



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**A Comunicação Terapêutica com a Pessoa sob Ventilação
Mecânica Invasiva: Intervenção Especializada em
Enfermagem**

Therapeutic Communication with the Person Under Invasive Mechanical
Ventilation: Specialized Nursing Intervention

Ana Rita Loureiro Nascimento


Lisboa
2024



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**A Comunicação Terapêutica com a Pessoa sob Ventilação
Mecânica Invasiva: Intervenção Especializada em
Enfermagem**

Therapeutic Communication with the Person Under Invasive Mechanical
Ventilation: Specialized Nursing Intervention

Ana Rita Loureiro Nascimento

Orientadora: Professora Doutora Florinda Laura Ferreira
Rodrigues Galinha de Sá

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

A concretização deste relatório representa o culminar de uma das etapas mais importantes da minha vida. Esta foi superada a trabalhar num objetivo pessoal, dando o melhor de mim, o qual não seria possível sem a presença de algumas pessoas.

À Excelentíssima Professora Doutora Florinda Galinha de Sá, o meu enorme agradecimento pelo seu acompanhamento, excelência, rigor, incentivo e dedicação na orientação do meu percurso académico.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em especial ao corpo docente, o profissionalismo, apoio e excelência na educação.

Aos meus enfermeiros orientadores do serviço de urgência e da unidade de cuidados intensivos pela atenção, compreensão, apoio, incentivo e, sobretudo, pela partilha de experiências e de conhecimento contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura enfermeira mestre e especialista, bem como à restante equipa multidisciplinar dos contextos clínicos onde realizei estágio por permitirem a existência de um ambiente favorável durante o meu processo de aprendizagem.

Aos meus pais pelo carinho e apoio dado ao longo deste tempo, pelo esforço incansável de me proporcionarem o futuro com que sonhei e por me encorajarem sempre a seguir o meu caminho.

Um agradecimento especial ao meu namorado, amigos e colegas de profissão, que caminharam ao meu lado durante este percurso. Muito obrigada pelo incentivo, desabafos, apoio e por me lembrarem que é possível ter uma casa longe da minha.

A todos o meu muito obrigado!

Ana Rita Nascimento.

Resumo

O presente relatório de estágio surge como etapa final de conclusão do ciclo de estudos referente ao curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Este tem como principal objetivo descrever os contributos adquiridos nos estágios realizados, em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, através do pensamento crítico e reflexão fundamentada sobre os cuidados prestados, o que permitiu a consolidação de boas práticas para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista para cuidar da pessoa em situação crítica e respetiva família com qualidade.

A conexão entre enfermeiro e pessoa passa pela comunicação terapêutica, proporcionando um cuidado holístico e centrado na pessoa, promovendo a humanização dos cuidados de enfermagem prestados. A temática em estudo é suportada pela Teoria das Transições de Meleis e pela Teoria das Relações Interpessoais de Peplau.

Durante a permanência no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos são frequentes as complicações na comunicação vivenciadas pela pessoa sob ventilação mecânica invasiva. A compreensão desta, que está impossibilitada de comunicar verbalmente, deve constituir uma inquietação por parte dos profissionais de saúde. Torna-se essencial aprimorar o objetivo geral deste relatório de estágio: desenvolver competências em enfermagem especializadas na gestão da comunicação terapêutica com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

O desenvolvimento de conhecimentos e competências de enfermagem no âmbito da comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva torna-se fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. A vivência de experiências distintas ao longo deste curso de mestrado intensificou o meu crescimento profissional, através do progresso na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, na antecipação da instabilidade, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais através da melhoria contínua da qualidade e na aplicação dos conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações novas.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica, Comunicação terapêutica, Intervenção especializada de enfermagem, Ventilação mecânica invasiva.

Abstract

This internship report appears as the final stage of completing the cycle of studies relating to the master's degree in Medical-Surgical Nursing in the area of People in Critical Situations. This main objective is to describe the contributions acquired in the internships carried out, in emergency services and intensive care units, through critical thinking and informed reflection on the care provided, which allowed the consolidation of good practices for the acquisition and development of skills of master and specialist nurses to provide quality care to people in critical situations and their families.

The connection between nurse and patient involves therapeutic communication, providing holistic and patient-centered care, promoting the humanization of the nursing care provided. The theme under study is supported by Meleis's Theory of Transitions and Peplau's Theory of Interpersonal Relations.

During the stay in the emergency department and intensive care unit, communication complications experienced by people under invasive mechanical ventilation are common. The understanding of this, which is impossible to communicate verbally, must constitute a concern on the part of health professionals. It is essential to improve the general objective of this internship report: to develop specialized nursing skills in managing therapeutic communication with people under invasive mechanical ventilation.

The development of nursing knowledge and skills in the context of communication with people under invasive mechanical ventilation becomes essential for the provision of quality nursing care. Having different experiences throughout this master's course intensified my professional growth, through progress in providing care to people in emergent situations, anticipating instability, developing professional learning through continuous improvement of quality and application of knowledge and problem-solving skills in new situations.

Keywords: Person in critical situation, Therapeutic communication, Specialized nursing intervention, Invasive mechanical ventilation.

Lista de Abreviaturas

% - por cento

bpm – batimentos por minuto

cm – centímetros

cmH₂O – centímetros de água

ed. – edição

g – gramas

kg – quilograma

kg/m² – quilograma por metro quadrado

m – metro

meq/l – miliequivalente por litro

mg – miligrama

mg/dl – miligrama por decilitro

mg/l – miligrama por litro

ml – mililitros

mmHg – milímetros de mercúrio

mmol/l – milimol por litro

n.º - número

p. – página

ph – potencial hidrogeniônico

ui – unidade internacional

SpO₂ – saturação de oxigênio

Lista de Siglas

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure.

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAA - Comunicação Aumentativa e Alternativa

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

DNR – Decisão de Não Reanimação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDFVVC – Hemodiafiltração VenoVenosa Contínua

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

NAS - *Nursing Activities Score*

NIHSS – *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PCR – Proteína C-reativa

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmon Agitation Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMA – Unidades de Maço por Ano

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

Índice

Introdução	15
1. Enquadramento teórico	19
1.1. Cuidado de Enfermagem na Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica	19
1.2. A Comunicação com a Pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva como Intervenção Especializada de Enfermagem	23
2. Percurso de Desenvolvimento de Competências	27
2.1. A Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência	28
2.2. A Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos	46
Considerações Finais	65
Referências	67

APÊNDICES

APÊNDICE I - Mapa de Conceitos

APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE III – Objetivos para o Estágio em Serviço de Urgência

APÊNDICE IV – Póster para o Jornal do Serviço de Urgência

APÊNDICE V – Objetivos para o Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE VI - Placas de Imagens

APÊNDICE VII – Apresentação Online para a Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE VIII – Questionário da Formação Online para a Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE IX – Póster: *Webinar* Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Adulto e Idoso: *"Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico"*

ANEXOS

ANEXO I – *National Institutes of Health Stroke Scale*

ANEXO II – Norma de Boa Prática: Comunicação Eficaz com o Doente Submetido a Ventilação Mecânica Invasiva

ANEXO III – Escala Numérica da Dor

ANEXO IV – Escala de Coma de Glasgow

ANEXO V – *Richmon Agitation Sedation Scale*

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, inserida no plano curricular do 2.º ano, 3.º semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge como elemento de avaliação a realização do presente relatório de estágio.

O estágio em enfermagem é considerado essencial na formação dos estudantes através das experiências adquiridas na prática clínica possibilitando o desenvolvimento de habilidades, julgamento clínico e do autoconhecimento fundamental para a prática de enfermagem (Marques *et al.*, 2022). Desta forma, os estudantes são responsáveis pela aquisição de novos conhecimentos e pela consolidação dos conhecimentos adquiridos na parte teórica do ensino (Aviz *et al.*, 2022).

Este relatório de estágio espelha o processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) em contexto de Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de forma a garantir uma prestação de cuidados de excelência. Este tem como finalidade a reflexão das experiências vivenciadas no decorrer dos estágios e a exposição do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências como futura enfermeira mestre e especialista de modo fundamentado, tendo em conta os contributos no âmbito académico e profissional.

Para Ferrito *et al.* (2010), o projeto tem “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver / estudar um problema (...) que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (p. 4), isto é, a sua estrutura possibilita fundamentar a seleção do percurso a operacionalizar, fazendo reflexões individuais, traçando planos e pensando em termos de aplicação futura (Ferrito *et al.*, 2010). Ao longo do MEMCPSC, percorremos várias etapas da metodologia do projeto, de acordo com Ferrito *et al.* (2010), desde o planeamento onde é produzido um plano detalhado das atividades a realizar e dos recursos e estratégias a utilizar; passando pela execução que possibilita a realização das ações planeadas, através dos estágios em contexto clínico; até à divulgação dos resultados pelo relatório de estágio, que possibilita sistematizar, organizar e interpretar grandes quantidades de informação sob forma de síntese (Ferrito *et al.*, 2010).

De acordo com o Guia de Comunicação em Saúde Boas Práticas (Melo *et al.*, 2022) a comunicação “é transversal à atividade humana (...) área fundamental em todos os sistemas sociais, uma dimensão essencial em qualquer tipo de organização (...)” (p.11). No contexto da saúde, a comunicação é uma vertente que tem vindo, cada vez mais, a ser privilegiada, dado que é através desta que é possível atuar em diferentes níveis de intervenção, como na promoção da literacia em saúde, no desenvolvimento de estratégias de capacitação e na interação com os indivíduos (Melo *et al.*, 2022).

Para Melo *et al.* (2022, p. 12), “pensar a comunicação estrategicamente, planejar e prever de forma integrada, contribui (...) para a eficácia das estratégias de saúde”. De acordo com o Guia de Comunicação em Saúde Boas Práticas, 88% dos inquiridos consideram a comunicação muito ou extremamente relevante para a sua prática.

O tema que pretendo aprofundar neste relatório diz respeito “*A Comunicação Terapêutica com a pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva: Intervenção Especializada em Enfermagem*”. Para além do que referi anteriormente, esta problemática é justificada como resultado da minha experiência profissional e académica anterior, bem como da capacidade reflexiva que tenho desenvolvido durante este curso de MEMCPSC.

Benner (2001) refere que a competência se modifica com a experiência e o domínio, sendo que essa mudança leva a uma melhoria da prática clínica. Desta forma, o modelo de Dreyfus de aquisição de competências defende que um discente carece de percorrer cinco níveis de aptidão (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) para fortalecer uma competência (Benner, 2001).

No que diz respeito aos objetivos, estes foram definidos de acordo com os objetivos do MEMCPSC (ESEL, 2022), os descritores de Dublin preconizados para o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e o modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências, adaptado à Enfermagem por Patrícia Benner (Benner, 2001).

Face ao exposto, apresento como objetivo geral para este relatório de estágio:

- Desenvolver competências em enfermagem especializadas na gestão da comunicação terapêutica com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

Como objetivos específicos, proponho:

- Aprofundar conhecimentos sobre intervenções especializadas de enfermagem utilizadas para colmatar as dificuldades de comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva e sobre os instrumentos a serem utilizados para auxiliar na comunicação destes em contexto de unidade de cuidados intensivos;
- Identificar as intervenções especializadas de enfermagem utilizadas no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Prestar cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Refletir criticamente sobre a utilização de instrumentos de gestão da comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da formação contínua da equipa de enfermagem no âmbito gestão da comunicação e da utilização de instrumentos a serem aplicados na pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes. A primeira diz respeito à introdução, onde descrevo a temática a desenvolver e apresento o objetivo geral e os objetivos específicos que me proponho atingir. O desenvolvimento reparte-se em dois capítulos. O primeiro espelha o enquadramento teórico da temática que tem por base os resultados da literatura mais atual e as teorias norteadoras da temática, a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000) e a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Hildegard Peplau (1990). O segundo capítulo trata o desenvolvimento de competências, pretende incluir uma breve descrição dos contextos clínicos e uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas em cada estágio, bem como o seu contributo para a aquisição e progresso de competências. Por fim, a última parte refere-se à conclusão, onde elaboro uma breve análise e reflexão do percurso efetuado durante os campos de estágio.

O presente documento foi redigido tendo por base o manual para elaboração de trabalhos académicos da ESEL (ESEL, 2023) e a norma da *American Psychological Association* (APA) 7ª Edição (2020).

1. Enquadramento Teórico

1.1. Cuidado de Enfermagem na Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica

O conceito central da temática em estudo é a PSC, definida de acordo com Benner *et al.* (2011) como uma pessoa que fica gravemente doente ou ferida e não é capaz de manter a estabilidade fisiológica. Segundo o Regulamento nº 429/2018 (2018, p.19362), PSC é “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Esta exige cuidados especializados em enfermagem que são definidos como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...), como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações (...), tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19362).

As unidades de cuidados intensivos integram as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico, tendo como finalidade dar resposta a pessoas instáveis com um elevado grau de risco de vida em que as condições clínicas se podem alterar constantemente e torna-se, por vezes, um ambiente hostil para as pessoas que estão vulneráveis (Galinha de Sá *et al.*, 2015).

A Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), é cada vez mais frequente nas unidades de cuidados intensivos, por falência respiratória ou outras problemáticas incompatíveis com uma ventilação espontânea eficaz, o que impede a pessoa de comunicar verbalmente (Martinho & Rodrigues, 2016). Por este motivo e por estas pessoas estarem dependentes de outros que não conhecem, trata-se de uma situação que os torna mais vulneráveis durante um internamento, associado ao aumento dos níveis de frustração, sendo que contribui para a despersonalização da pessoa (Martinho & Rodrigues, 2016). De acordo com Mata *et al.* (2021), foram criados protocolos de sedação ligeira, possibilitando que as pessoas sob VMI estejam conscientes, sempre que a sua condição o permita. Comunicar com pessoas nesta condição constitui um enorme desafio para os enfermeiros.

Para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2, a comunicação é um foco de enfermagem definido como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos, sincronizados ou não sincronizados” (*International Council of*

Nurses, 2011, p. 45). Para Phaneuf (2005) trata-se de um processo suportado por duas posições, dos prestadores de cuidados e a da pessoa cuidada. A mesma autora defende que “a comunicação é um processo de criação e de recriação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (p. 23), esta pode apresentar-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e pela maneira de agir dos intervenientes (Phaneuf, 2005).

Ao enfermeiro compete captar as informações que a pessoa transmite. As complicações na comunicação vivenciadas pelas pessoas sob ventilação mecânica são um desafio na interação enfermeiro - pessoa e uma problemática atual podendo ser atenuadas utilizando programas de suporte desenvolvidos por equipas multidisciplinares (Martinho & Rodrigues, 2016 e Mata *et al.*, 2021). Silva & Valladares-Torres (2023) defende que a comunicação é um instrumento decisivo para o planeamento do cuidado qualificado. Esta é introduzida na interação clínica para informar e capacitar as pessoas na adaptação a dificuldades, sendo que “os enfermeiros são considerados elementos centrais na comunicação (...)” (Silva & Valladares-Torres, 2023, p. 2).

O conceito de comunicação terapêutica, de acordo com Arnold e Boggs (2016), é definido como um processo interativo e dinâmico que consiste em palavras e ações inseridas por um profissional e uma pessoa com a finalidade de alcançar objetivos relacionados com a saúde. Para Pontes, Leitão & Ramos (2007), este conceito consiste em “identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros”. Desta forma, a comunicação pode ser utilizada como instrumento terapêutico. Este tipo de comunicação facilita a assistência à pessoa e o processo de enfermagem, sendo a pessoa o sujeito ativo na identificação dos problemas.

A comunicação, para a pessoa, é uma “componente do cuidado que existe como forma de transmitir segurança, respeito e carinho, para além do conteúdo das explicações técnicas sobre o seu estado de saúde” (Castro *et al.*, 2011, p. 50). Mata *et al.* (2021) refere que devido à inaptidão de comunicação verbal por parte da pessoa consciente, sedada e sob VMI, é necessário ter criatividade para desenvolver habilidades comunicacionais. Para estas pessoas, a comunicação com enfermeiro foi considerada fundamental para o progresso de uma terapia com sucesso (Dornelles *et al.*, 2012).

No meu ponto de vista, a temática em estudo é suportada pela Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000) e pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1990). Mata *et al.* (2021) defende que “uma transição é o passar de um estado, condição ou lugar estável, para outro igualmente estável, o que implica (...) a integração de conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança da perspectiva do seu “eu”” (p. 8). A forma como cada pessoa se adapta às mudanças depende da sua individualidade, da influência da família e do meio no qual se encontra inserido (Meleis *et al.*, 2000).

A teoria das transições de Afaf Meleis (2000) é centrada nos processos transacionais que o indivíduo é sujeito durante todo o seu ciclo vital. Para Meleis *et al.* (2000), a vulnerabilidade resulta da compreensão da experiência e da necessidade de ajustar o seu quotidiano a uma nova realidade e um estilo de vida diferente, tendo de se adaptar a todas as responsabilidades que a doença lhe traz.

A permanência numa UCI ou SU constitui uma transição marcante para a pessoa. Esta passa por uma transição saúde - doença, pois ingressa num ambiente despersonalizado, altamente tecnológico, submetido a várias técnicas invasivas, onde se vê privado da sua individualidade e tem um diagnóstico associado (Mata *et al.*, 2021; Meleis *et al.*, 2000). Estes indivíduos também experienciam uma transição do tipo situacional, devido há alternância de papéis do estado independente para o estado dependente e do estado saudável para um estado de doença. Para Meleis *et al.* (2000) um evento crítico poderá estar associado a uma perda de papel que o indivíduo desempenha no seio familiar.

Juntamente com os processos de transição da pessoa internada, também, a família passa por situações semelhantes. Sob visão do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015, artigo 110º) o enfermeiro presta cuidados a uma pessoa que está inserida numa família, sendo importante intervir junto desta como parte integrante dos cuidados de enfermagem prestados. Os enfermeiros apresentam-se como o profissional que acolhe, apoia e orienta no processo de transição, adaptação e autoaceitação, sendo este considerado agente facilitador (Meleis *et al.*, 2000).

Peplau (1990) visionou a enfermagem como um processo significativo, terapêutico e interpessoal que funciona de forma conjunta com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos. O enfermeiro e a pessoa, são o foco principal e têm um objetivo comum: promover a saúde, através da comunicação (Pontes *et al.*, 2007).

Para Peplau (1990) o processo interpessoal divide-se em quatro fases que se relacionam entre si. A primeira é a orientação, onde a pessoa solicita ajuda de um profissional, por apresentar uma necessidade (Almeida *et al.*, 2005 e George, 2000). O enfermeiro, a pessoa e a família tentam reconhecer o problema existente. Na segunda, a identificação, a pessoa começa a responder seletivamente à enfermeira e a ter o sentimento de que consegue lidar com o problema (Almeida *et al.*, 2005 e George, 2000). Na terceira fase, a exploração, onde a pessoa beneficia dos serviços que necessita (Almeida *et al.*, 2005 e George, 2000). Por último, a quarta fase do processo, denomina-se de resolução e é caracterizada pela solução do problema da pessoa e o término da relação útil entre enfermeira e pessoa (Almeida *et al.*, 2005 e George, 2000).

Com a finalidade de alicerçar a problemática exposta tornou-se essencial relacionar os conceitos fundamentais da temática, a comunicação terapêutica, a pessoa sob VMI, as intervenções especializadas em enfermagem, a relação terapêutica, a UCI e o SU. A elaboração de um mapa concetual permitiu-me sistematizar o conhecimento sobre a temática, através da organização de conceitos, interligando-os entre si (Apêndice I).

O enfermeiro mestre e especialista tem um papel preponderante no cuidado à PSC, através da capacitação para o controlo dos fatores de risco, para a antecipação dos cuidados prestados, bem como agentes de mudança na procura contínua da qualidade.

Para a OE (2017, p. 5), “o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação (...)”.

Relativamente a esta problemática evidencia-se, entre os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, a satisfação do cliente, que aborda a aplicação de estratégias de comunicação verbal e não-verbal no cuidado à pessoa e família; a criação de uma relação de confiança e empatia que possibilite o envolvimento e uma parceria de cuidados com a pessoa e família; e a segurança nos cuidados especializados, que diz respeito à implementação de intervenções de elevada complexidade com base na evidência científica e na evolução tecnológica (OE, 2017).

O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC pretende produzir um instrumento que auxilia na precisão do papel

do enfermeiro especialista junto da pessoa e família (OE, 2017). Este documento trata da exposição dos cuidados que devem ser conhecidos por todos as pessoas quer aos resultados mínimos aceitáveis, quer aos resultados que se devem esperar (OE, 2017).

Neste seguimento é de salientar, a satisfação do cliente, que diz respeito à intervenção precisa e em tempo útil, com visão holística face à PSC, a gestão da comunicação e da informação que é transmitida à pessoa e família, devido à complexidade dos processos de doença crítica e a implementação da relação terapêutica em pessoas em situação crítica; a prevenção de complicações, onde consta o rigor técnico/científico, a correta concretização de cuidados de alta complexidade e a gestão de protocolos terapêuticos complexos; e o bem-estar e o autocuidado, que aborda a gestão da relação terapêutica com a pessoa e a família em situação crítica (OE, 2017). Deste modo, para a prática de enfermagem a comunicação é um instrumento valioso, visto que facilita a relação entre profissional de saúde e a pessoa, dado que permite instituir uma relação terapêutica com objetivo de ajudá-lo na sua recuperação.

1.2. A Comunicação com a Pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva como Intervenção Especializada de Enfermagem

A concretização da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice II), durante a realização dos estágios, permitiu reconhecer a evidência científica sobre a temática. Da análise dos nove estudos utilizados na RIL ressaltam dois temas: a experiência de pessoas internadas e as intervenções/estratégias de enfermagem. A qualidade da comunicação com pessoas sob VMI em UCI foi descrita como ineficaz e caracterizada por muitas pessoas como uma experiência negativa.

Tornou-se fundamental analisar as barreiras da comunicação com a pessoa sob VMI: o tubo endotraqueal é considerado um objeto estranho que causa desconforto (Holm & Dreyer, 2015; Tembo *et al.*, 2014); a experiência de não poder comunicar, gerou raiva e frustração; as pessoas sentiam que não tinham qualquer controlo sobre a situação, o que gerou sentimentos de vulnerabilidade e ansiedade; a experiência de não conseguir respirar, o facto de estarem conectados a uma máquina de ventilação mecânica foi uma experiência assustadora (Baumgarten & Poulsen, 2014). Na perspetiva dos enfermeiros foram identificadas como barreiras à comunicação com a pessoa sob VMI, a falta de gestão de tempo e a dificuldade de leitura labial (Guttormson *et al.*, 2015). Este achado

destaca a importância do enfermeiro mestre e especialista para potencializar estratégias que permitam ultrapassar estas dificuldades na prática clínica.

As ações e estratégias de enfermagem para a eficiência da comunicação foram divididas em duas categorias. A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) de baixa tecnologia inclui a utilização de gestos, expressão facial, movimentos de cabeça, aperto das mãos, utilização de lápis e papel, as letras do alfabeto, tabelas com palavras, utilização de imagens, questões de sim ou não e fazer mímica (Baumgarten & Poulsen, 2014; Dithole *et al*, 2016; Dithole *et al*, 2017; Guttormson *et al*, 2015; Holm & Dreyer, 2018; Holm *et al*, 2020; Sias *et al*, 2022). Em contrapartida, a CAA de alta tecnologia é um método de aplicação da tecnologia nos contextos de saúde, tais como as válvulas fonatórias, eletrolaringe, método VOCA (comunicação usando síntese de voz), teclados virtuais, utilização do rato do computador com os olhos ou dispositivos de tela sensível ao toque (Holm & Dreyer, 2018; Sias *et al*, 2022). Segundo os dados evidenciados, a combinação de ferramentas distintas de CAA, aumenta a eficácia das intervenções e tornam a interação enfermeiro - pessoa uma comunicação bem-sucedida (Sias *et al*, 2022).

No que se refere às barreiras das estratégias comunicacionais, foi relatado quanto aos profissionais de saúde a falta de familiarização e de formação com os equipamentos, a má interpretação por parte da equipa e o processo de comunicação desigual (o enfermeiro controla conteúdo e duração da comunicação); e quanto às pessoas a capacidade motora dos membros superiores (dificuldades em escrever e em articular movimentos), o estado cognitivo (flutuações decorrentes do processo patológico) e as alterações sensoriais (diminuição da acuidade auditiva e visual) (Guttormson *et al*, 2015; Holm & Dreyer, 2018; Holm *et al*, 2020; Sias *et al*, 2022). Tendo em conta as barreiras comunicacionais identificadas tornou-se facilitador os enfermeiros conhecerem as estratégias e ferramentas que podem ser utilizadas com a pessoa sob VMI. É fundamental que estes estejam familiarizados com as condições de cada pessoa, bem como com o funcionamento de cada instrumento.

A importância da família no apoio e conforto das pessoas ao longo do internamento e a relevância do envolvimento do próprio no cuidado gerou uma sensação de segurança à pessoa (Baumgarten & Poulsen, 2014). O cenário de doença crítica provoca sofrimento na pessoa, bem como na sua família, afetando o desenrolar do seu dia a dia. De acordo com Meleis (2010), a PSC experiencia a transição entre dois estados estáveis, provocada

por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. O enfermeiro tem um papel preponderante na identificação das necessidades individuais da PSC e da sua família e no planeamento das intervenções adequadas, de forma que a transição seja saudável (Silva *et al.*, 2021).

