dos recursos técnicos e humanos para garantir uma assistência

ajustada. Os serviços de urgência representam a primeira linha de resposta hospitalar, pelo que o EEEMCPSC assume uma intervenção central, na coordenação destas situações, garantindo uma melhor gestão do cenário pela execução de intervenções oportunas e uma maior segurança das vítimas.

Responder a estas situações de emergência, exceção ou catástrofe implica dinamizar a prestação de cuidados de forma organizada, rápida e segura, a através do planeamento e operacionalização de planos de resposta, assim como da coordenação das equipas. Sendo ainda dever do EEEMCPSC assegurar o respeito pela preservação de potenciais vestígios de valor legal, garantindo a sua correta salvaguarda.

Considerando os locais de estágio do percurso formativo, alguns critérios desta competência não foram passíveis de serem desenvolvidos, por não terem ocorrido situações práticas que os exigissem, inviabilizando o domínio prático da mesma. Face a esta realidade, adotou-se a estratégia na análise crítica do Plano de Emergência Externa da Unidade Hospitalar e do Protocolo de Transfusão Maciça, assegurando a compreensão dos critérios deste tipo de protocolos e decisões clínicas.

O Plano de Emergência Externa (PEE) constitui um documento estratégico que define procedimentos e recursos a mobilizar em situações de emergência externa, garantindo uma resposta eficaz e coordenada à comunidade abrangida por aquela Unidade Hospitalar.

A ativação do PEE é da responsabilidade do chefe de equipa do Serviço de Urgência e é este que determina o nível de resposta a adotar e organiza-se em três níveis de ativação. O nível I corresponde a uma situação que pode ser gerida pelos recursos humanos disponíveis no serviço de urgência, implicando a ativação de um centro de controlo. Este é composto por elementos da equipa médica e de enfermagem, direção clínica e gestão hospitalar, assumindo cada um responsabilidades distintas. Neste nível são definidas medidas como a reorganização de circuitos internos, eventual evacuação de utentes e articulação com serviços de apoio (bloco operatório, patologia clínica, imagiologia, imunohemoterapia, entre outros serviços).

O nível II é ativado quando a capacidade do nível I é excedida, exigindo um alargamento do centro de controlo para um gabinete de crise constituído pelos elementos do centro de controlo e pelos restantes elementos do Conselho de Administração. O gabinete de crise mantém as funções, no entanto, apresenta uma maior intervenção na

gestão de equipas, uma vez que é implementada a triagem do modelo START, sendo necessário reconfigurar áreas assistenciais, converter salas operatórias em áreas de atendimento e acionar equipas de apoio psicossocial. Nesta fase há uma reorganização de circuitos internos, pelo que todas as portas de emergência do SUP devem estar desbloqueadas e os elementos da portaria devem encontrar-se junto das mesmas, impedindo o acesso do público e garantindo que só a VMER tem acesso à área. A desativação do PEE é da competência do gabinete de crise.

Esta exploração detalhada dos níveis de ativação do PEE possibilitou uma compreensão mais aprofundada da importância do papel de liderança assumido pelo EEEMCPSC na gestão, coordenação e implementação de estratégias rápidas e eficazes. O conhecimento adquirido foi fundamental para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, promovendo uma maior segurança e preparação na resposta a este tipo de situações de emergência externa. Neste seguimento, foi sugerida uma melhoria na gestão dos recursos materiais, através da revisão das listas de verificação, propondo um método que articulasse a comunicação entre os serviços envolvidos de forma eficaz. Este processo traduz-se num indicador objetivo de aplicação das competências de gestão, liderança e comunicação em saúde, de acordo com o que preconiza o Regulamento n.º 429/2018 para o perfil do EEEMCPSC.

Relativamente ao Protocolo de Transfusão Maciça a sua implementação segue a Norma da Direção Geral da Saúde de 2013, que define que hemorragia maciça como uma perda de sangue equivalente a 100% da volémia em 24 horas, 50% em três horas ou ≥ 150 ml/min no adulto. Portanto, a transfusão maciça corresponde à substituição total da volémia, por um período inferior a 24 horas ou à administração de mais de 10 unidades de concentrado de eritrócitos em 24 horas, seis em três horas ou quatro em uma hora. A sua aplicabilidade inclui não só o contexto de perda sanguínea inicialmente identificada como aquela que se mantém correspondendo a uma parte significativa da volémia habitual diante de uma situação crítica, independentemente da natureza da situação, isto é, traumática, obstétrica ou cirúrgica (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As complicações decorrentes da ativação deste protocolo de transfusão maciça são de extrema relevância, pois a sua compreensão permite uma identificação precoce de focos de instabilidade clínica e uma intervenção célere. Segundo a DGS (2013) os focos de instabilidade precoce decorrentes da implementação deste protocolo são as reações

transfusionais hemolíticas agudas e não hemolíticas febris, TRALI (transfusion-related acute lung injury), TACO (transfusion-associated circulatory overload), as reações alérgicas, as infecções bacterianas, a hipocaliemia ou hipercaliemia, a acidose, a hipotermia, a coagulopatia dilucional e a trombocitopenia dilucional. Por outro lado, podem também surgir complicações tardias como reações transfusionais hemolíticas tardias, TRIM (transfusion-related immunomodulation) e púrpura pós-transfusional. Assim, o conhecimento deste protocolo torna-se indispensável à atuação do EEEMCPSC, no sentido prevenir complicações por meio da antecipação de intervenções, como a administração de concentrado de plaquetas e de ácido tranexâmico (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No decorrer do percurso formativo, não surgiram situações que motivassem a ativação do Protocolo de Transusão Maciça. Contudo, a revisão aprofundada do protocolo e a sua discussão com os Enfermeiros Tutores, fomentaram uma reflexão crítica sobre o papel do EEEMCPSC na identificação precoce de focos de instabilidade clínica e na operacionalização do mesmo, tendo em conta uma atuação proativa e preventiva. Particularmente em contextos de pós-operatórios de cirurgia cardíaca, a vigilância rigorosa e a monitorização criteriosa dos parâmetros hemodinâmicos, como a drenagem torácica, a frequência cardíaca, a temperatura corporal, a análise dos resultados laboratoriais e de gasometria arterial, revelaram-se essenciais para a deteção precoce de complicações major, como tamponamento cardíaco ou hemorragia maciça.

Esta prática clínica sustentada por evidências científicas, permitiu consolidar conhecimentos teóricos com competências técnico-científicas e auxiliou a adequada interpretação dos achados clínicos, resultando numa priorização de intervenções, que garantiram uma resposta rápida e coordenada diante de situações súbitas de alteração clínica ou instabilidade hemodinâmica.

Além de promover uma comunicação em saúde eficaz, esta abordagem contribuiu para o estabelecimento de uma dinâmica segura e eficiente na gestão da PSC. A discussão de casos clínicos e a partilha de experiências com a equipa de Enfermagem constituíram momentos de aprendizagem significativa, potenciando o desenvolvimento de competências de vigilância, antecipação e tomada de decisão, fundamentais para a prestação do EEEMCPSC.

A atuação centrou-se na articulação entre o conhecimento teórico com a prática clínica, evidenciando a aplicação consistente de protocolos institucionais, pela utilização criteriosa de ferramentas de monitorização hemodinâmica e pela comunicação efetiva e oportuna com a equipa multidisciplinar. Esta integração de conhecimentos expressa-se em indicadores objetivos de desempenho, como a deteção precoce de focos de instabilidade clínica, execução de intervenções com priorização na prevenção de complicações. Assim, revelou-se uma atuação eficaz em contextos emergentes marcada por uma postura proativa, dinamizadora e preventiva, assegurando uma qualidade e eficácia na prestação de cuidados à PSC em contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade clínica.

Complementarmente, foi desenvolvida uma análise reflexiva segundo o modelo de Gibbs (1988), apresentada no Apêndice II, que possibilitou compreender de forma aprofundada como a Inteligência Emocional (IE), segundo o modelo de Goleman (1995), sustentou o exercício da liderança, o controlo emocional e a comunicação eficaz em contextos de emergência e exceção. Esta reflexão evidenciou que a autoconsciência e a autorregulação emocionais favoreceram a manutenção da calma e do raciocínio clínico em situações de elevada pressão, permitindo decisões mais seguras e ponderadas. Paralelamente, a empatia e as competências sociais mostraram-se essenciais para coordenar a equipa, gerir conflitos e promover uma comunicação assertiva e colaborativa, garantindo uma resposta integrada e centrada na PSC. Assim, este exercício reflexivo consolidou uma aprendizagem significativa, traduzida no fortalecimento de uma liderança humanizada, ética e emocionalmente inteligente, orientada para a excelência dos cuidados em contextos críticos.

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, tal como mencionado na competência anterior, foi implementada a prática reflexiva recorrendo ao modelo de reflexão do ciclo de Gibbs. Para sustentar o desenvolvimento desta unidade de competência, apresenta-se em anexo (Apêndice III), um exercício reflexivo sobre uma situação de autorregulação emocional e comunicação em situação de emergência. A partir desta reflexão foi possível transformar uma situação real numa oportunidade de crescimento profissional e pessoal, realçando o desenvolvimento de competências transversais, que se traduzem num exercício profissional emocionalmente mais responsável, compreensivo e empático alicerçado a princípios éticos e de IE. Paralelamente, a gestão emocional pela manutenção

de stress e do raciocínio clínico em situações de complexidade clínica e elevada pressão, demonstraram-se indispensáveis à coordenação da equipa, promovendo a gestão de conflitos e intervenções colaborativas, assegurando respostas integradas e centradas na PSC. Assim, esta reflexão consolidou uma etapa de aprendizagem contextualizada e orientada para a excelência de cuidados em contextos de emergência ou exceção.

3.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção 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 adequada

A terceira competência específica do EEEMCPSC, definida no Regulamento n.º 429/2018, estabelece a necessidade de potenciar ao máximo a prevenção e controlo de infeção, nomeadamente da PSC, face à sua situação clínica complexa, de forma atempada (Diário da República, 2018, p. 19363). O EEEMCPSC é um agente ativo na prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), a partir da implementação de normas e medidas de prevenção, em conformidade com as diretrizes da DGS. A OE, determina que o EEEMCPSC deve intervir além da sua prática clínica, assumindo um papel de liderança na conceção e implementação de protocolos, com recurso a um conhecimento mais aprofundado e à luz da literatura atual, podendo tornar-se um elemento de referência dentro da sua equipa multidisciplinar.

A DGS (2017) define as IACS como infeções adquiridas pelos utentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde, podendo, em simultâneo, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade. Trata-se de um problema transversal, que afeta qualquer pessoa em contexto de doença, face à sua vulnerabilidade, assumindo especial relevância na PSC, por estar frequentemente sujeita ao uso de dispositivos invasivos e tecnologia avançada.

A OMS (2020) salienta que as IACS constituem um problema de saúde pública grave, associado a elevados custos em saúde, aumento de morbilidade e mortalidade e ao uso inadequado de antimicrobianos que gera um aumento nas resistências bacteriana.

As infeções adquiridas em contexto hospitalar e o aumento das resistências bacterianas aos antibióticos constituem um desafio de escala mundial e por isso, se torna preocupante aos serviços de saúde, não só para os profissionais de saúde, bem como para

o cidadão, numa perspetiva de preservação da segurança do doente e da saúde das populações. (Diário da República, 2.ª série — N.º 52 — 15 de março de 2016). A DGS (2017) estima que, se as resistências aos antimicrobianos não forem contidas até o ano 2050, poderão ocorrer mais de dez milhões de mortes por ano relacionadas com estas infeções.