Na implementação de estratégias de comunicação destacam-se quatro elementos-chave: em primeiro, a avaliação da ferramenta a utilizar, de acordo com a evidência; em segundo, a adequação do método de comunicação utilizado pelos enfermeiros para interagir com as pessoas; posteriormente, o treino da comunicação na equipa de enfermagem; e por último, colocar em prática a ferramenta escolhida para a abordagem (Holm *et al.*, 2020). Neste sentido e tendo por base Peplau (1990), cabe ao enfermeiro auxiliar a pessoa a diminuir a ansiedade e a insegurança sentida, transformando-a numa ação construtiva do processo terapêutico (Franzoi *et al.*, 2016).

A literatura constatou que existe avaliação e documentação da capacidade de comunicação das pessoas e do tipo de ferramentas utilizadas, no entanto não existe acompanhamento da utilização de estratégias ou de dispositivos de CAA. Assim, o registo preciso dos procedimentos realizados nas pessoas é considerado importante e essencial para a continuidade dos cuidados (Dithole *et al.*, 2016).

Os profissionais de saúde requerem conhecimento e habilidade sobre a utilização de estratégias comunicacionais, o que leva ao aumento da confiança das pessoas nos enfermeiros que lhes prestam cuidados.

2. Percurso de Desenvolvimento de Competências

De acordo com o referencial de Benner (2001), o desenvolvimento de competências resulta do domínio do exercício profissional onde ocorre a gestão de situações complexas que carecem de experiência, adaptabilidade e conhecimento teórico. A autora proporciona um raciocínio crítico-reflexivo sobre a prática, sendo esta fonte de múltiplas experiências que promovem a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais à melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem.

A prática reflexiva em enfermagem adquire importância ao nível da aprendizagem dos enfermeiros, sendo um princípio para o desenvolvimento de profissionais críticos (N. Peixoto & T. Peixoto, 2016). Como refere Matos *et al.* (2022), os estágios em ambiente hospitalar, são de extrema relevância, uma vez que permitem “a aplicabilidade dos saberes teóricos no realizar prático, (...) o discente tem a oportunidade de aprimorar sua habilidade e competência e contando com o apoio dos demais profissionais” (p.6). Posto isto, concluo que as práticas de enfermagem devem ser alvo de reflexão, como forma de garantir a qualidade dos cuidados prestados de enfermagem, numa perspetiva da melhoria contínua considerando a necessidade de ter enfermeiros melhor preparados para dar as respostas mais adequadas às necessidades da PSC.

Os estágios desenvolveram-se em contexto de SU e UCI, sendo que, durante o estágio de SU, tive oportunidade de realizar três turnos em contexto extra-hospitalar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Desta forma, o percurso de desenvolvimento de competências será exposto em dois subcapítulos distintos, o primeiro referente ao estágio no SU, integrando os três turnos realizados em contexto extra-hospitalar e o segundo referente ao estágio em UCI. Estes subcapítulos encontram-se suportados na definição de objetivos gerais e específicos de acordo com as oportunidades de aprendizagem de cada local de estágio.

Os subcapítulos seguintes abordam uma descrição reflexiva fundamentada no julgamento crítico sobre o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem, contemplando os ganhos em saúde obtidos, as limitações que surgiram no decorrer dos estágios, bem como as estratégias delineadas para as ultrapassar.

2.1. A Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência

Os serviços de urgência são multidisciplinares e multiprofissionais de ação médica hospitalar e têm como objetivo prestar cuidados de saúde em todas as situações que exijam uma intervenção médica imediata (Despacho Normativo n.º 11/2002, 2002). De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (2014), os serviços de urgência podem ser divididos em três níveis consoante a sua capacidade de resposta. O serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) é o apoio diferenciado à rede de SU básico.

A unidade curricular Estágio de Apreciação à Intervenção à Pessoa com Doença Crítica, 2º semestre, 1º ano do curso de MEMCPSC, decorreu num SUMC que disponibiliza um atendimento permanente em função das necessidades da pessoa adulta, abrangendo uma população de cerca de duzentos e cinquenta mil utentes. Os objetivos e atividades deste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências foram formulados face ao conhecimento e oportunidades do contexto de estágio (Apêndice III).

Foi fundamental conhecer a estrutura do SU onde realizei estágio. Este encontra-se organizado em: triagem, composta por dois postos de atendimento; área médica, comporta a sala de tratamentos, a sala de observação (SO) de amarelos e a SO de laranjas; área cirúrgica, que admite pessoas do foro cirúrgico e ortopédico, fazem parte duas salas de pequena cirurgia e uma SO; a sala de emergência; a área Sars Cov-2, local onde as pessoas com sintomatologia respiratória aguardam o resultado do teste e, consoante esse resultado, integram a área de infetados ou área limpa; SO de pessoas internadas, a aguardar vagas em serviços de internamento; e o gabinete de apoio à família. O hospital abrange as instalações da VMER do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Relativamente aos recursos humanos são constituídos por uma diretora clínica e uma enfermeira coordenadora de departamento, uma enfermeira chefe responsável de serviço e uma enfermeira coordenadora de serviço. Neste SU existe um total de sessenta enfermeiros e quarenta assistentes operacionais, sendo que sete dos enfermeiros são especialistas, um em saúde mental e psiquiatria e seis em enfermagem médico-cirúrgica. Desta equipa seis enfermeiros assumem funções de chefe de equipa. Assim, os turnos no SU têm a duração de doze horas, e destaco a presença de quinze enfermeiros e doze assistentes operacionais no turno da manhã e dez enfermeiros e oito assistentes operacionais no turno da noite.

Para Azevedo *et al.* (2020), os serviços de urgência são “serviços de elevada complexidade, sendo que a excessiva carga de trabalho, o número imprevisível de doentes e a existência de uma equipa multidisciplinar variada são fatores de risco para a ocorrência de erros” (p. 13). Uma problemática muito atual no SU é a sobrelotação deste, que pode estar relacionada com a rápida entrada de pessoas, a duração prolongada no SU ou pela diminuição de altas nos serviços de internamentos, que limita o número de transferências, sobrecarregando o espaço físico. Esta, segundo Azevedo *et al.* (2020), é originada, maioritariamente, por pessoas que recorrem ao SU por motivos não urgentes e que deveriam recorrer a outros serviços de assistência médica.

Nos dias de hoje devido há elevada afluência de pessoas ao SU, é muito recorrente a falta de recursos humanos e materiais adequados para a prestação de cuidados, o que resulta na sobrecarga de trabalho para os enfermeiros, bem como numa maior gestão de serviço e de recursos de forma a prestarem os melhores cuidados. Neste sentido, prestar cuidados num SU exige a mobilização de competências na área da gestão de situações de exceção, quando a procura em cuidados de saúde ultrapassa os recursos disponíveis, no sentido de salvaguardar as condições de segurança das pessoas, proporcionar os cuidados adequados e garantir a continuidade dos mesmos (Regulamento n.º 429/2018, 2018). A este nível foi possível consultar o procedimento de trabalho presente na *intranet* e contactar com peritos, na maioria enfermeiros chefes, com experiência na ativação e gestão destes planos institucionais, frequentemente sazonais.

O cálculo da dotação de enfermeiros é essencial na prática clínica e não se pode limitar ao critério do número de horas de cuidados por pessoa por dia, a postos de trabalho ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo que deve considerar, também, as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a formação e a investigação a realizar (Regulamento n.º 533/2014, 2014).

A pessoa é admitida procedendo ao registo administrativo com atribuição de um número de episódio de urgência e de seguida é triada, por um enfermeiro, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, onde descreve os sinais e sintomas precipitantes que a levaram a recorrer ao SU. Posteriormente, passa para o atendimento médico e consequente tratamento. Segundo o Grupo Português de Triagem (2011), a Triagem de Manchester é um sistema que não fornece ao profissional um diagnóstico específico, mas uma prioridade clínica sustentada na identificação de problemas, onde a análise da

pessoa pode ser executada de uma forma rápida e com segurança, para conduzir a uma tomada de decisão. Na execução do processo de triagem existe a implementação da avaliação do risco de queda. Assim, a cada pessoa com risco de queda é atribuída uma pulseira de cor roxa que facilita a gestão de prioridades na prestação de cuidados.

As pessoas que se encontram a aguardar observação médica ou realização de exames complementares de diagnóstico, que seja atribuída pulseira amarela, verde ou azul e não estejam em maca, são encaminhados para a sala de espera exterior onde podem aguardar com o seu acompanhante. Os que estão em maca ficam em SO consoante a cor da pulseira atribuída. As pessoas com atribuição de pulseira laranja são, necessariamente, encaminhados para a SO designada. Esta situação não se verifica em pessoas acompanhadas pela VMER ou que na triagem se encontram hemodinamicamente instáveis e com necessidade de assistência imediata, estas são transferidas diretamente para a sala de emergência.

No que diz respeito ao objetivo específico *"Aprofundar conhecimentos sobre intervenções especializadas de enfermagem utilizadas para colmatar as dificuldades de comunicação com a pessoa sob VMI e sobre os instrumentos utilizados"* elaborei uma RIL (Apêndice II), de modo a aprofundar conhecimentos e procurar evidência sobre a temática. A mesma foi publicada pela revista *Brazilian Journal of Health Review*.

Os objetivos da RIL foram analisar a evidência científica disponível relativa a intervenções de enfermagem na gestão da comunicação na pessoa sob VMI e a experiência da mesma em UCI. No que concerne às conclusões da RIL, como já foi referido anteriormente, a qualidade da comunicação com pessoas sob VMI em UCI foi descrita como ineficaz. As estratégias de enfermagem para a eficiência da comunicação foram divididas em duas grandes categorias: CAA de baixa tecnologia e CAA de alta tecnologia. A realização da RIL possibilitou identificar a evidência científica do tema em estudo, através da leitura dos artigos disponibilizados nas bases de dados e da pesquisa bibliográfica sobre temáticas com as quais não estava familiarizada. Em contexto de estágio, este novo conhecimento, foi mobilizado no cuidado de pessoas com hipoacusia, afasia de expressão, traqueostomizados ou sob Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

Os enfermeiros apresentam comprometimento profissional para desenvolver os seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, de forma a aperfeiçoar as suas competências e a prestar cuidados de qualidade (Ferrito *et al.*, 2010). Para a construção

desta caminhada foram importantes encontros com peritos, visto que despoletaram uma visão crítica sobre as diferentes áreas temáticas. Este contacto foi proporcionado pelos professores no âmbito das unidades curriculares ao longo do curso de MEMCPSC e pelos enfermeiros mestres e especialistas nos contextos de estágio.

Para Benner (2001), perito é uma pessoa que exhibe domínio na atividade profissional, capacidade de adaptação, desenvolve competências na sua área de forma ilustre e capacidade de intuição que compreende uma situação complexa com rapidez e encontra uma solução eficaz e justificada. A sessão promovida por um perito na temática das competências comunicacionais, numa unidade curricular do 1º semestre, contribuiu para a seleção desta temática, na medida em que me permitiu compreender o benefício da comunicação entre os profissionais de saúde, a pessoa e a família. No 2º semestre, foi promovida uma sessão com uma perita, que falou sobre a comunicação com a família na PSC, o que colaborou para o desenvolvimento deste percurso, uma vez que trouxe uma perspetiva diferente da comunicação do enfermeiro neste contexto.

Durante o estágio em contexto de SU tive a oportunidade de contactar com novas situações de cuidado à PSC, deste modo, face à minha inexperiência neste contexto, procurei realizar pesquisas atualizadas para suportar a minha intervenção na evidência científica. Assim, desenvolvi competências de mestre, de forma a ter *capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (Regulamento n.º 140/2019, 2019), dado que fundamentei a minha prática clínica na evidência científica.

No objetivo específico *"Identificar as intervenções especializadas de enfermagem utilizadas no processo de comunicação com a pessoa sob VMI"*, no contexto de triagem tive oportunidade de comunicar com as pessoas para priorizar as suas queixas e de recorrer aos familiares para obter informação suplementar.

De acordo com as situações vivenciadas, tentei mobilizar estratégias facilitadoras de comunicação como "afunilar" as queixas das pessoas quando estas são muito complexas e inespecíficas, tendo sempre por base a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1990). Atendendo sempre, que de acordo com esta teoria, o enfermeiro é responsável por direccionar as respostas adequadas no primeiro contato terapêutico entre ambos (Franzoi *et al.* 2016), isto é, deve orientá-lo sobre a sua situação. Alguns dos

motivos de admissão no SU apresentam carácter pouco urgente. Nestas situações, a pessoa pode ser encaminhada para outras valências como a consulta aberta, que é realizada no hospital no período das dezoito horas às vinte e uma horas com marcação prévia. É da competência do enfermeiro triador informar a pessoa, permitindo que esta tome uma decisão de forma fundamentada.

Foram muitos os momentos que tive oportunidade de desenvolver competências comunicacionais com a PSC. Uma situação vivenciada na sala de emergência em que uma pessoa apresentava um pneumotórax com necessidade de colocação de dreno torácico. Fui o elemento que conseguiu efetuar uma relação terapêutica com a mesma, explicando todo o procedimento a que seria submetida e ficando junto desta aquando da realização do mesmo. Prestei informações aos familiares, juntamente com o enfermeiro orientador.

Nos serviços de urgência encontramos pessoas e familiares ansiosos e preocupados, por isso é fundamental o desenvolvimento de estratégias que permitam enfrentar as inseguranças aqui experienciadas, tendo por base a Teoria das Transições de Meleis (2000). Mata *et al.* (2021) defende que “uma transição é o passar de um estado, (...), para outro igualmente estável, o que implica, (...) a integração de conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança da perspetiva do seu “eu”” (p. 8). A forma como cada pessoa se adapta às mudanças, depende da sua individualidade, da influência da família e do meio no qual se encontra inserida (Meleis *et al.*, 2000). Posto isto, é fundamental o papel desempenhado pelos enfermeiros nas transições vivenciadas pela pessoa.

No local onde realizei estágio existe o gabinete de apoio à família criado durante a pandemia de Sars Cov-2, integrado por um enfermeiro, no turno da manhã, com a finalidade de ser um elo de ligação entre o familiar de referência e a equipa, através da prestação de informações sobre as pessoas que estão em SO. Na minha perspetiva, este gabinete é uma mais-valia para o SU, de modo a facilitar a visita às pessoas e a promover a articulação entre a família e a equipa multidisciplinar. De ressaltar a importância para as famílias de terem um enfermeiro como referência, uma vez que estão a passar por um período de muitas transições na sua estrutura pessoal e familiar e para muitos, o SU é um serviço muito desordenado e despersonalizado.

No SU, os familiares permanecem junto das pessoas apenas na consulta médica. Após esta, ficam na sala de espera, dado que o espaço físico do SU é muito limitado e por vezes está sobrelotado com pessoas que aguardam vagas para o internamento. Segundo

o Decreto-Lei n.º 15/2014 (2014), que diz respeito aos direitos e deveres do utente nos serviços de saúde, defende o direito do acompanhante, no entanto este não deve comprometer as condições exigidas para a prestação de cuidados. Assim, as pessoas que estão em SO, podem ter uma visita, num período de meia hora ou sempre que o médico ou enfermeiro solicitar. Em relação às pessoas que estão internadas nas salas de observação específicas, existe um período de visita consoante o número de maca, as macas pares é ao início da tarde e as macas ímpares é ao final da tarde, sendo que cada pessoa apenas podia ter uma visita diária.

Saliento a vivência de reações emocionais, de medo do desconhecido e ansiedade, quando a família verifica que a pessoa tem necessidade de ficar algum tempo no SU (Chambel, 2012). Com a realização deste estágio deparei-me com um serviço absolutamente díspar, no que concerne às condições físicas. As primeiras impressões que despoletou em mim foram a sensação de desordem e caos. Na perspetiva do autor supracitado, o SU é um local despersonalizante, pelo que a pessoa assim que entra no serviço perde a sua privacidade. A criação da tríade de cuidados entre enfermeiro – pessoa – família é um pilar essencial na aceitação da doença por parte da pessoa (Benner *et al.*, 2011). O enfermeiro mestre e especialista na área da PSC mobiliza conhecimentos para responder, através do julgamento crítico, aos problemas da prática.

Saliento, também, a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados, entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança da pessoa, devendo utilizar a técnica com a mnemónica ISBAR – Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações (Direção Geral da Saúde (DGS), 2017a). A DGS (2017a) esclarece que transição de cuidados de saúde é “qualquer momento da prestação de cuidados em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (p. 4). No SU, a passagem de turno é realizada nos balcões das salas de observação, que possibilita a visualização das pessoas e num horário onde não estão presentes acompanhantes, o que leva a um ambiente mais propício à privacidade de cada um.

Deste modo, considero que foi possível desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da melhoria contínua da qualidade* (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC, no que diz respeito à *gestão da comunicação interpessoal*

que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018), *o estabelecimento da relação terapêutica perante a PSC e família* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e *a assistência da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença* (Regulamento n.º 429/2018, 2018), através de um conjunto de experiências que considero terem sido verdadeiros desafios e, ao mesmo tempo, oportunidades de aprendizagem.

No que concerne ao objetivo específico *"Prestar cuidados especializados em enfermagem à PSC"*, para facilitar a minha integração, o enfermeiro orientador apresentou-me o espaço físico do SU, de forma a conhecer o circuito da pessoa desde a admissão até ao internamento, alta ou transferência. Tornou-se importante perceber as especificidades, metodologia de trabalho e os profissionais que integram o serviço. Ao longo do estágio, realizei turnos nas diferentes valências que foram uma oportunidade de compreensão da dinâmica de serviço, o que me permitiu analisar o processo de abordagem à pessoa nas várias áreas e reconhecer o papel da equipa multidisciplinar.

Neste serviço, destaco a pertinência dos protocolos terapêuticos que assumem ganhos em saúde, protocolos da Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Trauma, Coronária e Sepsis. Nas vias verdes, existe um papel específico na cadeia de resposta, consoante o nível de SU, fortalecendo a colaboração entre os vários níveis (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Por este motivo, o encaminhamento através da via verde deve ser iniciado no local da ocorrência do episódio ou da apresentação dos sintomas, devendo garantir a continuidade de cuidados para outros níveis, se necessário.

A VVAVC promove o acesso em tempo adequado aos cuidados de saúde da pessoa com sinais de alarme para esta patologia (DGS, 2017b). Esta está aliada a um conjunto de procedimentos, efetuados após a admissão da pessoa no SU, como a avaliação e realização de análises laboratoriais e exames imagiológicos que possibilitem o estabelecimento de um diagnóstico e a instituição de tratamento trombólítico, se indicado (Powers *et al.*, 2018). Saliento uma situação de ativação da VVAVC pelo enfermeiro triador, uma pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em fase aguda, que foi encaminhada para a sala de emergência, com hemiparésia esquerda e desvio da comissura labial à direita há cerca de duas horas, sendo que compreendeu a avaliação inicial da pessoa através da colheita de dados, junto da mesma, família e bombeiros.

O processo de transição envolve adaptação a novos papéis e situações, por parte da pessoa e da família. Este é um processo complexo constituído por propriedades que estão interligadas como o reconhecimento da existência de mudanças que irão afetar a sua vida a nível físico, emocional, social ou ambiental da experiência de transição e mudança que o próprio está a passar (Meleis *et al.*, 2000). Após a avaliação inicial, procedeu-se à avaliação da *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), através do impresso próprio, dando uma pontuação de 9 (Anexo I). Posteriormente, acompanhei, juntamente com o enfermeiro orientador e médico, ao serviço de imagiologia para realizar tomografia axial computadorizada (TAC) crânio encefálica e angioTAC.

A pessoa apresentava critérios para execução de trombólise endovenosa, devido à manutenção dos défices, pelo que, com indicação do enfermeiro orientador, preparei e coloquei em perfusão o medicamento (Alteplase). Nesta intervenção importou interceder na prevenção de complicações associadas à administração da terapêutica, como risco de hemorragia, alteração de sinais vitais (hipotensão e taquicardia) e à vigilância do estado neurológico. Posteriormente, a pessoa foi proposta para realização de trombectomia, como tal teve necessidade de ser transferida para outro hospital.

O transporte inter-hospitalar requer um conhecimento amplo da pessoa, como o motivo de admissão, antecedentes pessoais, intervenções e terapêutica realizadas e intercorrências no SU (Fernandes *et al.*, 2022). É necessário o profissional ter experiência no manuseamento e manutenção de equipamentos, como a mala de transporte e todo o seu material, o monitor cardíaco e a função de desfibrilhador, o material da ambulância de transporte, bem como a antevisão de possíveis focos de instabilidade passíveis de existir durante o tempo de transporte (Fernandes *et al.*, 2022).

O serviço onde realizei estágio tem uma equipa de transportes para a PSC, formada por enfermeiros, que permanecem de prevenção no turno da manhã e noite, por forma a realizarem os transportes inter-hospitalares necessários no hospital. Os requisitos inerentes a esta equipa são pertencer ao SU e ser portador do curso de suporte avançado de vida. Para Fernandes *et al.*, (2022), os profissionais que fazem transportes inter-hospitalares devem ter experiência em reanimação e formação diferenciada em suporte avançado de vida e trauma. Estas competências auxiliam os enfermeiros a antecipar e resolver os imprevistos que possam surgir durante o transporte.

As experiências no cuidado não se esgotam, portanto, durante o estágio em SU tive oportunidade de cuidar de pessoas com diagnóstico de ingestão medicamentosa involuntária, insuficiência respiratória com necessidade de iniciar VNI, insuficiência cardíaca com necessidade de monitorização eletrocardiográfica, entre outros.

Assim, foi possível desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal* (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC, de modo a *cuidar da pessoa, a vivenciar processos complexos*, mais propriamente na *administração de protocolos terapêuticos complexos* (Regulamento n.º 429/2018, 2018), através da consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, que me permitiu fortalecer o raciocínio sobre o cuidado à PSC e a sua família.

Dias (2016) refere que o enfermeiro torna-se um veículo de transmissão das infeções associadas aos cuidados de saúde. Assim, cabe ao enfermeiro mestre e especialista a responsabilidade de produzir estratégias que visem a redução das infeções, face à complexidade das situações e às necessidades de respostas em tempo útil. No hospital onde realizei estágio, existem elos de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos nos serviços que simplificam a identificação de situações de potencial problema e alertam para cuidados preventivos.

Segundo o programa nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos prestados, cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DGS, 2017c). Os isolamentos nas salas de observação são efetuados por cortinado, dado que não existem condições estruturais para realizar isolamento rigoroso. As cortinas antimicrobianas são trocadas de seis em seis meses. Em casos de isolamentos mais estritos, como pessoas com meningite, tuberculose, ou imunodeprimidas, são transferidas para uma sala de isolamento, que tem a capacidade de ser ajustada para pressão positiva ou negativa, mediante a necessidade. Os isolamentos são sinalizados através de placas, de acordo com o tipo de precaução necessária e procede-se à utilização obrigatória de equipamento de proteção individual (EPI) (luvas, avental e máscara).

As macas são desinfetadas de pessoa para pessoa. Em cada SO existem dois lavatórios para a lavagem das mãos. Existem cartazes elucidativos sobre a importância da lavagem e desinfecção das mãos junto dos locais de lavagem das mãos, dos elevadores, na sala de refeição; existem dispensadores de solução de base alcoólica colocados junto das portas, à entrada dos locais onde se realizam as refeições e em todas as macas das pessoas. A triagem dos resíduos hospitalares é realizada de acordo com a classificação do Decreto – Lei nº 178/2006 (2006), isto é, o grupo I são colocados em saco preto; o grupo II, em saco preto; grupo III, em saco branco e no grupo IV, em saco vermelho.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (DGS, 2022a), refere que “garantir ambientes seguros para a prestação de cuidados seguros e em tempo útil, envolve um esforço de todos os intervenientes para assegurar condições” (p. 37). Parte das pessoas presentes em SU, cerca de 12 a 16%, encontram-se sob cateter urinário do qual pode advir, como consequência, a infeção do trato urinário (DGS, 2022d). Neste procedimento deve-se cumprir a técnica assética na colocação do cateter vesical, executar a técnica limpa no manuseamento do mesmo e avaliar diariamente a necessidade de remover o cateter de forma a evitar esta complicação (DGS, 2022d).

De acordo com Benner (2001), os protocolos têm como objetivo garantir que todas as pessoas serão tratadas com segurança. A cateterização venosa periférica é um dos principais procedimentos na prestação de cuidados de enfermagem, que deve seguir um procedimento específico. Este tem como consequência a infeção da corrente sanguínea. Para a sua validação é necessário a colheita de sangue para hemoculturas, tendo como base a técnica assética, frascos individualizados e uma ordem específica de colheita.

Assim, foi possível desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC através da *maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e as competências de mestre *aplicando os conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações novas* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), uma vez que há uma grande preocupação com o controlo de infeção em todo o serviço.

A práxis de cuidados de qualidade, segundo Hesbeen (2001), é o cuidar adaptado conforme a situação de doença que a pessoa está a vivenciar e que tem como objetivo alcançar a saúde da pessoa e dos que a rodeiam. Relativamente ao transporte intra-hospitalar, destaco uma situação vivenciada na SO dos laranjas, trata-se de uma pessoa,

de 56 anos, previamente orientada, autónoma nas atividades de vida diárias, que se encontrava com a decisão de internamento. No turno anterior, a pessoa iniciou um quadro de desorientação e agitação no leito, com várias tentativas de levantar, tendo sido agilizadas as medidas prescritas pelo médico e proporcionado um ambiente mais tranquilo para a pessoa. No meu turno, a pessoa encontrava-se hipotensa (70/30 mmHg), tendo a colega responsável informado o médico sobre o quadro. Mais tarde, quando nos dirigimos à SO, deparamo-nos com a pessoa em paragem cardiorrespiratória, já com o médico responsável presente na sala, foram iniciadas manobras de suporte avançado de vida, com duração de sete minutos. Aquando da lateralização da pessoa para colocação do plano duro, deparámo-nos com a presença de conteúdo de vômito alimentar na cavidade oral, pelo que procedemos à aspiração do mesmo. Após recuperação de pulso e já com os médicos intensivistas na sala, a pessoa foi entubada orotraquealmente e ventilada. Foi colocada sonda nasogástrica para drenagem de conteúdo gástrico.