A Fundação Calouste Gulbenkian, após o relatório “*Um Futuro para a Saúde todos temos um papel a desempenhar*” em coerência com as recomendações do mesmo, implementou o projeto “*Desafio Stop Infeção Hospitalar*”, com o objetivo de promover a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, através da prevenção da doença, promoção do cumprimento de boas práticas profissionais e criação de ambientes propícios ao desenvolvimento saudável e bem-estar individual. Este projeto “Stop Infeção” teve início no ano de 2015, envolvendo 12 Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, 19 hospitais no total, com o compromisso de reduzir em 50%, as infeções adquiridas em meio hospitalar em três anos, contribuindo para uma redução de mortalidade e morbilidade, tempo de internamento e custos globais (Despacho n.º 2757/2017).

No sentido de maximizar os ganhos em saúde, a DSG estabeleceu uma parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, integrando o Projeto “*Stop Infeção*” no Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas (PPCIRA) criado em 2013. O intuito global foi incorporar as metodologias de prevenção baseadas em evidência científica, promovendo o desenvolvimento gradual de boas práticas à escala nacional.

As infeções identificadas como prioritárias foram: a infeção associada à ferida operatória; infeção associada à algaliação; infeção associada ao cateter venoso central e à pneumonia associada à intubação orotraqueal. Três anos após a sua implementação, constatou-se uma redução em cerca de 50% na incidência destas infeções, o que motivou a renovação em 2022 do compromisso, designando-se atualmente como projeto “Stop Infeção 2.0., cuja missão é reduzir em 50% estas infeções até outubro de 2025 (Despacho n.º 10901/2022).

A DGS (2015) criou normas específicas para cada infeção incluída no PPCIRA, nas quais estão descritos feixes de intervenção, que são um conjunto de medidas integradas que, quando aplicadas em conjunto, produzem melhores resultados do que

quando implementadas individualmente. O objetivo principal é assegurar que os doentes recebem cuidados e tratamentos, de forma consistente, com base na melhor evidência.

As pessoas internadas em unidade de cuidados intermédios e intensivos apresentam maior propensão ao desenvolvimento de IACS, uma vez que estão sujeitas a um maior número de procedimentos e dispositivos médicos invasivos. Além disso encontram-se de forma induzida imunodeprimidas, pela presença de comorbilidades e fruto da sua complexidade clínica (Blot et al., 2022).

Em 2017, a European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) revelou, com base em dados de vigilância epidemiológica que 8,3% dos utentes internados em UCI, por um período superior a dois dias desenvolveu, pelo menos uma IACS. Entre as quais, 6% desenvolveram uma pneumonia associada à intubação (PAI), 4% adquiriu uma infeção da corrente sanguínea (ICS) e 2% uma infeção do trato urinário (ITU) (ECDC, 2019).

Mais recentemente, a ECDC (2024), publicou um relatório epidemiológico anual referente a 2020, destacando que destaca uma prevalência da PAI em cerca de 70% dos episódios de pneumonia, 38% das IACS associadas à ICS, por presença de acesso venoso central e 95% relacionadas à ITU, por presença e cateter urinário.

De acordo com a DSG (2017), a redução das IACS observada nos últimos anos correlaciona-se com o cumprimento de boas práticas ao nível das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e com a implementação dos feixes de intervenção que dão suporte específicos para os diferentes procedimentos e dispositivos invasivos.

Durante o percurso académico, a prestação de cuidados à PSC, foi orientada pelo cumprimento rigoroso das Normas definidas pela DGS, especificamente, quanto à aplicação dos quatro feixes de intervenção que consistem num conjunto de medidas dirigidas à prevenção das IACS, relacionadas com a utilização de dispositivos médicos invasivos, designadamente: “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*” (Norma n.º 019/2015), “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*” (Norma n.º 020/2015), “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*” (Norma n.º 022/2015) e “*Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*” (Norma n.º 021/2015), todas revistas e atualizadas em 2022.

Num dos ensinamentos clínicos, foi possível aprofundar conhecimentos relativos a estes feixes de intervenção, uma vez que a Enfermeira Tutora integrava o grupo de prevenção e controlo de infeção do serviço, especificamente no projeto Stop Infeção 2.0. Este grupo de trabalho multidisciplinar realizava reuniões semanais, cujo objetivo era analisar a situação epidemiológica do serviço, partilha de novas ideias e de boas práticas, definir estratégias de melhoria contínua e identificar problemas em procedimentos já adotados, em articulação com a equipa da unidade PPCIRA da Instituição.

No âmbito desta função, foram realizadas auditorias internas semanais, através da observação direta da execução de procedimentos pela equipa de enfermagem, assegurando o cumprimento dos feixes de intervenção descritos nas Normas da DGS. O propósito destes momentos é monitorizar comportamentos de risco, recolher indicadores de infeção do serviço e sensibilizar, promover e instruir a equipa na adesão de boas práticas.

Este grupo de trabalho dispunha de uma plataforma interna para registo das auditorias, relato de problemas e identificação de estratégias de combate aos problemas. Os indicadores de conformidade encontravam-se disponíveis em tempo real num quadro digital, designado de “*kamishibai*”, que apresentava as infeções abrangidas pelo projeto *Stop Infeção*, assinaladas com a cor verde ou vermelho consoante o indicador positivo ou negativo respetivamente.

O termo japonês “*Kamishibai*” significa “teatro de papel” e corresponde a uma prática tradicional e popular de contar histórias no Japão por meio da comunicação visual. A sua lógica narrativa foi adaptada à gestão em contextos organizacionais, sendo atualmente utilizada como uma ferramenta de gestão visual, dado que permite monitorizar indicadores em tempo real, identificar não conformidades e promover a melhoria contínua da qualidade (Rocha & Faneca, 2022).

Assim, a partir do acompanhamento destas auditorias e das reuniões do grupo, foi possível compreender a influência positiva da função do EEEMCPSC na prevenção e controlo de infeções e, ainda, participar ativamente na deteção de incumprimentos e na definição de estratégias de melhoria. Apesar de alguns constrangimentos inerentes a esta prática, o EEEMCPSC é reconhecido como um elemento de referência, sendo frequentemente solicitado a sua liderança técnico-científica e a sua colaboração ao esclarecimento de dúvidas.

Este é um bom exemplo de uma função acrescida e diferenciada do EE, assegurando o cumprimento de protocolos e normas de prevenção e controlo de infeção, atuando não só como intermediário entre a equipa multidisciplinar e o grupo da PPCIRA, como também um elemento que contribui para a minimização da incidência de IACS e segurança da PSC.

A PSC internada em UCI encontra-se particularmente vulnerável a infeções nosocomiais por microrganismos multirresistentes a antimicrobianos, o que reforça a implementação dos feixes de intervenção recomendados pela DGS. Estas devem ser implementadas de forma coesa e conjuntamente para a obtenção de melhores resultados (DGS, 2015), resultando em práticas simples e eficazes, como a higienização das mãos e o uso de EPI's (Equipamentos de Proteção Individuais), sendo a base de todo o processo de prevenção e controlo de infeções.

Adicionalmente, destaca-se a conduta profissional do EE, que deve pautar-se por princípios de segurança e higiene, como a remoção de acessórios (relógio, pulseiras e anéis) e o uso adequado do cabelo preso ou devidamente protegido. Práticas que apesar de simples e sem custos, são determinantes na redução e transmissão de IACS.

Dado que dois dos ensinamentos clínicos foram realizados na mesma Unidade Hospitalar, com o projeto *STOP Infeção 2.0*. em curso, viabilizou a consolidação do conhecimento e familiarização dos feixes de intervenção das infeções abrangidas neste projeto. Assim houve a oportunidade de compreender de forma integrada as estratégias de prevenção e controlo de infeção, garantindo a segurança da PSC, em contexto de cuidados intensivos e o desenvolvimento da terceira competência específica do EEEMCPSC.

A higienização das mãos, enquanto segunda PBCI de acordo com a DGS (2013) representa umas das medidas mais básicas e eficazes na prevenção e transmissão de agentes infecciosos entre utentes. Neste sentido, esta medida foi aplicada rigorosamente durante o percurso formativo, respeitando os cinco momentos preconizados pela DGS: antes do contacto com o utente; antes da execução de procedimentos limpos ou assépticos; após o risco e/ou exposição de contacto com fluidos orgânicos; após contacto com utente/unidade; e, após remoção de EPI's.

A etiqueta respiratória, definida como a terceira PBC, segundo a DGS (2013) foi igualmente aplicada, através do uso adequado de máscara cirúrgica e avental sempre que

indicado, mesmo fora de contextos de isolamento específico, prevenindo assim a transmissão cruzada de microrganismos.

No âmbito da prevenção da PAI, foram adotadas as seguintes intervenções, aquando do cuidado à PSC intubada e sedada, com intuito da prevenção da mesma: manutenção da cabeceira a 30°, avaliação do *cuff* do TOT (Tubo Orotraqueal) e manutenção do mesmo entre os 20 e 30 cm H₂O de pressão, pelo menos três vezes por dia, assim como a higiene oral deve ser realizada também pelo menos três vezes por dia. Para além disso, conforme o que está preconizado nos feixes de intervenção desta infeção, diariamente foi avaliada, em consonância com a equipa médica, a redução de sedação, com a perspectiva de ventilação espontânea e obviamente extubação.

No que concerne à ICS associada à presença de cateter venoso central (CVC), a DGS (2022) recomenda que a sua colocação seja precedida da avaliação real da sua necessidade, dado que o mesmo constitui uma porta de entrada a microrganismo, além de privilegiar outros acessos que não a femoral, sempre que possível. Durante o procedimento de colocação de CVC devem ser respeitadas medidas de assepsia rigorosas, incluindo a higienização das mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), a utilização de barreira de proteção máxima, a desinfeção do local de inserção com solução de clorhexidina a 2% em álcool e a utilização de campos estéreis de grande dimensão. Na manutenção do CVC, é preconizada a avaliação diária da necessidade de manter o dispositivo, a higienização das mãos antes de qualquer manipulação, a descontaminação dos acessos com antisséptico e a substituição do penso sempre que necessário ou comprometida a sua integridade, conforme estabelecido nas normas.

Durante os ensinamentos clínicos, foram cumpridas rigorosamente as medidas de prevenção inerentes aos feixes de intervenção referentes ao CVC, assegurando a correta manutenção do dispositivo e a monitorização diária de possíveis sinais de infeção.

Neste seguimento, foi reconhecida a importância da adesão a protocolos uniformes e de vigilância contínua, que garantam a segurança da PSC e reduzam o risco de IACS. O papel do EEEMCPSC assume particular importância na avaliação crítica da necessidade de manter presente o dispositivo, contribuindo para decisões clínicas fundamentadas e para a minimização do risco de ICS associada à presença de CVC.

Relativamente à ITU associada à presença de cateter urinário, os feixes de intervenção recomendam igualmente a avaliação diária da necessidade de manter presente

o dispositivo, a higienização das mãos antes de qualquer manipulação, a correta fixação adequada do cateter, prevenindo tração ou lesões. A implementação sistemática destas medidas, ao longo dos vários locais de estágio concomitantemente com a monitorização diária garantindo a monitorização diária de possíveis sinais de infeção associados ao uso de cateter urinário e a necessidade da sua presença, permitiram assegurar a remoção atempada do dispositivo e reduzir o risco de complicações. Além disso, a observação de algumas situações de ausência do dispositivo de fixação devidamente corrigidas pela equipa de enfermagem após tomada de iniciativa na sinalização das mesmas. Assim, se contribuiu para uma vigilância contínua, cumprimento de boas práticas e adesão de medidas de prevenção eficaz da ITU.