Por indicação da médica da SO, demos início à preparação dos equipamentos, bala de oxigénio (verificou-se a quantidade de oxigénio existente), ventilador portátil com bateria funcionante e carregada, monitor cardíaco com bateria suficiente para o transporte, acondicionamos os equipamentos e a mala de transporte, dando início ao transporte até à sala de imagiologia, acompanhados pelos médicos intensivistas.

À chegada à sala para realização de TAC crânio e corpo e de AngioTAC corpo, estivemos cerca de cinco minutos à espera para transferir a pessoa para a mesa de realização do exame, uma vez que não houve aviso prévio por parte da médica responsável pela pessoa, via telefone, a informar que iríamos com uma pessoa instável, bem como o pedido para realização do exame ainda não tinha sido efetuado informaticamente, pelo que se desperdiçou muito tempo até à realização do exame e houve falta de planeamento sobre todo o processo. Após o término, de forma a terem uma leitura rápida das imagens, dois médicos radiologistas especialistas em áreas distintas, foram dar o seu parecer relativamente aos resultados. Posteriormente e com indicação dos médicos intensivistas, deslocamo-nos para a UCI, sendo que os colegas já aguardavam a chegada da pessoa.

Peplau considera a enfermagem como uma relação interpessoal, significativa e terapêutica e que atua como um apoio aos restantes profissionais (Franzoi *et al.* 2016), ou seja, cabe ao enfermeiro ser o elo entre os profissionais de saúde ao longo de todo o

percurso da pessoa internada. O transporte intra-hospitalar da PSC pode ter vários destinos, como a sala de emergência, UCI, imagiologia ou bloco operatório (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). O período de transporte pode ser variável e traduzir-se numa enorme instabilidade para a pessoa e consequentemente agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Numa fase inicial, a pessoa deve ser estabilizada de modo a iniciar-se o transporte e deve existir comunicação com os serviços de destino e com as equipas que vão receber a mesma (Santos *et al.*, 2023). Para a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), deve existir confirmação prévia da parte do serviço destino sobre o início do transporte, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetida ou a terapêutica programada. A análise e reflexão sobre esta situação permitiu evidenciar o papel do enfermeiro mestre e especialista no transporte intra-hospitalar da PSC, através de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, assim como o fato de ter um papel ativo no âmbito da gestão de risco e da adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC.

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2019), “a sala de emergência constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico” (p. 7). Trata-se de uma área onde é possível efetuar abordagem, tratamento e observação da PSC (ACSS, 2019).

No local onde realizei estágio, a ativação da sala é sinalizada pelo soar de uma campainha. Existem dois tipos de toque de emergência, um para as emergências médicas e outro para as emergências de trauma. A sala de reanimação tem capacidade para abordar duas vítimas em simultâneo. O trabalho de equipa é elementar visto que é uma sala onde o caos está sempre presente e requer um trabalho organizado e sincronizado e com comunicação eficaz, objetiva e clara. Neste SU destaco a existência de um protocolo de *kits* de atuação na sala de emergência, desde a entubação orotraqueal até à algaliação, passando pela punção lombar, paracentese, cateter venoso central e *kit* básico de partos, que fazem com que se agilize a intervenção dos enfermeiros num curto espaço de tempo.

Para a minha prestação de cuidados foi importante a leitura de protocolos e normas de serviço, a consulta de evidência científica, a avaliação da PSC segundo a metodologia

A (Via aérea) B (Ventilação) C (Circulação) D (Disfunção Neurológica) E (Exposição) e a partilha de conhecimentos com o enfermeiro orientador. Nesta sala presenciei paragens cardiorrespiratórias, vias verdes AVC, pessoas com patologia do foro respiratório, fundamentalmente edema agudo pulmonar e pneumotórax, e cardíaco, especialmente enfarte agudo do miocárdio e taquidisritmias. Participei ativamente em todas as situações, seja em manobras de reanimação, como na punção de acesso venoso periférico e na preparação e administração de medicação.

Foi possível desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC integradas no *cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica*, através da *prestação de cuidados à PSC e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e *na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, da identificação das necessidades da pessoa, assegurando a deteção precoce* (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na maioria dos turnos permaneci, juntamente com o enfermeiro orientador, na função de chefe de equipa, tratando-se de um elo entre a enfermeira chefe e os restantes membros da equipa. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) (2015), os enfermeiros contribuem com o desempenho da sua atividade para a área de gestão, investigação e formação para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. A equipa dos serviços de urgência dispõe de enfermeiros com competências especializadas na área da PSC, pelo que deverão ser estes a exercerem as funções de chefes de equipa (Parecer nº 20/2015, 2015). Os enfermeiros chefes de equipa gerem a equipa de enfermagem, a equipa de assistentes operacionais, bem como recursos humanos e materiais consoante a necessidade nos diversos setores em situações de maior complexidade, gestão de vagas entre salas de observação e internamentos e contabilização de estupefacientes nas diferentes salas de observação.

No início de cada turno verificava a disponibilidade do material da sala de emergência, procedia à realização de testes ao ventilador, ao desfibrilhador do carro de emergência e de transporte; verificava a integridade do selo do carro de emergência, da mala de transporte e da mala de abordagem à pessoa com AVC. Estas funções permitiram desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da gestão dos cuidados* (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Segundo o Decreto-Lei nº 80/2015 (2015), catástrofe é um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, (...) vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico (...) do território nacional” (p. 5316). A Autoridade Nacional de Proteção Civil é a entidade responsável pela organização e gestão de ocorrências, quando existe uma catástrofe em território nacional. No caso dessa catástrofe resultarem vítimas, entra em funcionamento o INEM e os demais serviços de saúde. Assim, os enfermeiros, como parte integrante dos sistemas de saúde, constituem a linha da frente no cuidar da PSC (INEM, 2012).

Para este objetivo foi realizada a consulta do procedimento de trabalho, existente na *intranet*. Este contém a planta do piso onde se encontra o SU, a explicação da forma de atuação caso exista um evento de catástrofe, o tipo de material necessário, o local onde está armazenado e a forma de utilização do mesmo. A Triagem de *Manchester* funciona em situações de catástrofe, embora de forma adaptada: triagem primária e triagem secundária. No SU existe um *Kit* de Catástrofe, que se encontra armazenado na sala de emergência e é conhecido por toda a equipa, sendo que se encontra bem identificado.

O hospital onde realizei estágio foi um dos identificados para receber vítimas em caso de catástrofe, aquando da realização da Jornada Mundial da Juventude, dado a sua proximidade com o local das comemorações. Deste modo, a enfermeira chefe e a diretora clínica do departamento de urgência reformularam o plano de catástrofe da instituição, como ferramenta de resposta sistemática que define as normas gerais de atuação face a uma situação de emergência multivítimas. Tendo acompanhado de perto este processo foi possível desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC, através da *dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe* (Regulamento n.º 429/2018, 2018), pois é da competência do enfermeiro mestre e especialista intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe.

No objetivo específico “*Refletir criticamente sobre a utilização de instrumentos de gestão da comunicação com a pessoa sob VMI*”, realço a necessidade de realizar um jornal de aprendizagem, sobre a comunicação no transporte intra-hospitalar, de forma a refletir sobre a prática e a teoria que considere pertinente para a minha aprendizagem.

As práticas de enfermagem devem ser alvo de reflexão, para garantir a qualidade dos cuidados, considerando a necessidade de ter enfermeiros bem preparados para dar

respostas adequadas às necessidades das pessoas (N. Peixoto & T. Peixoto,, 2016). Neste contexto, deparei-me com diversas técnicas e procedimentos que nunca tinha experienciado, pelo que optei sempre por pesquisar literatura científica atual sobre as temáticas. Destaco a reflexão sobre a prática clínica e discussão sobre as abordagens com o enfermeiro orientador no contexto de estágio e com a professora orientadora através de sessões de orientação tutorial. A realização dos seminários assinalados ao longo desta unidade curricular foram importantes para conseguir extrapolar os conhecimentos teóricos, lecionados durante as unidades curriculares anteriores para a prática, aumentando a qualidade na prestação de cuidados. Neste âmbito, ressalvo a concretização do curso de suporte avançado de vida, bem como o curso *Advanced Trauma Care for Nurses* que me munuiu de ferramentas para dar resposta de forma imediata a focos de instabilidade e a atuar de forma eficaz nos cuidados à PSC.

Durante o estágio, considero como uma mais-valia a realização de momentos de *debriefing* que realizei no fim de cada turno com o enfermeiro orientador, de forma a gerar momentos de reflexão e partilha, que permitam uma tomada de decisão sustentada, mobilizando conhecimento científico e por forma a esclarecer questões que permaneciam da pesquisa bibliográfica efetuada.

Com este objetivo foi possível desenvolver as competências de mestre, de modo a *saber aplicar os conhecimentos em situações novas e multidisciplinares* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da melhoria contínua da qualidade* (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No último objetivo específico "*Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da formação contínua da equipa de enfermagem no âmbito gestão da comunicação e da utilização de instrumentos a serem aplicados na pessoa sob VMI*", realizei um artigo em formato póster para o jornal do SU (Apêndice IV) com base nos resultados da RIL, prática comum no serviço, onde mensalmente cada grupo de enfermeiros aborda uma temática que considere que a equipa tem mais lacunas. Mesmo existindo um reduzido número de pessoas sob VMI no serviço, achei pertinente uma vez que a equipa se mostrou muito recetiva em adquirir e reforçar conhecimentos sobre esta temática, para estarem futuramente preparados.

Uma dificuldade sentida, numa fase inicial do estágio, foi o facto das oportunidades de contacto com a pessoa sob VMI serem muito escassas. No entanto, após refletir

juntamente com a professora e o enfermeiro orientador, percebi que existem valências que posso adquirir partindo para uma abordagem de adaptação da comunicação à PSC. Posto isto, desenvolvi competências sobre a comunicação com a pessoa sujeita a barreiras na comunicação, como por exemplo quando prestei cuidados a uma pessoa com necessidade de traqueostomia definitiva e que por esse motivo não emitia som quando falava, mas a comunicação era possível através da utilização de gestos ou de caneta e papel, para o mesmo escrever as suas necessidades e sentimentos. Este tipo de aptidões são uma mais-valia para a minha bagagem enquanto enfermeira mestre e especialista, uma vez que posso transpor para a minha prática clínica atual.

Ao longo do estágio, fiz algumas sugestões junto do enfermeiro orientador no sentido de melhoria do serviço e saliento como exemplo, na sala de emergência, a organização e armazenamento de medicação extra carro de emergência, como nebulizadores, antieméticos, analgésicos e material de avaliação de glicémia capilar (máquina, lancetas e tiras) que se encontravam guardadas numa caixa na bancada da sala e posteriormente, foram pedidas gavetas individualizadas, devidamente etiquetadas e colocadas por ordem alfabética para uma administração de medicação mais segura e eficaz. Deste modo, pretendi dar um contributo real para a melhoria do contexto, mobilizando orientações internacionais para a prática segura.

Um SU constitui um ambiente com características próprias que permite a prática especializada dos cuidados à PSC. Assim, estes cuidados são prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas, prevenir complicações e reinternamentos, detetar precocemente complicações e assegurar uma intervenção eficiente e em tempo útil com vista à recuperação total e aumento da qualidade de vida.

Com este objetivo desenvolvi competências de mestre, de modo a *ter capacidade para incorporar conhecimentos em situações de informação limitada* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da melhoria contínua da qualidade* (Regulamento n.º 140/2019, 2019) que me permitiu a utilização refletida do conhecimento de enfermagem, através do desenvolvimento de práticas de qualidade.

O hospital onde realizei estágio possui uma base da VMER, onde realizei três turnos de observação, de forma a acompanhar todo o percurso da PSC desde o local do incidente até um possível internamento. O INEM é a entidade que coordena o funcionamento do

sistema integrado de emergência médica de forma a garantir às vítimas a pronta prestação de cuidados (INEM, 2013). A abordagem utilizada na PSC é a mnemónica ABCDE, que permite um pensamento lógico para identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade (INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020).

No decorrer dos turnos presenciei um total de doze ativações: duas ativações para paragens cardiorrespiratórias, duas ativações para criança com dispneia, duas ativações para trauma, duas ativações para pessoa com hemorragia, uma ativação para pessoa com dor torácica, uma ativação para grávida e duas desativações por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Durante as viagens existiu a realização de um resumo conjunto por parte da equipa sobre possíveis abordagens perante as situações expostas o que facilitou a mobilização de conhecimentos pré-adquiridos, desde protocolos de atuação a algoritmos de suporte avançado de vida. Entre ativações tive oportunidade de realizar com o enfermeiro uma visita ao serviço, bem como contactos com peritos da equipa, destacando as especificidades do contexto extra-hospitalar e rede INEM, a sua metodologia de trabalho e os profissionais que a integram.

Uma das situações vivenciadas foi de paragem cardiorrespiratória não presenciada. À chegada ao local, os bombeiros tinham colocado a vítima no chão do quarto e iniciado manobras de suporte básico de vida (cerca de vinte minutos). Juntamente com o enfermeiro procedemos à monitorização da pessoa e avaliação ABCDE, enquanto a médica percebia o estado prévio da pessoa junto da esposa. Percebemos que esta teria múltiplos antecedentes cardíacos e era hemodialisada. Dados os critérios e os tempos de atuação, a médica deu indicação para parar manobras e foi informar a esposa do óbito. Prestámos apoio psicológico, através da comunicação com a esposa e mostramos total disponibilidade. Transpondo a teoria das relações interpessoais de Peplau para a relação enfermeiro – família, o enfermeiro deve atuar como agente facilitador desta ligação e deve ser baseada na empatia, confiança, comunicação eficaz e compreensão das necessidades da família (Franzoi *et al.* 2016), neste caso da esposa que acabou de perder o marido. A equipa tem ainda de comunicar o acontecimento às autoridades, com a finalidade destas se dirigirem ao local para averiguação do incidente. Após a chegada dos meios policiais, a equipa é dispensada e volta à base.

Numa outra das ativações foi para uma pessoa colhida por um touro durante uma largada, com lesão a nível do tórax à esquerda e na virilha à direita com exposição da veia

femoral. À nossa chegada a vítima já se encontrava na ambulância, consciente e orientada, muito queixosa, com fácies de dor, questionada sobre a intensidade da dor na escala numérica (anexo III), respondeu que teria dor dez, a dor máxima. A lesão do tórax estava pouco sangrante e protegida com um penso quadrado estéril transparente (para se conseguir visualizar a loca) e estava fixo em três pontos, sendo que um dos pontos do penso não estava aderente à pele, de forma que o sangue não acumulasse no tórax e para funcionar como barreira para que o ar inspirado seja filtrado. A lesão da região inguinal estava sangrante, tendo sido realizada pressão com compressas.

Juntamente com o enfermeiro, monitorizámos a pessoa, inicialmente hipotensa (80/40 mmHg) e taquicardica (120 bpm), colocámos acesso venoso periférico, administrámos a medicação que a médica indicou (ácido tranexâmico, morfina e soro em perfusão), substituímos o bombeiro e realizámos pressão na lesão da região inguinal.

Assim que a pessoa estava estabilizada, ou seja, a hemorragia estava controlada, o perfil tensional melhorou (90/50 mmHg) e a frequência cardíaca começou a normalizar (90 bpm), a médica deu indicação para iniciar o transporte para um hospital central, sendo que fui, juntamente com a médica e o enfermeiro, na ambulância para vigilância da pessoa e um dos bombeiros levou a VMER a sinalizar caminho, uma vez que o transporte teria de ser o mais rápido e eficaz possível por ser uma vítima instável. No decurso do transporte importou interceder na monitorização, vigilância do estado de consciência e de perdas hemáticas. À chegada ao hospital central dirigimo-nos à sala de reanimação, houve transmissão de informação sobre a vítima (motivo de chamada, antecedentes pessoais, intervenções e terapêutica realizadas). Após a transferência da pessoa a equipa foi dispensada e voltou à base.

Durante os turnos realizados na VMER, não foi possível o contacto com a pessoa submetida a VMI, contudo, adquiri outras valências dentro da temática que são uma mais-valia para o meu percurso. Desde a comunicação com a família em contexto de agudização de doença, com a pessoa em contexto de angústia pela sua situação de doença, bem como em situação de transmissão de más notícias, a comunicação entre equipa em ambiente extra-hospitalar. Vivenciei situações que tive de executar uma abordagem de adaptação da comunicação à pessoa e família em situação crítica e que posso levar para contextos profissionais futuros.

Deste modo, foi possível desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC através da *prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade*, com base na *identificação de focos de instabilidade* e na *execução de cuidados técnicos de alta complexidade* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da melhoria contínua da qualidade*, e no *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal* (Regulamento n.º 140/2019, 2019) garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Benner (2001) defende que o enfermeiro mestre e especialista deve deter conhecimentos técnicos, comunicar eficazmente, tomar decisões, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Desta forma, considero que para a prestação de cuidados à PSC com qualidade é imprescindível um domínio profundo de saberes, capacidade de lidar com o imprevisto, capacidade de observação e de estabelecimento de prioridades, com o objetivo de reduzir o tempo de internamento e, por sua vez, diminuir os custos associados à saúde.

2.2. A Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos

As unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais” (DGS, 2003, p.5). A sua prática assenta num contínuo de ações e procedimentos, assegurados em função das necessidades das pessoas, vinte e quatro horas por dia.

Existem três níveis de classificação de unidades de cuidados intensivos, que estão relacionados com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (2019), a UCI de nível II tem capacidade de “monitorização invasiva e de suporte de funções vitais (...) deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior” (p. 145) e a UCI de nível III ou Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) possuem “equipas (...) dedicadas (médica e enfermagem), (...) e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários” (p. 145). Assim, de acordo com esta classificação, a UCI do onde efetuei estágio, apresenta maioritariamente camas para pessoas de nível III, contudo possui três camas para pessoas de nível II.

A unidade curricular Estágio com Relatório, 3º semestre, 2º ano do curso de MEMCPSC, decorreu numa UCIP capacitada para a prestação de cuidados à pessoa de médio e alto risco de vida, de forma a promover a assistência multidisciplinar diferenciada, tendo como objetivo final a recuperação da pessoa. Os objetivos e atividades deste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências foram formulados face ao conhecimento e oportunidades do contexto de estágio, sendo que estão expressos no apêndice V.

No que concerne à estrutura orgânica e funcional da UCI onde concretizei estágio, é composta por uma sala, em *open space*, com oito camas capacitadas para a prestação de cuidados à PSC, zona de preparação de medicação, um balcão onde está localizada a central de monitorização que permite ter uma visão global das pessoas internadas na UCI e uma sala equipada com uma cama que funciona como unidade de isolamento, com capacidade de ser ajustada para pressão positiva ou negativa, conforme necessidade.

Esta unidade está equipada com a mais alta tecnologia o que é uma mais-valia para o bom funcionamento da mesma e para a prestação de cuidados com qualidade, destaco os monitores multiparâmetros com módulos de avaliação de pressão arterial invasiva, pressão venosa central, entre outras funções; os ventiladores Dräger V600; as máquinas de substituição da função renal BBraun OMNI e os equipamentos de infusão BBraun.

A UCI, onde efetuei estágio, recebe pessoas vindas do SU, do bloco operatório e de todos os serviços do mesmo hospital, bem como de outras instituições do país, desde que a transferência tenha sido previamente acordada com o médico de serviço. Nesta caminhada tive mais contacto com pessoas a vivenciar situações críticas do foro dos diagnósticos médicos, como insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal, choque séptico, desequilíbrio ácido-base e hidroeletrólítico e AVC. E também cuidei de pessoas em situação de pós-operatórios diversos, como colecistectomias, cirurgia endovascular de aneurisma, entre outras.

Relativamente aos recursos humanos é constituído por um diretor clínico, uma enfermeira diretora de departamento, uma enfermeira chefe responsável de serviço e uma enfermeira coordenadora de serviço. Na UCI há um total de vinte e nove enfermeiros e quatorze assistentes operacionais, sendo que nove dos enfermeiros são enfermeiros especialistas, quatro em reabilitação e cinco em enfermagem médico-cirúrgica. Desta forma, saliento a presença de cinco enfermeiros e quatro assistentes operacionais no

turno da manhã, quatro enfermeiros e dois assistentes operacionais no turno da tarde e quatro enfermeiros e um assistente operacional no turno da noite.

O método de trabalho utilizado na organização dos cuidados de enfermagem é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável pela tomada de decisão e prestação de cuidados individualizados à pessoa que lhe está atribuída (Ventura-Silva *et al.*, 2021). O enfermeiro de reforço colabora com os restantes na prestação de cuidados direta e indireta. Para os autores supracitados, este método de prestação de cuidados beneficia a relação enfermeiro – pessoa, possibilitando uma individualização dos cuidados e promove a responsabilidade do enfermeiro que avalia e coordena os mesmos.

Tendo por base o Regulamento n.º 743/2019 (2019), na prestação direta dos cuidados de enfermagem às pessoas recomendam-se os rácios mínimos de um enfermeiro para três pessoas em camas de nível II e de um enfermeiro para duas pessoas em camas de nível III. De acordo com Nobre et al. (2019), o *Nursing Activities Score* (NAS) é uma ferramenta desenvolvida para determinar carga de trabalho dos enfermeiros em UCI e detém como objetivo mensurar a quantidade de horas despendidas pelo profissional na prestação de cuidados à pessoa, abrangendo os procedimentos, bem como as atividades administrativas e o tempo investido no apoio à família. Na UCI onde realizei estágio, esta escala é avaliada uma vez por dia, no turno da noite, para cada pessoa.

Relativamente ao objetivo específico *“Aprofundar conhecimentos sobre intervenções especializadas de enfermagem utilizadas para colmatar as dificuldades de comunicação com a pessoa sob VMI e sobre os instrumentos utilizados”*, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos científicos e técnicos através de procedimentos como a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC), técnica de plasmaferese, técnicas de VMI, colocação de cateteres de diálise, linhas arteriais, provas de morte cerebral entre outros. Estas novas experiências conduziram às minhas inquietações e optei sempre por ter conhecimento dos protocolos existentes na UCI, pesquisar literatura científica sobre a temática e refletir sobre as abordagens com a enfermeira orientadora.

No que à formação diz respeito, a UCI é provida de inúmeros protocolos de atuação, possibilitando a uniformização e melhoria dos cuidados prestados, dado que são assentes na prática baseada na evidência. Benner (2001) defende que a formação dos profissionais tem como objetivo promover a aquisição de conhecimentos clínicos de forma que cada um obtenha experiência. Durante o período de estágio tive oportunidade

de assistir a formações de serviço, nomeadamente intervenções de enfermagem à pessoa sob VNI e cuidados ao cateter venoso central - implantofix. Estas temáticas, para além de serem essenciais na UCI, são fulcrais no serviço onde exerço funções, visto que são técnicas muito comuns e estes momentos de formação foram uma mais-valia para relembrar conhecimentos e gerar inquietações de forma a ir pesquisar mais sobre os temas para conseguir aplicar na minha prática clínica.

Neste estágio, desenvolvi a revisão e produção de um procedimento de trabalho existente na UCI sobre a temática em estudo (Anexo II). Para isso consultei o procedimento de trabalho existente e tendo por base a minha RIL, atualizei com a informação mais recente e coloquei de acordo com o novo *template* da instituição. Elaborei uma ferramenta de auxílio para a comunicação com a pessoa sob VMI, através da construção de três placas de imagens de acordo com as necessidades das pessoas, em língua portuguesa e inglesa, por forma a facilitar a comunicação com estes (Apêndice VI). Optei por elaborar em duas línguas devido à transculturalidade cada vez mais atual e ao aumento de internamentos de pessoas estrangeiras na instituição.

No processo de aquisição de competências é indispensável refletir sobre as aprendizagens que a prática nos oferece (*know-how*), agregando os saberes da prática à teoria, sem negligenciar o comportamento ético (Benner, 2001). Com este objetivo desenvolvi competências de mestre, no sentido de *saber aplicar os conhecimentos em situações novas* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da melhoria contínua da qualidade* (Regulamento n.º 140/2019, 2019), visto que alicercei a minha prática clínica na evidência científica mais atual, através da aplicação dos conhecimentos que resultaram da RIL, sendo que os enfermeiros do serviço reconheceram como essenciais as partilhas efetuadas.

A comunicação em enfermagem significa a criação de uma relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa, com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem com sucesso (Phaneuf, 2005). O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa junto das pessoas na prestação de cuidados e o que consegue estabelecer uma relação com cada uma delas, através de estratégias pensadas para cada uma das suas características.

Com o objetivo específico "*Identificar as intervenções especializadas de enfermagem utilizadas no processo de comunicação com a pessoa submetida a VMI*", desenvolvi

técnicas de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde de cada pessoa, por exemplo com pessoas submetidas a VMI com sedação ligeira.