Um outro ponto-chave da maximização da prevenção e controlo da infeção resume-se ao uso criterioso e racional de antimicrobianos, particularmente em contexto de cuidados intensivos, dada complexidade da situação clínica da PSC. Moniz, P. et al (2024) refere que a prescrição de antibioterapia deve ser apropriada, oportuna e adequada, de forma a prevenir a resistência bacterianas. Deste modo, a reavaliação diária da antibioterapia, a redução do espectro antibiótico para o mais restrito possível, a transição de terapias combinadas para monoterapias, constituem algumas medidas que contribuem para a minimização da resistência antimicrobiana.

Moniz, P. et al (2024) acrescenta que, embora vários estudos comprovem a eficácia e segurança de protocolos de curta duração de antibioterapia, a adesão a estas orientações continua a ser reduzida, mantendo a duração de antibioterapia excessivamente prolongada. Por outro lado, estes autores evidenciam que os médicos intensivistas demonstram consciências quanto à importância de iniciação precoce de antibioterapia e à priorização de interrupção atempada quando apropriado, especialmente na ausência de infeção.

Este ponto salienta que a decisão de interrupção está muito dependente da correta e propícia colheita de produtos microbiológicos ressaltando que este aspeto traduz a eficácia da intervenção do EEMCPSC, visto que é neste domínio que assume maior responsabilidade e autonomia. A correta e oportuna colheita de amostras microbiológicas não só garante a fiabilidade dos resultados laboratoriais, como contribui para a tomada de decisões clínicas mais eficientes e baseadas na evidência.

Ademais a atuação do EE neste domínio contribui proativamente para a monitorização contínua de sinais e sintomas clínicos de infeção ou da sua ausência, resultando numa interrupção fundamentada. A partir de uma comunicação assertiva e colaborativa, o EEMCPSC coadjuva a otimização da utilização de antibióticos e redução do consumo global de antimicrobianos, favorecendo a segurança terapêutica e a eficácia dos cuidados prestados.

Neste âmbito de atuação, a correta colheita e acondicionamento das amostras microbiológicas, bem como a notificação atempada de alterações clínicas sugestivas de infeção, traduziu a integração efetiva nas equipas multidisciplinares contactadas. Para além disso promoveu uma prática interdisciplinar centrada na PSC e na adequação de estratégias terapêuticas que previnam as resistências bacterianas e no uso racional de antimicrobianos.

Em síntese, a maximização da prevenção e controlo de infeção reflete um compromisso profissional sustentado na aplicação de boas práticas e numa postura proativa e dinamizadora. Portanto, esta intervenção, particularmente em ambientes de complexidade clínica, consolida o perfil de EEEMCPSC e com o desenvolvimento profissional capaz de garantir uma atuação preventiva, segura e eficaz junto da PSC, em conformidade com as referências nacionais e internacionais que orientam esta unidade de competência.

Para além disso, o contributo da IE nesta competência específica revela-se imperativo para o desenvolvimento da mesma. A capacidade do EEEMCPSC manter o equilíbrio emocional e gerir eficazmente as equipas multidisciplinares que integra, especialmente em contextos de elevada pressão permite corroborar num ambiente de trabalho cooperativo e comprometido com a segurança da PSC. Segundo Bearare et al. (2025) é fundamental recorrer à IE para gerir eficazmente equipas em contextos clínicos de alta pressão, pois só com o uso desta ferramenta se promove a adesão criteriosa das normas de prevenção e controlo de infeção mesmo perante situações de emergência, através de uma comunicação assertiva e eficaz e uma cultura sólida de segurança terapêutica. Portanto, a liderança emocionalmente inteligente promove uma cultura organizacional focada na melhoria contínua dos cuidados, minimizando o risco de eventos adversos associados a IACS.

Neste sentido, as competências comunicacionais, relacionais e sociais, como a empatia e a assertividade potenciam uma partilha de informação mais eficaz, influenciando positivamente na adesão de boas práticas e na implementação de protocolos de prevenção e controlo de infeção, como do uso racional de antimicrobianos. Por conseguinte o EEEMCPSC assume uma intervenção central não só na execução destas medidas de prevenção na sua prática clínica, mas também na promoção de uma cultura de segurança, humanizada e resiliente, alinhada com as melhores orientações nacionais e internacionais de gestão de infeção e resistência antimicrobiana. Esta conjugação de competências técnico-científicas com competências comunicacionais e relacionais reforça a capacidade de resposta do EEEMCPSC diante de situações críticas e elevada pressão.

3.4.O CONTRIBUTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEMCPSC

No contexto da prestação de cuidados à PSC, a IE revela-se um alicerce ao exercício profissional do EE. A capacidade de reconhecer, interpretar e regular as emoções sejam elas, as próprias como a dos outros, possibilita ao EE, manter uma postura empática e totalmente direcionada à PSC, mesmo em situações de extrema pressão. Segundo Sousa et al. (2021), a IE, no contexto de cuidados intensivos, manifesta-se a partir do autocontrolo, da empatia, da partilha emocional com os pares e da capacidade de adaptação à complexidade do meio clínico. Isto é visível no processo assistencial proporcionado às famílias em sofrimento, tal como refere o subdomínio das competências específicas 1.6 “*Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” na qual a escuta ativa e a presença emocional constituem ferramentas terapêuticas tão fundamentais quanto os procedimentos técnicos.

O EEEMCPSC, ao cuidar da PSC e da sua família perante situações de alta complexidade clínica, é frequentemente confrontado com momentos de sofrimento, angústia, medo ou tomadas de decisão num período de tempo limitado. Nestas circunstâncias, a IE torna-se um recurso essencial para gerir o impacto emocional do sofrimento alheio, manter a clareza mental e estabelecer uma comunicação terapêutica

eficaz. A Scoping Review de Baptista et al. (2024) reforça que, nas UCI, a comunicação transcende a simples permuta de informações, assumindo um papel fundamental na gestão do sofrimento, na tomada de decisão partilhada e no empoderamento da pessoa. Tal como refere o subdomínio no Regulamento n.º429/2018, 1.4 que aborda a gestão da comunicação interpessoal em contexto de alta complexidade, confirmando uma vez mais, que a IE está intrinsecamente ligada à comunicação terapêutica, dado que a mesma requer sensibilidade cultural, compreensão do estado emocional do outro e clareza na expressão verbal e não verbal. Portanto, a perícia de manter a calma, de interpretar as necessidades da PSC/família e de responder com sensibilidade emocional, são determinantes para a qualidade dos cuidados e para a construção de uma relação de confiança.

Mora et al. (2024) sublinha que os enfermeiros que desenvolveram a competência emocional demonstram maior capacidade de adaptação, menor reatividade ao stress e maior habilidade relacional, aspetos cruciais para o trabalho em contextos de elevada exigência como os cuidados intensivos. Neste sentido, a competência específica de cuidar da PSC ultrapassa o plano técnico-científico, pressupõe também o exercício de uma prática emocionalmente inteligente, que valorize a relação, a escuta e o respeito pela dignidade humana.

Em relação à segunda competência especializada “*Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*” que traduz a capacidade do EE de conceber, planear e executar planos que respondam rapidamente e eficazmente em contextos emergentes, de catástrofe ou exceção, os princípios subjacentes a esta competência revelam-se particularmente aplicáveis na gestão de focos instabilidade clínica súbita e na atuação em situações de emergência intra-hospitalar. Diante destas situações supracitadas, a IE é determinante na eficácia da resposta profissional, já que o EE, assume muitas vezes o papel de líder operacional nestes cenários e por isso, tem de ser capaz de gerir tanto a sua resposta emocional quanto a da equipa, mantendo o foco, a assertividade e clareza mental na tomada de decisões. Assim, o domínio emocional é crucial, pelo que a capacidade de manter a objetividade, em ambientes de grande pressão psicológica e emocional, não só assegura a qualidade e eficácia da resposta clínica, como contribui para a segurança de todos os envolvidos.

Sousa et al. (2021) reforça esta situação identificando como estratégias da IE, o autocontrolo emocional, a partilha de emoções entre pares e capacidade de adaptação ao

meio, utilizadas por enfermeiros em contexto de cuidados intensivos. Estas dimensões assumem particular destaque em situações de emergência, nas quais o EEEMCPSC tem a obrigação de liderar, transmitir a informação de forma clara, gerir os conflitos e tomar decisões com rapidez, em contextos incerteza quase absoluta. Acresce ainda que a eficácia da liderança em situações de emergência está diretamente relacionada como o próprio líder, no caso, o EEEMCPSC gere o stress da equipa, alinhando-se com os subdomínios 2.1 “*cuida da pessoa em situações de emergência*”, 2.4 “*gere os cuidados em situações críticas*” e 2.5 “*assegura a eficiência dos cuidados prestados*”.

Mora et al. (2024) sustenta este facto, demonstrando que a IE favorece uma liderança mais eficaz e resiliente, apresentando um impacto positivo na coesão da equipa e na redução de erros em contextos de elevado pressão e complexidade clínica. Assim, a capacidade de motivar os restantes elementos da equipa, de manter a calma sob pressão e de promover uma comunicação estruturada são expressões práticas da competência emocional do EE quando aplicada na sua prática.

A minha experiência como mestranda confirmou que, em momentos de elevada exigência clínica e por sua vez exigência emocional, a capacidade de motivação, a autorregulação e gestão de stress, favoreceu uma postura de maior confiança e empatia para apoiar a PSC e a sua família/convivente significativo, assim como os meus colegas, criando uma cultura de disponibilidade emocional e apoio mútuo.

A última competência específica do Regulamento n.º429/2018 aponta para responsabilidade do EEEMCPSC na maximização da prevenção e controlo de infeção e a resistência a antimicrobianos perante a PSC, subjugada nos domínios 3.1 “*Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos*” e 3.2 “*Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção*” e embora seja naturalmente de predomínio técnico-científico, a IE desempenha a partir da mesma um papel tão subtil quanto essencial.

A implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção requer consistência, liderança pelo exemplo, comunicação assertiva e, sobretudo capacidade de influenciar positivamente os comportamentos dos vários elementos da equipa multidisciplinar. A resistência dos pares face à mudança de práticas ou à adoção e/ou adesão rigorosa de protocolos institucionais, ainda é uma realidade na prática clínica da Enfermagem e constitui um desafio recorrente, especialmente em ambientes de elevada

exigência clínica. E é precisamente nestes momentos de elevada pressão, que a IE se revela absolutamente indispensável: a assertividade, a empática, a autorregulação emocional, capacita o EEEMCPSC de uma habilidade de adaptar a sua comunicação, permitindo-o contornar resistências e fomentar uma cultura de segurança, de responsabilização coletiva e, ainda o cumprimento de boas práticas.

Sousa et al. (2021) destacam que a partilha de emoções, a gestão do trabalho e o autocontrolo emocional são estratégias que suportam o desempenho emocionalmente inteligente dos enfermeiros em ambientes críticos. Estes critérios são fundamentais na gestão de equipas orientadas para objetivos comuns, como a prevenção e o controlo de infeções, domínios que embora exigentes do ponto de vista técnico-científico, requer igualmente uma forte componente relacional.