O serviço dispõe de ferramentas de auxílio para a comunicação com pessoas que se encontrem acordadas, mas sem capacidade vocal para se expressarem, que se encontram reservadas numa caixa devidamente identificada. Nesta caixa encontram-se disponíveis para utilização quadro de velcro com letras, quadro de íman com números e letras, quadro mágico, dossier com figuras plastificadas (diagnósticos de enfermagem), cadernos representativos plastificados (parte do corpo humano, festas anuais, profissões, tempo, estações do ano, meses do ano, entre outros), bem como as placas de imagens realizadas por mim (apêndice VI). Da experiência que tive, utilizei as placas de imagens junto das pessoas, de forma que estas consigam indicar a imagem que corresponde ao que querem expressar, mas também, comuniquei por mímica.

A comunicação entre enfermeiro – pessoa é elementar e é imprescindível que seja assegurado o sucesso da relação que se estabelece, independentemente do contexto em que se encontram ou da fase de vida que estão a vivenciar (Phaneuf, 2005). O enfermeiro tem um papel fundamental no trajeto da pessoa através do reconhecimento e aceitação do estado de saúde e da resolução dos problemas. Para Peplau, a relação enfermeiro – pessoa é marcante no processo saúde – doença, uma vez que esta interação facilita a receptividade por parte da pessoa a ações educativas em saúde (Franzoi *et al.* 2016). No processo de cuidar existe um crescimento pessoal entre enfermeiro e pessoa com base no estabelecimento de uma relação interpessoal entre ambos (Franzoi *et al.* 2016).

A passagem de turno é realizada na sala em *open space*, junto à central de monitorização, onde conseguimos visualizar as pessoas internadas. No que diz respeito à transmissão de informação, começando sempre pela apresentação da pessoa, motivo de vinda ao SU, diagnóstico de internamento e as alterações que se têm vindo a registar ao longo do internamento. As passagens de turno são pequenos momentos de reunião da equipa de enfermagem, que têm como objetivo assegurar a continuidade de cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade dos mesmos (Parecer nº 61/2017, 2017).

Após a passagem de turno, existe um momento de *debriefing* com os elementos que realizam turno, de forma que todos tenham conhecimento do estado clínico das pessoas internadas, no caso de acontecer alguma intercorrência. Estes momentos de aprendizagem são uma mais-valia e promovem uma reflexão em equipa. Para Gilmartin

et al. (2020), o *debriefing* relacionado com os cuidados de saúde, tem como objetivo estimular a reflexão, simplificar a discussão e deter condutas mais adequadas à prática.

O PNSD 2021-2026 (DGS, 2022a), demonstra que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde tem como objetivo garantir a segurança das pessoas. Um dos pilares refere que antes de efetuar qualquer procedimento, a pessoa ou o seu representante legal deve ser informado, sendo-lhe explicada a necessidade do procedimento e os riscos deste, solicitando deste modo o seu consentimento expresso. “O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa, é uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia” (DGS, 2013, p.9).

Cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação clara e eficaz, utilizando uma linguagem simples, garantindo que a pessoa percebeu o que lhe foi transmitido. É fundamental a integração da pessoa no processo de decisão quanto às intervenções de saúde que lhe são propostas, numa partilha de conhecimentos que a torna competente para tomar a decisão de aceitação ou recusa dos mesmos. Muitas pessoas encaram a hospitalização como fator de despersonalização pela dificuldade de manter a sua identidade e privacidade. Júnior *et al.* (2017) destacam que o estado de doença provoca sentimentos negativos, como incapacidade, dependência e insegurança.

Na UCI, o período de visitas era dividido em dois momentos, para as camas pares o horário era no início da tarde e para as camas ímpares era ao fim da tarde. As mesmas eram limitadas apenas a uma pessoa e num período de meia hora. Na primeira visita, os familiares eram acolhidos pelo enfermeiro e médico responsável pela pessoa que informam sobre o estado clínico da pessoa e dos equipamentos que vai encontrar.

Das experiências que vivenciei com familiares, realço a situação de uma pessoa que se encontrou durante um vasto período internada, com necessidade de VMI e a sua esposa, todos os dias, sem exceção, a visitava. A primeira visita foi um pouco impactante para a esposa pela diversidade de equipamentos em volta da pessoa, no entanto após a minha abordagem, juntamente com a enfermeira orientadora, da explicação do estado clínico, de todos os dispositivos e de referirmos que a esposa poderia falar com a pessoa e dar-lhe a mão para esta sentir a sua presença, esta ficou mais tranquila. A esposa todos os dias lhe contava como eram os seus dias, como estavam os restantes familiares e demonstrava a expectativa que tinha no regresso desta a casa. Para Dias *et al.* (2010, p. 54) a pessoa “por apresentar ausência de reação, não significa ausência de percepção”.

A comunicação numa UCI é bastante limitada, dado que a globalidade das pessoas se encontram sob sedação, analgesia e VMI. Os familiares sentem-se inseguros, aquando da abordagem da pessoa num ambiente estranho (Goularte *et al.*, 2020). As alterações consequentes da hospitalização de um membro da família são muito significativas e interferem em toda a dinâmica familiar (Goularte *et al.*, 2020). O entendimento das condições intrínsecas ao processo de transição levam ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem que sejam concordantes com a experiência única vivenciada pelas pessoas, originando respostas saudáveis a esta mesma transição (Meleis *et al.*, 2000).

Ao longo deste estágio, valorizei sempre a componente relacional com a pessoa e com a família, de modo a estar atenta às necessidades de ambos, adotando uma atitude de compreensão e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. Desta forma, foi possível desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC, no que diz respeito à *gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e o *estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa e família em situação crítica* (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No que diz respeito ao objetivo específico "*Prestar cuidados especializados em enfermagem à PSC*" foi essencial conhecer a estrutura da UCI. Assim, no primeiro dia de estágio fui recebida pela enfermeira chefe que me deu a conhecer o espaço físico da UCI, os profissionais que integram o serviço e algumas das especificidades do mesmo desde a chegada da PSC até à sua transferência para outro serviço. Nos dias seguintes, a enfermeira orientadora explicou as dinâmicas do serviço, a metodologia de trabalho e as especificidades da abordagem à PSC, que fui complementando através da leitura das normas e protocolos, bem como da observação e colaboração na prestação de cuidados.

As acomodações da unidade facilitaram a conservação da confidencialidade e privacidade, dado que se apresentam em *open space*, com limites claros da unidade de cada pessoa. Como defende o REPE (OE, 2015), "no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (p.101-102).

A PSC carece de cuidados especializados e diferenciados. Por este motivo, o enfermeiro mestre e especialista deve prevenir e antecipar potenciais complicações. Previamente da chegada da PSC ao serviço, existe a necessidade de preparar e dispor

todo o material para a concretização das técnicas, com a finalidade de as compensar eficazmente. Durante este estágio, assisti e colaborei na realização de técnicas invasivas, como a colocação de cateter venoso central, cateter arterial e de acesso vascular para realização de técnicas de diálise, entubações e extubações orotraqueais. Tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa com drenos de vácuo e drenos torácicos.

Ao longo deste percurso de aprendizagem, consolidei competências no âmbito da farmacologia específica na pessoa em UCI, como fármacos vasoativos, analgesia, entre outros. A PSC necessita de um grande aporte de terapêutica endovenosa, o que faz com que os enfermeiros detenham conhecimentos específicos, como a estabilidade das perfusões, compatibilidades e perdas de propriedades dos medicamentos, necessidades de troca de sistemas e seringas de perfusão. Também, tive oportunidade de preparar alimentações parentéricas, sendo que a preparação destas têm um protocolo muito ponderado e rigoroso, relativamente ao controlo de infeção. A temática da farmacologia revelou-se um grande desafio para mim. Contudo, realizei sempre pesquisa sobre a medicação que não conhecia, formas de administração e efeitos secundários que tinha de estar alerta, refleti sempre, com a minha enfermeira orientadora, sobre a minha atuação e procurei justificar os motivos que me levaram a agir de determinada forma.

Posto isto, foi possível desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC, de modo a *cuidar da pessoa, a vivenciar processos complexos de doença crítica*, mais propriamente na *administração de protocolos terapêuticos complexos* (Regulamento n.º 429/2018, 2018), através da capacidade crítica e reflexiva sobre a prestação de cuidados que diariamente suscitam dúvidas, de forma a adequar respostas e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

No que concerne à antecipação da instabilidade da pessoa, refiro como exemplo a realização dos cuidados de higiene e conforto no leito, dado que carece de muita reflexão porque a pessoa tem de estar hemodinamicamente controlada. Caso não aconteça, esta pode apresentar alterações hemodinâmicas e físicas sugestivas de dor e de má adaptação ao ventilador. Nestas situações, a atuação precoce é essencial, de forma a promover o conforto e a estabilidade à pessoa.

Do meu ponto de vista, um dos grandes desafios deste estágio foi a atuação de forma antecipada, em episódios de alteração do estado clínico da PSC, de modo que não ocorra dano vital para esta. Um caso em particular que me despertou interesse foi da pessoa Z., sessenta anos, que tinha como antecedentes pessoais: hipertensão arterial (2019), silicose pulmonar (2006), hipertrofia benigna da próstata (2011), dislipidemia (2009), excesso de peso (2021, com IMC de 27,5 kg/m², o que significa que a pessoa tem o peso de 90kg e a altura de 1,81m), trombose venosa profunda (2023) e fumadora (2020, durante vinte e nove anos, cerca de quarenta e cinco cigarros por dia, o que equivale a 65,25 UMA). De referir ainda a terapêutica que realizava no domicílio: Apixabano (2,5 mg); Losartan + Amlodipina (50 + 5 mg) e Sinvastatina (20mg) e sem alergias conhecidas.

Trazido pela VMER devido a trauma abdominal por arma de fogo (caçadeira) enquanto caçava. À admissão no SU, pessoa consciente com *score* de quinze na escala de Glasgow (anexo IV), com dor não controlada (através da escala numérica de dor (anexo III), nível nove) e sudorética. Hemodinamicamente, perfil tensional hipotenso (60/30 mmHg) e frequência cardíaca taquicárdica (130 bpm), polipneica sob máscara de alta concentração com oxigênio a quinze litros por minuto (SpO₂: 94%). Apresenta ferida na região dorsolombar à esquerda (suposta porta de entrada, de dimensão 5cm x 5cm) com hemorragia ativa e ferida no flanco direito (suposta porta de saída, de dimensão 5cm x 5cm). No SU, admitiu-se choque hemorrágico e realizou ácido tranexâmico (1g), fluidoterapia e morfina.

Transferido com caráter de urgência para o bloco operatório, submetido a laparotomia exploratória, onde constataram volumoso hemoperitoneu, vaso com hemorragia arterial ativa, recessão do cólon sigmoide, extensa laceração do mesentérico com sinais de isquemia e enterectomia segmentar. Durante o intraoperatório, perdas estimadas de dois litros de volêmia. Manteve quadro de choque com necessidade de suporte vasopressor, ressuscitação volêmica com treze litros de cristaloides, seis unidades de concentrado de eritrócitos, quatro unidades de plasma fresco e 2000 ui de concentrado de complexo protrombínico. Posteriormente, foi admitido na UCI por traumatismo abdominal por arma de fogo, da qual resultou choque hemorrágico grave por hemoperitoneu secundário à hemorragia arterial ativa, status pós resseção do colon sigmoide e status pós enterectomia segmentar. Apresenta fratura no acetábulo à esquerda e por esse motivo tinha cinta modular na bacia.

À entrada na UCI, pessoa sedada, avaliada segundo a escala de RASS (anexo V) em menos quatro, ventilada com tubo endotraqueal (número oito) ao nível vinte e três à comissura (SpO2: 98%). Hemodinamicamente, tensão arterial de 109/50 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm. Tem sonda nasogástrica (calibre dezasseis) na narina esquerda para drenagem de conteúdo gástrico. Apresenta penso na zona abdominal central, na zona dorso lombar direita (suposta porta de entrada) e na zona do flanco direito (suposta porta de saída). Apresenta cateter venoso central, de quatro lúmens, na jugular direita e linha arterial na radial esquerda. Por fim, tem sonda vesical para contabilização de débito urinário, funcionante para urina alaranjada, sem sedimento. Apresenta colostomia, no flanco superior esquerdo, não funcionante.

Os enfermeiros são os profissionais que se encontram na linha da frente em relação ao cuidado à pessoa, consequentemente são os primeiros que recebem as vítimas de violência quando estas chegam aos serviços de saúde (Santos, *et al.*, 2019). Ao enfermeiro cabe a conceção de “planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença (...), perante situações decorrentes de processos médicos (...) complexos. (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19361).

Os desafios do cuidado de enfermagem à PSC, neste caso específico, destaco a instabilidade desta nos turnos que realizei, visto que a qualquer mobilização esta poderia apresentar repercussões hemodinâmicas. O antever dos cuidados de enfermagem estimulou o meu raciocínio clínico. As implicações, neste caso, foi a família da PSC não estar preparada para a ver numa cama, sedada e ventilada, sendo que anteriormente era independente nas atividades de vida diárias. Tratou-se de um evento súbito que trouxe um grande impacto à família enquanto “conjunto de relações que o utente identifica (...) como uma rede de indivíduos que influenciam a vida uns dos outros” (Potter & Perry, 2006, p.534). Esta tem efeito tanto na saúde da própria pessoa como nas suas crenças, uma vez que é no seu seio que se desenvolvem as primeiras noções de saúde e doença.