Assim, a IE pode assumir-se como o verdadeiro alicerce para a mudança de paradigmas comportamentais da equipa, posicionando o EEEMCPSC como um agente formativo influente, capaz de comunicar eficazmente os riscos, reforçar práticas preventivas e fomentar a adesão às normas da DGS. A sua dimensão emocional na prática clínica, permite-lhe reconhecer as particularidades de cada situação e enquanto interlocutor, ajustar o seu estilo comunicacional de forma estratégica, assumindo uma liderança consciente e eficaz, potenciando a aceitação e interiorização das mudanças propostas.

Apresentar a capacidade de liderar com equilíbrio emocional e foco no bem comum favorece positivamente o ambiente organizacional e coadjuva a construção de equipas mais comprometidas com segurança, não só da PSC/família, como do seu próprio ambiente de trabalho. Segundo Camelo (2012), a competência profissional do Enfermeiro, numa unidade de cuidados intensivos, exige domínio técnico, mas também uma postura ética e de responsabilidade coletiva, elementos indissociáveis de uma prática sustentada numa maturidade emocional que deve caracterizar o EE.

Deste modo, esta última unidade de competência, embora inserida no campo da prevenção e controlo da infeção é considerada inseparável da habilidade emocional e relacional, uma vez que a atuação do EEEMCPSC, depende dessa mestria para influenciar positivamente os comportamentos da equipa, mantendo um ambiente emocionalmente estável e eticamente comprometido com a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A análise de situações de instabilidade clínica e de pós-operatórios complexos, permitiu espelhar a capacidade em manter a calma, de ajustar a comunicação de forma terapêutica, traduzindo-se determinante na execução de procedimentos técnicos. Paralelamente, assumir a liderança em determinadas circunstâncias, possibilitou explorar a autorregulação e praticar a empatia, tornando-se aspectos fundamentais para a coesão da equipa e para a segurança e eficácia da prestação enquanto futura EE.

Uma prática clínica reflexiva, sustentada teoricamente e desenvolvida ao longo dos locais de estágio, permitiu a consolidação de habilidades ao nível da comunicação terapêutica, do suporte emocional à PSC e à sua família, bem como da gestão emocional em ambientes de elevada pressão. As distintas áreas críticas por onde decorreu este percurso formativo exigiram um conhecimento técnico-científico e competências emocionais inerentes à IE, favorecendo a integração equilibrada entre o raciocínio clínico, empatia e tomada de decisão, potenciando uma atuação mais eficaz e centrada na PSC.

O recurso à IE foi sistematicamente trabalhado através da elaboração e aplicação de uma grelha de autorreflexão, baseada no modelo de Goleman implementada durante as nove semanas correspondentes ao último ensino clínico, apresentada no Apêndice IV. Este instrumento contribuiu para monitorização do progresso das dimensões da autoconsciência, autorregulação, motivação e empatia, promovendo uma prática emocionalmente inteligente e consciente.

Complementarmente, foi elaborado um cartaz infográfico de sensibilização sobre o contributo da IE, destinado à equipa de enfermagem, apresentado no Apêndice V. O propósito desta iniciativa foi incentivar a reflexão e substanciar a relevância da IE como uma ferramenta fundamental para a liderança, a comunicação e a segurança clínica. Esta ação pretende motivar o trabalho em equipa, promover um ambiente organizacional emocionalmente equilibrado e centrado na humanização de cuidados.

Assim a transversalidade da IE encontra-se refletida nas três competências específicas do EEEMCSPC, pela sua influência, respetivamente, na prestação de cuidados humanizados e empáticos, na liderança e gestão emocional em contextos de emergência, catástrofe ou exceção e na promoção da maximização de medidas de prevenção e controlo de infeção. Desta forma, a IE constitui um recurso estruturante que potencia o desempenho especializado e diferenciado do EEEMCPSC.

3.5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Neste subcapítulo irá ser abordado o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de mestre ao longo do percurso académico, a partir de uma reflexão crítico-reflexiva.

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é equivalente a um nível avançado de formação pós-graduada que capacita o Enfermeiro para uma prestação de cuidados diferenciados, com a finalidade de desenvolver competências técnico-científicas, ético-deontológicas e humanas numa área de especialização. Além disso, habilita o Enfermeiro para a liderança, gestão e inovação e investigação na área, permitindo consolidar uma prática avançada, sustentada e orientada para a excelência dos cuidados.

Este grau de Mestre encontra-se regulamentado pela Lei de Bases do Sistema Educativo, na sequência da reformulação induzida pelo Processo de Bolonha, e definido no Decreto-Lei n.º 65/2018 pelo Ministério da Ciência, tecnologia e Ensino Superior. De acordo com este Decreto-Lei o grau de mestre é conferido a quem for detentor de conhecimentos e apresente a capacidade de compreensão a um nível avançado, sustentados nos conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos, aprofundados e desenvolvidos. Estes, devem permitir e constituir a base do desenvolvimento e/ou aplicações originais, particularmente em contextos de investigação. Além disso, aplicar estes conhecimentos na resolução de novos problemas em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei No 65/2018 de 16 de Agosto Do Ministério Da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018)

Deter o grau de Mestre pressupõe ainda a capacidade de integrar conhecimentos com a capacidade de lidar com situações complexas, no sentido de formular soluções, mesmo que a informação disponibilizada seja escassa ou limitada, refletindo criticamente sobre as implicações éticas e sociais que estão inerentes à situação. Requer a habilidade de comunicar as conclusões, o conhecimento desenvolvido, de forma criteriosa e clara, quer a públicos especializados quer a não especializados. Todo este processo de aprendizagem e obtenção do grau de mestre subentende, a obrigação de desenvolver competências de aprendizagem ao longo da vida., de forma autónoma e autossuficiente, sendo esta a base para um exercício profissional e académico contínuo e atualizado (Decreto-Lei No 65/2018 de 16 de Agosto Do Ministério Da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

No decorrer deste percurso acadêmico a pesquisa tornou-se uma prática regular e uma ferramenta fundamental de suporte à prestação de cuidados à PSC, sustentando uma prática clínica baseada na evidência científica atual. Concomitantemente, ao longo dos ensinamentos clínicos, foram desenvolvidas competências especializadas no cuidado à PSC, apoiadas nas situações críticas e complexas experienciadas. Estas prosperaram num conhecimento mais aprimorado ao nível técnico-científico avançado, com especial enfoque na adaptação a novas técnicas e procedimentos, com recurso a tecnologias aplicadas ao cuidado. Além disso, possibilitaram uma gestão rigorosa de protocolos terapêuticos complexos, com deteção precoce de focos de instabilidade clínica, atuando atempadamente na prevenção de complicações e na implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, contribuindo significativamente para a minimização de IACS e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Ao longo deste curso de mestrado, foram também aprofundadas competências críticas e reflexivas, que possibilitaram a análise, interrogação e fundamentação na tomada de decisões complexas em ambientes clínicos críticos. Simultaneamente, foi desenvolvida a capacidade de identificar e aplicar métodos de trabalho sustentados em evidência científica, orientando a prática para a implementação de intervenções seguras e eficazes. Esta abordagem promoveu a melhoria contínua dos cuidados e a uniformização de procedimentos, contribuindo para a redução de erros e riscos, e consequentemente para ganhos efetivos em saúde.

Relativamente às competências de investigação e inovação, foram formuladas questões pertinentes para a prática clínica, recolha de dados por meio de revisões da literatura e metodologias adequadas. Este processo demonstrou-se essencial para a produção de conhecimento e beneficiando a consolidação de práticas sustentadas na evidência científica. Assim, se adquiriu uma postura de aprendizagem contínua, autónoma e autossuficiente, que favoreceu a atualização sistemática de conhecimento técnico-científico, que respondesse às exigências inerentes à prestação de cuidados à PSC.

No decurso deste percurso acadêmico, foi desenvolvido o sentido de liderança, que permitiu uma melhor compreensão do impacto de uma gestão eficaz de recursos humanos e materiais, adaptada à realidade de cada serviço, demonstrado, assim, a

capacidade de se assumir funções dinamizadoras em situações de emergência ou maior vulnerabilidade.

Nos diversos contextos de prestação de cuidados à PSC, foram aprimoradas habilidades comunicacionais e relacionais, que possibilitaram intervenções mais centradas na PSC e na sua família, valorizando a escuta ativa e o respeito pela dignidade humana. Tal como referido anteriormente, a competência ética e social de mestre está evidente na capacidade de comunicar com públicos-alvo, especializados e não especializados e na aptidão de envolver cidadãos em projetos de saúde. Este facto, deve-se, indiscutivelmente, pelo contributo da IE, que demonstrou ser uma ferramenta imprescindível no desenvolvimento de todas as competências dignas do EE e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma vez que a sua integração na prática clínica complementou o domínio técnico-científico, expandindo a qualidade e humanização dos cuidados prestados à PSC. O seu contributo incidiu na gestão das próprias emoções e das equipas que integrei, na promoção de empatia, na resiliência e na adaptabilidade aos diferentes contextos clínicos que a PSC se insere. Sendo estes, ambientes de elevada complexidade clínica e simultaneamente de elevada pressão psicológica e emocional, é fundamental adquirir uma postura de liderança humanizada, que promova tomadas de decisões mais ponderadas e assertivas, que corroborem em segurança e confiança por parte da PSC, da sua família ou convivente significativo.

Em jeito de conclusão, no culminar deste curso, foi evidenciada a capacidade de intervir como Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por meio da mobilização permanente de conhecimento científico, competências comunicacionais, relacionais, éticas e emocionais, que pretendem potenciar ganhos em saúde e projetar a disciplina de Enfermagem para uma lógica contínua de desenvolvimento e integração de liderança e inovação das equipas.

CONCLUSÃO

O presente relatório constitui a conclusão desta trajetória acadêmica, tendo sido uma oportunidade fundamental de reflexão sobre um percurso de aprendizagem e evolução contínua. O propósito principal centrou-se na realização de uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSC. Esta apreciação permitiu integrar o conhecimento teórico com a prática clínica e o contributo da IE na qualificação do perfil profissional do EE.

A concretização dos diferentes ensinamentos clínicos demonstrou ser decisiva para o desenvolvimento profissional e pessoal, na prestação de cuidados diferenciados e especializados à PSC e à sua família. A consolidação das competências técnico-científicas com as competências relacionais, comunicacionais e emocionais permitiu sustentar o exercício do EEEMCPSC e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e expandir a visão enquanto profissional de saúde sobre o cuidado à PSC. Deste modo, confirma-se a concretização integral dos objetivos inicialmente proposto neste relatório e o alcance pleno de todas as metas formativas definidas.

Cuidar da PSC, exige uma abordagem integrada que combine a visão holística da pessoa, tendo por base o respeito pela sua individualidade e dignidade humana, com competências técnico-científicas altamente diferenciadas. Estas devem garantir uma monitorização rigorosa e manutenção contínua das funções vitais, com recurso a dispositivos médicos invasivos e técnicas/procedimentos avançados que estabilizem a iminência e/ou falência orgânica decorrentes de um estado de saúde crítico e complexo. Além disto, a prática exige outras competências que são igualmente imprescindíveis à prestação de cuidados à PSC e à sua família, no sentido de promover o estabelecimento de relações de confiança e suporte emocional. Esta conjugação, encontra-se destacada nas orientações nacionais, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 e constitui o eixo orientador da prática clínica diferenciada, capaz de responder de forma holística e segura às necessidades particulares da PSC/família.

Este curso de mestrado permitiu compreender a importância da articulação dos diferentes domínios, o técnico-científico juntamente com a dimensão humana do cuidado à PSC, reforçando a capacidade crítico reflexiva e a tomada de decisão baseada na evidência científica. O processo de aprendizagem e aquisição de competências revelou-

se fundamental para consolidar a identidade profissional enquanto futura EEEMCPSC e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, traduzindo uma evolução significativa no domínio da autonomia, da maturidade emocional e do compromisso ético e deontológico com a excelência dos cuidados.

No decorrer da elaboração deste relatório, refletiu-se criticamente sobre o impacto da IE na gestão das emoções, bem como na interpretação sensível das emoções da PSC e da sua família, reconhecendo o seu contributo para a melhoria dos resultados clínicos e para a qualidade da relação terapêutica.

A IE revelou-se uma ferramenta essencial no meu desenvolvimento como futura EEEMCPSC e traduziu o compromisso ético e humano com a segurança e o bem-estar da PSC e da sua família. Tal como refere Goleman (2010), as competências emocionais não se limitam a talentos inatos, mas constituem habilidades que podem e devem ser desenvolvidas, com o objetivo de alcançar desempenhos de excelência. Esta perspetiva salienta a intervenção do EEEMCPSC, como um elemento fulcral, capaz de integrar a empatia, a sensibilidade emocional e o raciocínio clínico, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Assim, o exercício profissional do EEEMCPSC é potenciado para uma prática mais humana, segura e diferenciada, uma vez que a sua atuação se encontra intimamente relacionada com a capacidade de reconhecer, regular e mobilizar as emoções no cuidado à PSC e à sua família.

Este percurso formativo não foi isento de desafios, especialmente no que diz respeito à conciliação entre a prática clínica e a realização das atividades académicas exigidas, quer da componente mais teórica, quer da componente prática de cada ensino clínico, com a adjuvante paralela da minha atividade laboral. Porém, as dificuldades foram ultrapassadas com sucesso, em virtude da minha resiliência, motivação e empenho, fruto não só da orientação contínua dos Enfermeiros Tutores e docentes da Escola, como também do meu próprio desenvolvimento de IE.

A elaboração deste relatório constituiu uma oportunidade de reflexão aprofundada sobre as experiências vivenciadas, alcançando uma compreensão mais robusta da intervenção diferenciada do EEEMCPSC e do papel do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foi a partir de articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares, a aplicação prática nos ensinamentos clínicos e o pensamento crítico-reflexivo, fundamentado na evidência científica mais atual, que

se consolidou a competência de prestar cuidados especializados à PSC e à sua família, independentemente do contexto institucional.

Conclui-se que o maior desafio de prestação de cuidados à PSC transcende a competência técnico-científica, exigindo, principalmente, respostas céleres e assertivas alinhadas com uma elevada capacidade ética, relacional e emocional. A IE revelou-se, por isso, um recurso imprescindível ao longo do percurso académico contribuindo de forma imprescindível para a assertividade na tomada de decisões assertivamente e para a autorregulação emocional em situações críticas e potencialmente conflituosas, assim como afirmar uma liderança clínica mais humanizada, promovendo a construção de novos paradigmas na prestação de cuidados à PSC e à sua família.

Portanto, o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE é indissociável do contributo da IE, uma vez que a eficácia do seu desempenho profissional depende de um desenvolvimento emocional robusto, fundamentado na resiliência, inovação e humanização intrínsecas ao exercício do EEEMCPSC e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Perspetiva-se, assim, a continuidade de um percurso profissional e académico orientado para a aprendizagem contínua, a investigação e a melhoria da qualidade dos cuidados, reafirmando a missão essencial do cuidado à PSC, que é atuar com ciência, consciência e compaixão, transformando a complexidade clínica numa oportunidade de crescimento e segurança para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association. (2020). *Diretrizes da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência*. https://cpr.heart.org//media/cprfiles/cprguidelinesfiles/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf

Baptista, G., Magalhães, B., Rodrigues, V., & Galvão, A. (2024). *Estratégias de comunicação do enfermeiro com o doente crítico em unidades de cuidados intensivos: Scoping review*. *Millennium- Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(Edição Especial N.º 15), e35355. <https://doi.org/10.29352/mill0215e.35355>

Bearare, S. C. (2025). *Inteligência emocional aplicada à liderança de equipes de elite: gestão humana em ambientes de alta pressão*. *Missões: Revista De Ciências Humanas E Sociais*, 11(1), 01–31. <https://doi.org/10.62236/missoes.v11i1.434>

Blot, S., Ruppé, É., Harbarth, S. J., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martín-Loeches, I., Póvoa, P., Bouadma, L., Timsit, J., & Zahar, J. (2022). *Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103227. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). *A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura*. *Investigação Qualitativa em Saúde*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:152211660>

Camelo, S. H. H. (2012). *Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100002>

Cantante, A. P. S. R., Martins, H. I. V., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). *Sistemas de saúde e competências do enfermeiro em Portugal*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 271–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. P. (2022). *Triagem de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam*. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), e21028 <https://doi.org/10.12707/RV21028>

Costa, MP e Lima, RF (2025). *Reflexões sobre o cuidado de enfermagem a pessoas em transição crítica: abordagem teórica e prática clínica*. Revista Brasileira de Enfermagem, 78(2), 115-123 <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-19315>

Crowne, K. A., Young, T. M., Goldman, B., Patterson, B., Krouse, A. M., & Proenca, J. (2017). *Leading nurses: emotional intelligence and leadership development effectiveness*. Leadership in health services (Bradford, England), 30(3), 217–232. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2015-0055>

Decreto-Lei n.º 43/2020 da Presidência do Conselho de Ministros. (2020, 21 de julho). Diário da República: Série I, n.º 140. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/43-2020-138461839>

Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde. (2002, 6 de março). Diário da República: 1.ª Série-B, n.º 55, 1865–1866. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002>

Despacho n.º 4320/2013. (2013). Diário da República, 2.ª Série, n.º 59. *Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/4320-2013-2671340>

Despacho n.º 2757/2017. (2017). Diário da República, 2.ª Série, n.º 66, 6153–6154. Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2757-2017-106803138>

Despacho n.º 10901/2022. (2022). *Diário da República, 2.ª Série, n.º 174*, 93–99. Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Diário da República. (2015). Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto: *Define as bases da prestação de cuidados de saúde e os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/80-2015-69927759>

Diário da República, 1.ª série, n.º 149, pp. 5311–5326. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/80-2015-70067541>

Diário de República (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, 1.ª série, n.º 157, pp. 4147–4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-1574147>

Diogo, P. (2012). *O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão*. *Salutis Scientia- Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, (4). <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30937>

Diogo, P. (2020). *Sobre as emoções humanas e o cuidar de Enfermagem*. *Pensar Enfermagem*, 23 (2), 1–3. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i2.158>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma de Orientação Clínica n.º 011/2013 – Abordagem da Transfusão Maciça*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-orientacoes/norma-0112013-de-29102013-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 52 (15 de março de 2016). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/52-2016>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Norma 001/2017- Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desaudef.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030*. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2021>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 019/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022): “*Feixe de intervenções*” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Autor. <https://normas.dgs.min-saude.pt/norma/0192015-de-07122015-atualizada-a-29082022>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 020/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022): “*Feixe de intervenções*” para a prevenção da infeção do local cirúrgico. Autor. <https://normas.dgs.min-saude.pt/norma/0202015-de-07122015-atualizada-a-29082022>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 021/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022): “*Feixe de intervenções*” para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Autor. <https://normas.dgs.min-saude.pt/norma/0212015-de-07122015-atualizada-a-29082022>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 022/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022): “*Feixe de intervenções*” para a prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central. Autor. <https://normas.dgs.min-saude.pt/norma/0222015-de-07122015-atualizada-a-29082022>

European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). (2019). *Health care associated infections acquired in intensive care units: annual epidemiological report for report*. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdfhttps://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units: Annual epidemiological report for 2020*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-acquired-intensive-care-units-annual>

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

Gabr A. K. (2019). *The importance of nontechnical skills in leading cardiopulmonary resuscitation teams*. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(2), 112–116. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2019.205>

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Nova York: Bantam Books. ISBN 13: 9780553840070

Goleman, D. (2012, setembro). *Inteligência emocional* (17.^a ed.). Temas & Debates. (Obra original publicada em 1995). ISBN 978-989-644-090-9

Gomes, T. F., Maidana Júnior, J. N., Ribeiro, E., Hoffmann, E. da R., Rech, G., Souza, J. S. M., Visentin, A. P., & da Silva, A. P. (2025). Checklist de cirurgia segura: Importância e aplicação na enfermagem. *Asclepius International Journal of Scientific Health Science*, 4(8). <https://doi.org/10.70779/aijshs.v4i8.268>

Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Hashmi, S., Tahir, O., Nasir, Z., Hasnain, H., Ullah Riaz, R. S., Ali Khan, H. M., Ramza, R., Alghzawi, H. M., Mukherjee, J., & Palav, A. (2024). *Impact of Emotional Intelligence on Professional Performance and Stress Resilience Among Healthcare Practitioners*. *Cureus*, 16(11), e74113. <https://doi.org/10.7759/cureus.74113>

International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing: Version 2.0*. Author.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS* (1a edição)

Lei n.º 27/2006 do Ministério da Educação. (2006, 3 de junho). *Diário da República: Série I, n.º 126*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/27-2006-684601>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015, 16 de setembro). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 28*. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019, 4 de setembro). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 169*, 55–66. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019>

Lewis, T., Merchan, C., Altshuler, D., & Papadopoulos, J. (2019). *Safety of the Peripheral Administration of Vasopressor Agents*. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(1), 26–33. <https://doi.org/10.1177/0885066616686035>

Lopes, P. N., Salovey, P., & Straus, R. (2003). *Inteligência emocional, personalidade e a qualidade percebida dos relacionamentos sociais*. *Personalidade e Diferenças Individuais*, 35 (3), 641–658. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00242-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00242-8)

Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). *Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. *Revista Servir*, 69(2), 20–31. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>

Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Batista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). *Comunicação de más notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa*. *Servir*, 2(04), e28390. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–18.

Moniz, P., Fustiga, J., Herculano, M. M., & Póvoa, P. (2024). *Otimização do uso de antibióticos na unidade de terapia intensiva: como fazemos*. *Critical Care Science*. <https://doi.org/10.62675/2965-2774.20240017-pt>

Mora, M. S., Álvarez, B. L., Cabodevilla, A. A., & Vazquez-Calatayud, M. (2024). *Emotional intelligence of nurses in intensive care units: A systematic review*. *Intensive & Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103597>

Mororó, D. D. S., et al. (2017). *Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar*. *Ata Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). *Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review*. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Oliveira, Carolline. Mendes Ribeiro de, et al. (2023). *Ade et integral ao paciente crítico: Conduitas, práticas e reflexões*. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 8(6), 58–66. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/atencao-integral>

Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro: *Competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, pp. 8648–8653. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-113114>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Organização Mundial de Saúde e Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)*. Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Ornellas, T.C.F. (2023). *Aprendizagem ao longo da vida entre profissionais de enfermagem*. Scielo Portugal. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832023000100403

Pimenta, C., Pastana, I. C. A. S. S., Sichieri, K., Gonçalves, M. R. C. B., Gomes, P. C., Solha, R. K. T., & Souza, W. (2015). *Guia para construção de protocolos: Cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica*. <https://repositorio.usp.br/directbitstream/b5df8752-e889-49e1-a78e>

Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. da, & Ferreira, F. M. P. B. (2023). *Competências de liderança do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Direção-Geral da Saúde.

Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011, 18 de fevereiro). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 35, 8656–8657*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011>

Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015, 26 de junho). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 123, 17240–17243*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018, 16 de julho). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 135*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 de fevereiro). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 26*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019, 25 de setembro). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 184*. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Rocha, F., & Faneca, R. M. (2022). *As potencialidades do kamishibai plurilingue na educação para a diversidade cultural*. *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, 9(1), 31–49. <https://doi.org/10.21814/rlec.3610>

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Santos, TR, & Almeida, CF (2025). *Ética e responsabilidade emocional na prática do enfermeiro especialista: uma revisão integrativa*. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 9(1), 33-42. <https://doi.org/10.1590/revenc.2025.09103>

SG4NS – Universidade do Minho. (2023). *Manual de Competência Emocional* (1.ª ed.). Universidade do Minho. <https://doi.org/10.21814/1822.87373>

Silva, G., Felício, L. H. B., da Silva, N. L. D., & Ramos, E. F. (2024). *Desafios da assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(10), 3733–3742. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p3733-3742>

Silva, MCS e Oliveira, LB (2018). *Comunicação em alçada fechada e código azul na unidade de pronto atendimento: um relato de experiência*. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 241-246. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7424187.pdf>

Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faisca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). *Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 25, 1-10 <https://doi.org/10.19131/rpesm.0296>


Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F. M., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Ferreira de Melo, R. S. (2016). *O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva*. *Revista Recien- Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 19–23. <https://doi.org/10.24276/rrecien23583088.2016.6.17.19-23>

Xavier, S., Nunes, L., Lima Basto, M. (2014). *Competência emocional do enfermeiro: A significação do constructo*. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 24–38. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.93>

Yerke, JR, Mireles-Cabodevila, E., Chen, A., Baixo, SN, Reddy, AJ, Bauer, SR, Kokoczka, L., Dugar, S., & Moghekar, A. (2023). *Administração periférica de norepinefrina: um estudo observacional prospectivo*. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2023.08.019>

APÊNDICES

APÊNDICE I – MODELO DE INSTRUÇÃO DE TRABALHO (*Checklist* STEMI)

 ULSGE	Instrução de Trabalho Modelo de Instrução de Trabalho	CÓDIGO IT
---	--	-----------

1. Objetivos

a) Utente:

1. Garantir uma resposta rápida, eficiente e segura no atendimento à pessoa com STEMI (Enfarte Agudo do Miocárdio Com Supradesnivelamento do Segmento ST) no Serviço de Urgência;
2. Reduzir o tempo entre o diagnóstico de STEMI e o acesso ao procedimento de ICP (Intervenção Coronária Percutânea), minimizando o risco de complicações;
3. Assegurar que o Pessoa/Família recebem informações claras sobre o procedimento e os cuidados subsequentes.

b) Profissionais:

1. Promover uma abordagem padronizada e sistemática no atendimento à Pessoa com STEMI;
2. Melhorar a coordenação entre os profissionais do Serviço de Urgência e da Unidade de Diagnóstico e Intervenção Coronária (UDIC);
3. Assegurar a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas.

c) Organização:

1. Padronizar e facilitar o fluxo da Pessoas com STEMI desde o atendimento inicial até a sala de ICP, reduzindo o tempo de espera;
2. Promover a utilização de recursos humanos e materiais de maneira eficaz;
3. Garantir que todos os profissionais envolvidos estão alinhados com as normas e diretrizes da DGS, OMS e a Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

2. Âmbito

Transversal Hospitalar Cuidados de Saúde Primários

d) Destina-se a:

1. Pessoas com diagnóstico de STEMI em situação crítica no Serviço de Urgência, necessitando de ICP;
2. Equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência.

3. Descrição

- a) O objetivo desta instrução de trabalho é descrever, em forma de checklist, uma sistematização da intervenção da equipa médica e equipa de enfermagem. O intuito é avaliar, estabilizar e preparar

a pessoa com diagnóstico de STEMI no Serviço de Urgência e assegurar que o fluxo, até à UDIC, seja eficiente e seguro.

4. Documentação associada

- World Health Organization (WHO) – *Integrated Care for Acute Myocardial Infarction*. Relatório publicado sobre o manejo de doenças cardiovasculares em ambientes de urgência. Disponível em: [WHO Cardiovascular Disease Guidelines](#)
- Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) – *European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-Segment Elevation* (2020). Disponível em: ESC STEMI Guidelines
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia – *Consenso sobre a abordagem do infarto do miocárdio com elevação do segmento ST* (2017). Disponível em: [Sociedade Portuguesa de Cardiologia](#)
- Direção-Geral da Saúde (DGS) – *Consentimento Informado para Procedimentos de Saúde*. Manual e recomendações de boas práticas. Disponível em: [DGS Consentimento Informado](#)

5. Responsabilidades

Intervenção	Responsável	Confirmação
1. Avaliação clínica inicial e confirmação do diagnóstico através de ECG 12 derivações e anamnese	Médico	
2. Monitorização de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio).	Enfermeiro	
3. Colocação de acesso venoso periférico e colheita de amostras para exames laboratoriais (troponina, hemograma, bioquímica e estudo da coagulação)	Enfermeiro	
4. Estabilização hemodinâmica: <ul style="list-style-type: none"> • Controle da tensão arterial (antihipertensores/terapêutica vasopressiva) • Oxigenoterapia se SaO₂<90% ou PaO₂<60% mmHg; • Controlo da dor, ansiedade (Opióide, ex. Morfina EV); • Considerar sedação e/ou intubação orotraqueal, se instabilidade hemodinâmica; • Seriar Gasometria Arterial, se instabilidade hemodinâmica; • Correção de desequilíbrio eletrolítico (potássio, cálcio, magnésio, sódio), se necessário 	Médico/Enfermeiro	
5. Administração de terapêutica antiplaquetária/antiagregante conforme	Médico/Enfermeiro	

protocolo (ex.:AAS, Ticagrelor/Clopidogrel/Prasugrel, Heparina Não Fracionada)		
6. Preparação para transporte seguro para a sala de Hemodinâmica	Enfermeiro	
7. Comunicação com a equipa da Hemodinâmica sobre a situação clínica da Pessoa	Médico /Enfermeiro	
8. Disponibilizar e assegurar o consentimento livre e esclarecido (CIEL) ou assumir o consentimento presumido, quando aplicável	Médico	
9. Assegurar material essencial ao transporte da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> • Desfibrilhador/Monitor • Ventilador portátil (se necessário) • Bala de oxigénio; • Mala de transporte 	Médico/Enfermeiro	
10. Monitorização contínua durante o transporte até à UDIC	Enfermeiro	
11. Assegurar passagem de informação clínica pela técnica de comunicação ISBAR e ABCDE	Enfermeiro	
12. Revisão dos dados da Pessoa (exames, medicação administrada e diagnóstico) antes da ICP	Médico	

Versão	Data	Alterações
Elaboração		
Validação		
Aprovação		Atualização decorrente do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

Publicação	Revisão	Classificação	Página
			3 de 19

APÊNDICE II - REFLEXÃO METODOLOGIA DO CICLO DE GIBBS

O ensino clínico constitui uma etapa importante, no desenvolvimento de competências ao longo de um processo acadêmico, independentemente do curso que o estudante se encontra a frequentar. O contexto em si, proporciona ao estudante um contacto com a realidade, vivenciando experiências de aprendizagem e desenvolvimento profissional, assim como uma interação direta, nos diferentes momentos de transição saúde-doença que a Pessoa se encontra.

O ciclo reflexivo de Gibbs torna-se então num dos instrumentos utilizados no contexto de ensino clínico em Enfermagem, uma vez que a sua estrutura sistemática e prática proporciona uma reflexão sobre as experiências clínicas, permitindo ao estudante/profissional uma avaliação sobre as mesmas, cujo objetivo é uma apreciação do seu desempenho e integração de teoria e prática. Este, é composto por seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação (Gibbs, 2013).

Neste sentido, o episódio que passo a relatar segue a metodologia supracitada e encontra-se integrado no Ensino Clínico II - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, do curso 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de especialização Pessoa em Situação Crítica.

1ª ETAPA - descrição

No decorrer de um turno no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) da ULSGE, pude vivenciar, sob o ponto de vista de aluna do Mestrado e enquanto profissional de saúde, algo extremamente importante, que passo a citar:

Mulher, de quarenta e seis anos de idade, com diagnóstico de Hemorragia Subaracnoídea (HSA), internada há cerca de 7 dias na ala C, do SMIP, correspondente à área médica de neurocríticos. No momento, da realização deste turno, encontrava-se em ventilação espontânea, sem aporte de oxigénio, apesar de tendência para hipertensão, controlada com terapêutica e hemodinamicamente estável. Apresentava score =15 na Escala de Coma de Glasgow, com pupilas fotorreativas, simétricas com diâmetro entre 3,5 e 4mm. Na presença ainda de alguns dispositivos médicos, particularmente, de cateter arterial e cateter urinário. Nesta fase já autónoma em alguns autocuidados, como

alimentar-se, beber, posicionar-se, sendo que os restantes se encontram em evolução favorável e com grau de dependência moderada a reduzida.

À minha primeira observação encontra-se apreensiva, principalmente, à nossa aproximação, demonstrando alguma inquietude e ansiedade tipicamente compatível com o “síndrome de bata branca”. Também demonstrou humor deprimido e alguma preocupação com a sua família, visto que é mãe de gémeos, com 6 anos de idade, sendo que um dos meninos com necessidades especiais.

Na passagem de turno, a colega transmitiu que a utente tinha referido que naquele dia, 21 de Janeiro, era o aniversário do marido e que lamentavelmente não poderia festejar junto da sua família. A minha enfermeira tutora equacionou a hipótese a visita ser na presença dos filhos e marido e, por isso, comunicamos com o médico responsável pela senhora, no sentido, de todos estarmos de acordo na concretização deste feito. Salientando que os intervenientes teriam de estar de acordo, ou seja, a utente e o marido, nós equipa de enfermagem confortáveis com o acompanhamento da visita, no caso equipa constituída pela minha enfermeira tutora e especialista em médico-cirúrgica área da pessoa em situação crítica e eu, no papel de aluna do mestrado e também enfermeira generalista.

Foi comunicado a hipótese à Senhora que apesar de feliz, mostrou receio sobre a sua reação, não querendo despoletar emoções que incorressem em complicações ao seu quadro clínico e também com a reação dos meninos. De imediato, procedi à explicação de que na fase onde se encontrava os riscos eram mínimos e seriam controlados, que estaria sempre acompanhada pelas enfermeiras e que o risco-benefício seria francamente menor relativamente ao impacto positivo e terapêutico que teria a visita. Demos espaço, para que isoladamente tomasse a decisão. Contudo, sempre que trocávamos olhares naquele “open space”, que caracteriza a ala C do SMIP, tentei transmitir confiança com o meu sorriso, segurança como meio de incentivo a sua decisão, inclusive na hora do lanche, aquando da administração terapêutica reforcei a comunicação terapêutica, desmistificando os seus receios e reforçando o lado positivo que traria a sua evolução clínica aquele tão esperado reencontro. E após alguns minutos e assim que se sentiu segura, decidi favoravelmente, o que levou a que comunicássemos telefonicamente com o marido para orientar a vinda à Unidade Hospitalar com os filhos.

Na hora da visita, orientamos uma cadeira de rodas, visto que a senhora já havia feito levantar para o cadeirão e organizamos o material para que visualmente não tivesse um impacto negativo para as crianças e de forma a conseguir colocá-los no colo se assim desejasse. Neste momento, aumentou ligeiramente a sua frequência cardíaca e perfil tensional até à altura em que viu e abraçou a sua família, pelo que após cerca de 5 minutos do início da visita os sinais vitais apresentaram-se estáveis, com valores que não havia obtido durante o internamento.

A reação dos meninos, foi de pura felicidade, independentemente, da vergonha e de estarem num ambiente constrangedor e desconfortável.

A visita decorreu numa sala especialmente dedicada a situações como estas ou de comunicação de más notícias, local com cadeiras, mesa e discreto. Junto da mesma, fica um espaço com cacifos, local onde as visitas podem deixar os seus pertences, um wc e um hall com sofás, que funciona como sala de espera para as visitas. Foi neste local, com visão sobre a monitorização contínua que ficamos a vivenciar este momento feliz e tão importante ao bem-estar psicossocial, emocional e espiritual da PSC.

2ª ETAPA - Sentimentos

Inicialmente, senti-me dividida, visto que não conheço bem o espaço físico da unidade, que permitisse atuar rapidamente caso ocorresse alguma descompensação e por não ter familiaridade com este tipo de patologia crítica, pela sua especificidade. Acentuando assim, por um lado a minha preocupação nos potenciais riscos associados à visita e por outro, na responsabilidade de proporcionar bem-estar emocional à Pessoa. Ao mesmo tempo, senti-me desafiada em contribuir positivamente, numa situação que traria um impacto emocional muito positivo não só a doente como à sua família.

Considerando, também que a nós, enquanto equipa de enfermagem, também nos proporcionaria uma sensação de gratificação por fazermos parte de algo tão inspirador, como o vivenciar do vínculo materno. Não obstante à ansiedade inicial, fiquei orgulhosamente da minha capacidade de comunicação terapêutica, ao compreender que a Senhora aos poucos demonstrava maior confiança, consentindo a nossa orientação com tranquilidade, levando à sua tomada de decisão informada e segura.

Durante a visita senti-me especialmente emocionada ao testemunhar aquele reencontro familiar, sem perder o foco na contínua observação e monitorização de sinais vitais, assim como na deteção precoce de possíveis manifestações de complicação. Para além disso, pude interagir com as crianças, desmistificando a ideia de que o hospital é apenas um lugar de sofrimento, mostrando-lhes que ali também é possível vivenciar momentos felizes e de esperança. No final da visita, o sentimento, sem sombra de dúvida de realização profissional e de gratificação pessoal em ter contribuído eficazmente para o bem-estar psicológico e emocional não só da PSC como da sua família.

3ª ETAPA - Avaliação

Nesta etapa da metodologia de reflexão do ciclo de Gibbs vou subdividi-la em duas partes, uma vez que nada de errado ocorreu, porém há sempre algo a melhorar. Assim sendo o que correu bem:

- A comunicação em saúde, ou seja, entre os profissionais de saúde que compõe a equipa multidisciplinar, na qual me senti totalmente incluída, promovendo uma tomada de decisão assertiva, de forma a validar e organizar a visita;
- A comunicação terapêutica com a PSC, através de uma abordagem segura e eficaz, ajudando ao desenvolvimento de uma relação de confiança e desmistificando os receios iniciais da mesma;
- A organização dos dispositivos de forma a diminuir o impacto visual das crianças e também para facilitar o acesso ao carinho entre todos. O facto do SMIP, especificamente, a ala C, ser dotada de uma sala para situações mais delicadas, revela um enorme avanço na humanização dos cuidados de saúde em Portugal e na integração da família como um elemento favorável à evolução do estado clínico da PSC.
- O impacto positivo do bem-estar fisiopatológico da utente, pela melhora dos sinais vitais, bem como do estado emocional, alterando o estado de humor positivamente.

Tal como referi anteriormente, considero que há pontos que podem ser melhorados, nomeadamente:

- Um debriefing junto da utente, após a visita poderia ter ocorrido, no sentido de criar um ambiente de escuta ativa e partilha de emoções. Um feedback detalhado do que vivenciou, poderia contribuir para uma melhoria na organização, aquando de uma situação semelhante, em direção a transposição de barreiras caso a utente detetasse alguma;

- O planeamento da visita com as crianças, poderia ter sido organizado atempadamente e não no próprio dia, no sentido de facilitar a integração das mesmas no meio hospitalar e a própria logística familiar, dada a situação de uma deles ser totalmente dependente.

4ª ETAPA - Análise

Refletindo sobre o sucedido, penso que cada vez mais caminhamos rumo a uma integração eficaz da família ou convivente significativo nos cuidados à PSC, compreendendo que mesmo que a pessoa não possa responder por presença de dispositivos médicos ou sedação, naquele momento a família sentir-se parte integrante dos cuidados facilita não só o fortalecimento de laços afetivos, mas também a humanização dos cuidados prestados.

Há evidência científica que comprova que a recuperação e evolução favorável da PSC, numa Unidade de Cuidados Intensivos, é influenciada não só pela prestação adequada e eficaz dos cuidados de saúde, mas também do envolvimento familiar, uma vez que melhora positivamente o bem-estar emocional e psicológico da pessoa. Este caso, demonstra claramente esta indício, visto que a aproximação dos familiares da utente contribuiu para a redução da ansiedade e da estabilização hemodinâmica, perspetivando assim a visão holística do doente.

Outro ponto que considero importante referir é, o facto de a PSC não se sentir tão isolada, visto que em cuidados intensivos as unidades são individualizadas e distanciadas umas das outras, com esta proximidade não só quebra o preceito de isolamento como promove o envolvimento da família nos cuidados à PSC de uma forma singular. Neste caso, a presença da família trouxe conforto à senhora e ainda ajudou a desmistificar a visão do meio hospitalar como

algo negativo, apara algo terapêutico e seguro, que para a utente, quer no caso para as crianças.

A minha ideia de que a comunicação terapêutica é um ponto-chave na evolução de qualquer doente de forma promissora, foi reforçada após este episódio. Esta é a base de uma relação terapêutica, a partir da comunicação, os profissionais de saúde conseguem construir uma conexão confiável, minimizar o impacto da ansiedade e dos receios associados à doença.

Por fim, analiso e concluo que a minha postura, expressão facial, tom de voz e as palavras encorajadoras foram essenciais a uma tomada de decisão seguro e informada por parte da utente. Refletindo como pequenos gestos podem ter um impacto tão positivo na vida do outro.

5ª ETAPA - Conclusão

A partir da execução desta mesma reflexão e da situação em si, compreendi melhor a relevância da integração do contexto familiar no plano de cuidados do doente, mesmo que em situações críticas. Afinal parte de nós são uma parte daquilo que a nossa família desenvolveu e não pode ser uma unidade hospitalar a quebrar este vínculo que se inicia ainda na nossa conceção enquanto seres humanos.

Ainda assim, penso que o momento pós visita poderia ter sido melhor aproveitado por mim, principalmente enquanto aluna, visto que o suporte emocional na PSC no processo de transição de cuidados, é algo que pretendo explorar e aprofundar, neste meu curso de mestrado.

6ª ETAPA – Plano de ação

Futuramente, em situações semelhantes, que possa ter a oportunidade de intervir, pretendo planear de forma mais proativa a vista em si, ou seja, antes da mesma ocorrer, gostaria de conceber estratégias que resultem numa otimização do impacto emocional de todos (pessoa/família), que reduzam possíveis desconfortos e orientam a família atempadamente, como a dinâmica das crianças neste caso em particular.

Uma vez mais, reforço o acompanhamento pós visita ou intervenção à semelhança desta que descrevi. Implementarei uma espécie de entrevista, com questões que permitem alcançar pontos fulcrais à exposição de sentimentos, partilha de emoções, por meio de uma observação detalhada da mudança de comportamentos da PSC, do seu estado clínico.

Por ser uma área de elevado interesse pessoal e profissional, irei investir na formação de comunicação terapêutica ou promover o acontecimento de situações como estas, com o intuito de conhecer as melhores estratégias de humanização de cuidados e melhorar a minha performance enquanto enfermeira a exercer funções numa unidade de cuidados intensivos. Assim, conseguirei um compromisso maior por parte de toda a equipa multidisciplinar em práticas que corroboram no bem-estar psicossocial, emocional e espiritual da PSC e garante uma integração eficaz da família ou convivente significativo na humanização dos cuidados prestados, tornando isto numa prática cultural das unidades de cuidados intensivos.

APÊNDICE III – REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO DE GIBBS

Nesta reflexão apresento um episódio sob a perspectiva metodológica do ciclo de Gibbs integrada num Ensino Clínico, 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de especialização Pessoa em Situação Crítica.

1ª Etapa - Descrição

Nesta etapa pretende-se descrever o que aconteceu, quem se encontrava presente, onde e quando aconteceu e por fim, que ações foram tomadas.

Mulher de 80 anos, acompanhada pela neta, triada com pulseira amarela, encontrava-se precisamente na área amarela, em cadeira de rodas, a aguardar observação médica. À passagem de um senhor técnico auxiliar médico, a neta pede auxílio referindo que a avó não se está a sentir bem, este por sua vez, pede auxílio ao médico mais próximo. O médico refere “essa senhora tem de ser encaminhada imediatamente para a Sala de Emergência (SE)”, prontamente o Técnico Auxiliar de Saúde (TAS), empurrando rapidamente a cadeira de rodas até à SE, na perspectiva que o Médico o acompanhasse e ativa-se a equipa que estaria naquele turno destaca para cuidados emergentes. Quando dá conta estava sozinho na SE e repara que a senhora se encontrava em PCR, pede auxílio à primeira pessoa que surge, sendo esta uma colega de profissão. Os dois, autonomamente colocam o plano rígido de Suporte Básico de Vida (SBV), deitam a senhora na maca e iniciam SBV. A SE é composta por uma espécie de sirene que a caracteriza como SE situação de PCR, no entanto, o som que imite é igual ao do WC que é tocado para pedido de ajuda, tornando a distinção do som emitido um entrave grave ao discernimento das diferentes situações. Com este facto, algumas vezes foi tocada a campainha no wc e a equipa de emergência foi rapidamente à SE e nada sucedera. Continuando a exposição do episódio, um dos TAS tocou a ronca e foi nesse momento que a equipa de Enfermagem surgiu rapidamente na SE, juntamente com o médico responsável pela SE naquele turno e iniciaram Suporte Avançado de Vida (SAV). Após o 6º ciclo de SAV, por segundos é palpado pulso, mas rapidamente volta a entrar em ritmo compatível com assistolia elétrica sem pulso e após mais dois ciclos o médico questiona os presentes se alguém se opõe à decisão de suspender SAV, todos concordam com a decisão. Está na sala de espera do serviço de urgência, jovem cerca de 22 anos de idade que viu a avó a sentir-se mal e nada mais sabe até então.

2ª Etapa – Sentimentos

Nesta etapa é suposto refletir sobre o que senti ao participar do evento, que sentimentos e emoções despertou ao lidar com a emergência e complexidade do ambiente e por fim, se estava preparada para o que era exigido. Ao participar deste episódio, senti uma mistura de emoções que variaram conforme o desenrolar dos diferentes timings da emergência.

Quando ouvi o som inicial da sirene da SE, confundi-o com a campainha do WC, já que, até aquele momento, eu não sabia que havia uma ronca específica para emergências na SE. Esse equívoco gerou um momento de hesitação e leve desconforto, pois percebi a importância de conhecer os sinais e os sistemas do ambiente em que estou inserida. Felizmente, a minha colega de curso percebeu a urgência e me chamou para participar da situação, o que foi muito gentil da sua parte e por outro, lado crucial para que eu pudesse integrar a equipa multidisciplinar na situação de urgência.

Inicialmente, ao perceber a gravidade do estado da Pessoa, senti um sentimento de responsabilidade, acompanhada de uma sensação de urgência e foco na minha prestação para que fosse eficaz. Por outro lado, senti um certo alívio não só, ao observar que a equipa que já se encontrava na SE a executar SAV, estava muito bem organizada e focada em salvar a Senhora, assim como na constatação de ser um momento de aprendizagem com profissionais experientes e qualificados.

Enquanto participava no SAV, integrada como mais um elemento na equipa multidisciplinar senti que, mesmo sendo mais uma Enfermeira em contexto de estudante da Especialidade, a minha presença era importante e isso aumentou minha confiança e determinação em dar o meu melhor na emergência.

Quando o médico tomou a decisão de interromper o SAV após múltiplos ciclos sem resposta, encarei a sua decisão com serenidade e compreensão, pois ficou evidente que era a decisão mais correta e sensata, baseada nos critérios éticos e clínicos.

Posteriormente, refleti sobre a Neta da Senhora que aguardava sozinha na sala de espera sem saber o desfecho da situação e esse momento trouxe um sentimento de empatia e a

certeza da relevância de uma comunicação terapêutica e empática seria fulcral para atender às futuras necessidades daquele familiar.

Este episódio elevou a importância de conhecer rigorosamente o ambiente clínico (estrutura e organização) e de estar preparada para atuar em situações emergentes. Contudo, reforçou a relevância do meu projeto de autoformação, cujo foco está no suporte emocional na Pessoa em Situação Crítica (PSC) com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), não obstante a esta particularidade da minha seleção esta situação em si, evidência a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de atuação à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC). Dado que mostra como a intervenção do EEEMCPSC é crucial, no processo de transição de saúde-doença imprevisível e crítica, focada no cuidado humanizado, garantindo que as necessidades emocionais e psicológicas da Pessoa/Família sejam atendidas, mesmo em cenários desafiadores como este.

3ª etapa - Avaliação

Nesta etapa é importante avaliar o que funcionou bem e o que não resultou tão bem, como a equipa se comportou, ao nível da comunicação, eficácia e seguimento de protocolos.

Considero que nesta situação destaco pontos muito positivos e pontos que podem ser aprimorados. Um dos pontos positivos foi a rápida atuação dos TAS, que reconheceram a gravidade da situação, atuaram e executaram SBV. Também foram eficazes ao chamar por ajuda (ronca) o que permitiu que a equipa de Enfermagem chegasse rapidamente e implementasse os protocolos estabelecidos, como o SAV de forma coordenada.

Outro ponto positivo, foi ser um episódio de aprendizagem para mim, enquanto estudante, embora numa fase inicialmente hesitante com o som de alarme da SE, posteriormente fui capaz de me integrar na equipa multidisciplinar e contribuir no ambiente que já estava imposto, cujo objetivo foi maximizar a eficácia da prestação, mesmo sendo uma situação de alta pressão.

Pontos menos fortes e que podem ser melhorados são, a semelhança do som da ronca com a campainha do WC, uma vez que gera confusão e hesitação por parte dos profissionais de saúde. A alteração do design do som de alerta da SE, pode aumentar a eficácia na identificação de situações de emergência. Outro ponto menos positivo foi a falha de comunicação inicial, entre os profissionais de saúde, especialmente porque o TAS chegou sozinho à SE. O primeiro médico observou e identificou o evento como crítico, seria crucial ter acompanhado o TAS até à SE, dado que decretou essa prioridade e mais rapidamente se iniciasse um atendimento diferenciado. Este facto sugere uma fragilidade no processo de atuação em situações emergentes e reforça a importância da comunicação clara.

APÊNDICE III – GRELHA DE AUTORREFLEXÃO: MODELO DE GOLEMAN

S E M A N A	Autoconsciência: Que emoções identifiquei em mim? Como influenciaram a minha prática?	Autorregulação: Como geri as minhas emoções? Que estratégias usei?	Motivação: Que desafios enfrentei e como mantive o foco e a proatividade?	Empatia: De que forma compreendi e respondi às emoções dos outros (utente/família/equipa)?	Competências Sociais: Como comuniquei e colaborei com a equipa de forma eficaz?
1/2	Identifiquei sentimentos de insegurança, receio de falhar e com alguma necessidade de aprovação. Estive mais contida, observadora, e cuidadosa nas ações.	Procurei manter a serenidade através da escuta ativa (tutora e equipa) e da preparação prévia para os turnos. Falei com a tutora para confirmar decisões e procurei feedback para ganhar confiança.	Desafios na adaptação ao ambiente e ao ritmo da unidade. Mantive uma atitude disponível, com iniciativa, e registava tudo para refletir posteriormente.	Estive especialmente atenta às reações dos utentes e da equipa. Tentei ajustar o meu comportamento conforme percebia sinais de desconforto ou de apoio por parte dos outros.	Comunicação maioritariamente passiva, mas respeitosa. Apoiei as decisões da equipa e iniciei pequenas interações para integrar-me melhor. Ainda com hesitação nas sugestões.
3/4	Comecei a reconhecer momentos em que a minha ansiedade surgia em situações mais exigentes, mas também percebi uma crescente autoconfiança. Consegui identificar pensamentos limitadores e substituí los por uma atitude mais racional e focada na aprendizagem.	Utilizei estratégias de gestão emocional mais conscientes, como fazer pausas breves para recentrar-me e refletir antes de agir. Notei maior controlo sobre impulsos emocionais, o que me permitiu manter a calma perante adversidades.	Senti maior envolvimento com as tarefas e um sentido de propósito mais claro. A curiosidade e o desejo de aprofundar conhecimentos foram motores para me manter ativa na procura de novas aprendizagens e melhoria contínua	Passei a estar mais disponível para ouvir as preocupações dos utentes e das famílias, com atenção genuína às suas emoções. Comecei a antecipar reações emocionais e a adaptar a minha abordagem comunicacional em função disso.	Comecei a participar mais ativamente nas decisões da equipa, expressando as minhas opiniões com respeito e segurança. Senti uma maior integração, fruto de uma comunicação mais assertiva e colaborativa.
5/6	Reconheço agora padrões emocionais em mim	A autorregulação tornou-se mais natural. Consigo	Sinto-me mais autónoma e motivada	A minha escuta ativa tornou-se mais eficaz,	Passei a articular-me com mais fluidez com

	perante diferentes desafios. Consigo antecipar as minhas reações e geri-las com mais maturidade, o que tem tido impacto positivo na minha intervenção.	manter o foco mesmo em contextos de maior pressão, tomando decisões com mais ponderação e reduzindo o impacto de emoções intensas no meu desempenho.	para assumir responsabilidades com segurança. O reconhecimento da equipa tem reforçado a minha motivação intrínseca e sentido de competência.	permitindo-me compreender melhor não só o sofrimento dos utentes, mas também as necessidades emocionais dos colegas em momentos de tensão. Comecei a ajustar o meu discurso para confortar e apoiar com mais sensibilidade.	diferentes elementos da equipa multidisciplinar. A assertividade, o respeito pelas hierarquias e a capacidade de iniciativa permitiram consolidar a confiança mútua.
7/8	Tornei-me mais reflexiva no momento, com capacidade de avaliar o impacto emocional das minhas atitudes nos outros. A autoconsciência emocional passou a ser uma ferramenta de autorregulação e de melhoria contínua.	Consigo lidar com emoções complexas como frustração ou tristeza sem que estas comprometam a qualidade do cuidado prestado. Mantenho uma postura equilibrada mesmo em contextos de fim de vida ou em decisões clínicas difíceis.	A motivação tornou-se mais sólida e sustentada por valores profissionais e humanos. Encaro os desafios como oportunidades de crescimento e valorizo a aprendizagem contínua como parte essencial da minha prática.	A minha empatia tornou-se mais profunda e intuitiva, com maior capacidade de me colocar no lugar do outro, mesmo em contextos emocionalmente exigentes. Sou capaz de apoiar o outro sem absorver emocionalmente a dor alheia.	Contribuí ativamente para um ambiente de trabalho colaborativo. Ajudei colegas em dificuldades, fui proativa na resolução de problemas e senti-me parte integrante da equipa. A comunicação passou a ser não só funcional, mas também relacional.
9	Consolidei uma postura profissional reflexiva e emocionalmente consciente. Sei reconhecer os meus limites e forças, o que me	Integrei a autorregulação emocional como parte do meu perfil profissional. Já não reajo impulsivamente e sou capaz de responder com	Sinto-me plenamente envolvida no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, motivada por prestar cuidados de excelência, com	Sou capaz de acolher o sofrimento alheio sem me perder nele, estabelecendo uma relação terapêutica que respeita os meus	Atuo com confiança, comunicação eficaz e espírito de equipa. Desenvolvi competências de liderança informal,


	permite atuar com segurança e autenticidade.	equilíbrio em situações de urgência ou stress.	conhecimento, ética e sensibilidade. A motivação é agora autossustentada e alinhada com os valores da profissão.	limites, assim como os da profissão. A empatia é agora um recurso seguro e presente em todas as interações.	assumindo iniciativas quando necessário e apoiando os colegas com espírito cooperativo e respeito mútuo.
--	--	--	--	---	--

APÊNDICE IV -. CARTAZ INFOGRÁFICO SOBRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Inteligência Emocional ao Ritmo do Cuidar

Para além da técnica o sentir que cuida

Avaliação Inicial
Autoconsciência



"Reconheço o que sinto. Para poder reconhecer o que o outro sente."
Diogo, 2020

Decisão Clínica
Regulação Emocional

"A razão guia a técnica. A emoção sustenta a decisão."
Benner & Wrubel, 1989

Comunicação com Pessoa/Família
Empatia


"Falar é técnico. Ouvir é terapêutico."
Goleman, 2010

Reflexão e Cuidar de Si
Competência emocional

"Cuidar do outro começa com a coragem de me cuidar."
Lopes et al., 2022

Momentos de Crise
Presença Terapêutica

"Mesmo no silêncio, a minha presença comunica segurança."
Silva et al., 2024



Criado com carinho por uma Enfermeira, em formação que acredita no poder da emoção
Ana Loureiro
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A Emoção que também Cuida

Os 4 Pilares da Inteligência Emocional

(Adaptação de Goleman ao contexto da área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Autoconsciência
Reconhecer o que sinto permite-me cuidar com intenção.



Gestão Emocional
Gerir emoções não é anulá-las, é canalizá-las para cuidar melhor.



Consciência Social (Empatia)
Compreender o outro é escutar com o coração, mais do que com a audição.



Gestão de Relações
As relações terapêuticas constroem-se com presença e uma mão que ampara."



Na unidade cardíaca, o coração do cuidado não é só o que monitorizamos é o que sentimos, reconhecemos e validamos.
A técnica sustenta a vida. A emoção mantém a dignidade
No final... "As pessoas esquecerão o que disse, esquecerão o que fez, mas nunca esquecerão como as fez sentir."
Maya Angelou