O internamento numa UCI transpõe uma transição marcante para a pessoa. Este passa por uma transição saúde - doença, em que transita do estado saudável para um estado de doença, onde se vê privado da sua individualidade (Meleis *et al.*, 2000). Estes indivíduos também experienciam uma transição do tipo situacional, devido à alternância de papéis do estado independente para o estado dependente (Meleis *et al.*, 2000). Não nos podemos esquecer dos processos de transição da família. Para além da transição

saúde-doença porque está a passar de uma situação em que todos os membros estão saudáveis para outra em que um deles tem um diagnóstico associado e precisa de cuidados de outros, esta família também experiencia uma transição do tipo situacional, porque há frequentemente uma troca do papel do cuidador (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo Mendes (2018), a vivência do processo de transição de um membro da família é muito marcante para todos os outros, pelas mudanças significativas das suas rotinas e pela alteração da dinâmica familiar. A família está a experienciar este processo de forma coletiva e individual e podem necessitar de intervenção para uma melhor vivência deste processo (Mendes, 2018). Na situação da esposa da pessoa Z., juntamente com a enfermeira orientadora, na primeira visita informei sobre o funcionamento da UCI, o horário e duração das visitas, quais os equipamentos que iria encontrar junto do seu familiar e a sua função; ao longo de todas as visitas em que estive presente mostrei total disponibilidade para esclarecer questões, articulando com outros profissionais de saúde.

Deste modo, foi possível desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal* (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (Regulamento n.º 140/2019, 2019). E as competências inerentes ao enfermeiro especialista na área da PSC no *cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, através da prestação de cuidados à PSC* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e *assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime* (Regulamento n.º 429/2018, 2018), através do acompanhamento da PSC e sua família, bem como na antevisão de atuação aquando situações de violência que podem aparecer na prestação de cuidados.

A UCI é um local tecnologicamente munido para dar resposta a pessoas com falência multiorgânica (Valentin & Ferdinande, 2011) e possibilita a monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento conforme as necessidades de cada pessoa. A tecnologia possibilita aos profissionais de saúde a vigilância contínua do estado hemodinâmico, porém a enfermagem permanece na tomada de decisão baseada na compreensão das respostas fisiológicas e psicológicas da pessoa (Valentin & Ferdinande, 2011). Posto isto, se o enfermeiro não souber interpretar os dados e valores fornecidos, relacioná-los com as disfunções que comprometem a vida da pessoa, definir e priorizar as intervenções adequadas, a tecnologia deixa de ser importante (Locsin, 2017).

Neste estágio, existiu uma técnica que me despertou maior interesse a HDFVVC, uma vez que é significativa em termos de aprendizagem e pelo seu carácter inovador. A terapêutica de substituição renal tem como objetivo restaurar o equilíbrio dinâmico do sistema fisiológico cujo funcionamento se degrada ao longo do tempo, sendo que tem como indicações a remoção de fluídos, remoção de solutos e correção dos desequilíbrios dos eletrólitos e ácido base (Swearingen & Keen, 2003). A HDFVVC produz um fluxo de sangue constante, sem risco de trombose ou hemorragia arteriais (Almeida *et al.*, 2017). Tem como vantagens a rápida remoção de eletrólitos e solutos, rápido controlo do equilíbrio ácido-base, balanço controlado de líquidos, maior tolerância em pessoas instáveis e facilidade de utilização em cuidados intensivos (Almeida *et al.*, 2017).

Durante a realização do estágio, tive oportunidade de colaborar nos cuidados de enfermagem à pessoa T., de setenta e um anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial (1997), fibrilhação auricular paroxística (2008) e diabetes mellitus tipo 2 (2002), internada na UCI por acidose láctea associada à toma de metformina. Comprovada analiticamente, que revelou uma creatinina de 8,3 mg/dl, pH < 7.35, potássio de 5.9 mEq/l e lactato de 16 mmol/l, revelando então uma lesão renal aguda com acidémia metabólica, hipercaliémia e hiperlactacémia. A pessoa T. encontrava-se em repouso com oxigenioterapia por óculos nasais a dois litros por minuto (SPO2: 94%), apesar de exibir cansaço fácil a pequenos esforços e edemas generalizados. Apresentava uma linha arterial na radial à direita e dois cateteres venosos centrais, sendo um de triplo lúmen, na subclávia direita, para administração de terapêutica, e um na femoral esquerda, para realização da terapia de substituição da função renal.

Ao longo do turno fui realizando a monitorização dos parâmetros e alarmes da máquina de diálise, juntamente com a enfermeira orientadora, com vista ao despiste precoce de complicações que pudessem surgir. De acordo com Phipps, Sands & Marek (2003), os objetivos das intervenções de enfermagem em pessoas submetidos a técnicas de substituição da função renal são a otimização da situação hemodinâmica e do volume de fluído da pessoa, a manutenção da permeabilidade do sistema de ultrafiltração e a prevenção da perda de sangue devido a desconexão da linha e a prevenção da infeção.

De acordo com Meyer & Lavin (2013), a vigilância foi definida como um estado de atenção máxima, de forma a detetar e agir. A valorização da observação na prática da enfermagem é um elemento vital, que os enfermeiros façam deduções sobre quais

requerem intervenção atempada e quais são padronizadas (Meyer & Lavin, 2013). Assim, a vigilância é a essência do cuidar em enfermagem e os enfermeiros devem ser capazes de comunicar e atuar perante os factos. Destaco a exigência dos cuidados de enfermagem neste procedimento específico, sendo que as orientações fornecidas no ecrã da máquina de diálise são muito objetivas, sobretudo num primeiro contacto com o equipamento. A competência tecnológica, segundo Locsin (2017) é considerado cuidar em enfermagem, sendo que é uma forma de compreender as pessoas através do uso de tecnologia de saúde e do cuidado humano, isto é, a tecnologia é utilizada para conhecer as pessoas mais plenamente como um todo. Foi importante a monitorização do débito da bomba de sangue, o valor de ultrafiltração e da pressão transmembranária, das pressões venosas e arteriais, bem como a observação do circuito extracorpóreo, com o objetivo de despistar precocemente fugas, hemorragias, dobras acidentais ou a presença de coágulos.

Procedeu-se à vigilância hemodinâmica da pessoa, sendo que a maior incidência foi a tensão arterial, uma vez que uma das complicações mais frequentes desta técnica é a hipotensão e a pessoa apresentava um quadro de choque séptico comprovado analiticamente por uma PCR de 46.36 mg/l. Relativamente ao perfil hemodinâmico da pessoa era tendencialmente hipotensivo. No início do procedimento, pressões arteriais de 63/35 mmHg com PAM de 49 mmHg, necessitando de aporte de amina (noradrenalina). Durante a realização da técnica dialítica o perfil manteve-se hipotensivo (77/39 mmHg, PAM de 58 mmHg), havendo necessidade de aumento do aporte de noradrenalina, com indicação médica para obter tensões arteriais médias de 70 mmHg.

Foi efetuada a vigilância da temperatura da pessoa, visto que a hipotermia é outra das complicações mais frequentes desta terapia, sendo que foram adotadas medidas preventivas, ajustando a temperatura corporal através da linha de aquecimento do sangue associada ao equipamento da máquina de diálise e recorrendo à utilização de uma manta térmica como aquecimento externo. Foi efetuada a monitorização do balanço hídrico, promovendo a restrição hídrica imposta pela insuficiência renal.

Os circuitos utilizados em técnicas de substituição renal devem estar permeáveis e livres de coágulos de sangue, garantindo o desempenho adequado (Amorim *et al.*, 2010). Surgiu a oportunidade de conhecer a dinâmica do método de anticoagulação, o citrato de sódio. Este atua bloqueando algumas etapas da cascata de coagulação que dependem desse ião (Amorim *et al.*, 2010), o que impõe a administração de cálcio endovenoso, no

final do circuito extracorpóreo, sendo necessário a monitorização frequente dos níveis de cálcio sanguíneo através da realização da gasometria venosa.

Precocemente à vivência da HDFVVC, realizei pesquisa bibliográfica sobre o tema e consultei os protocolos do serviço. Assim, foi possível assistir e cooperar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC submetida a técnica de substituição renal. Para Santos & Donda (2023), os equipamentos de hemodiálise e os acessos vasculares são manuseados pelos enfermeiros, o que exige competência e tomada de decisão adequada na resolução de ocorrências e na redução de complicações. Na abordagem desta situação foi fundamental mobilizar conhecimentos sobre técnicas de substituição renal em UCI, temáticas abordadas numa unidade curricular do 2º semestre do presente MEMCPSC.

Segundo Peplau (1990) é da responsabilidade do enfermeiro auxiliar a pessoa a reduzir a insegurança e ansiedade sentidas, convertendo-as em sentimentos construtivos no processo terapêutico. De acordo com a Teoria de Peplau (1990), este deve demonstrar competências técnicas para realizar os cuidados de enfermagem, como na intuição clínica, no exame físico e na utilização de equipamentos, como bombas infusoras, ventiladores, entre outros. Considero que a vivência desta situação permitiu-me desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC, através da *administração de protocolos terapêuticos complexos* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e *na antecipação da instabilidade, assegurando a deteção precoce* (Regulamento n.º 429/2018, 2018). E as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da melhoria contínua da qualidade* (Regulamento n.º 140/2019, 2019), através da promoção de um ambiente terapêutico seguro e de cuidados holísticos.

As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos e aumentando a mortalidade e os custos associados. Por este motivo são um “problema de importância crescente à escala mundial, aos quais nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode estar alheia” (DGS, 2017c, p. 19). Grande parte das pessoas presentes numa UCI, encontram-se sob VMI do qual pode advir, como consequência, a Pneumonia Associada à Intubação (PAI). A PAI pode ser evitada pelos enfermeiros, tendo em conta a melhor evidência científica e de acordo com a norma da DGS (2022b). Esta refere que se deve discutir e avaliar a possibilidade de desmame ventilatório ou extubação, o mais precocemente possível; manter a cabeceira do leito elevada no ângulo de 30º; manter a pressão no balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O; realizar

higiene oral com cloro-hexidina 2%, pelo menos duas vezes por turno ou sempre que necessário nas pessoas submetidas a VMI. Os restantes, dependendo da sua dependência no autocuidado, é feita a higiene oral uma vez por turno com solução antisséptica ou pasta de dentes. A aspiração de secreções em pessoas sob VMI é uma técnica asséptica e rigorosa devido ao risco de PAI que acarreta.

No que diz respeito ao cateter venoso central, deve-se utilizar técnica asséptica na manipulação do mesmo e na realização de penso, devendo este ser realizado com uma periodicidade de quarenta e oito horas após colocação do cateter e deve-se avaliar diariamente a possibilidade de remoção deste (DGS, 2022c). No cateter urinário, deve-se cumprir a técnica asséptica no procedimento de colocação, utilizar técnica limpa no manuseamento do mesmo, realizar a higiene diária do meato urinário, verificar diariamente a necessidade de manter este dispositivo e o saco coletor deve estar abaixo do nível da bexiga e deve ser esvaziado sempre que tenha atingido dois terços da sua capacidade (DGS, 2022d). Outro protocolo existente na UCI é o banho com cloro-hexidina 2%, ou seja, durante os primeiros cinco dias na unidade, os cuidados de higiene à pessoa são realizados com a touca e toalhas de cloro-hexidina 2% como profilaxia para evitar a infeção por *Staphylococcus aureus*, uma das principais causas de IACS (DGS, 2014).

O quarto de isolamento é dotado de uma cama e tem condições para colocação de pressão negativa, se necessário. Durante o estágio, consegui vivenciar essa situação, sendo que o diagnóstico da pessoa era uma meningite bacteriana. Também conferi que, em todos os turnos, o enfermeiro que fica responsável pela pessoa deste quarto, fica apenas com ela à sua responsabilidade, evitando o risco de novas contaminações.

Na UCI está instituída a utilização luvas, avental, máscara cirúrgica e touca, sempre que algum profissional entre numa unidade da PSC, independentemente da patologia desta. Nas pessoas que necessitam de isolamento, a sua unidade é identificada com uma sinalética, na qual se pode ler o tipo de isolamento. Aquando da entrada de uma pessoa é realizado o rastreio séptico, sendo efetuada colheita de zaragatoa nasal e retal, colheita de hemoculturas, uroculturas e secreções para análise.

De salientar a existência de cartazes elucidativos junto dos locais de lavagem das mãos e a existência de dispensadores de solução alcoólica colocados junto das portas de saída da UCI e carros de terapêutica. Todas as camas são divididas entre elas por cortinas, sendo que estas são trocadas de sete em sete dias, sempre que seja necessário

ou que a pessoa seja transferida. Todas as unidades possuem módulos onde podem ser armazenados os equipamentos e materiais necessários para cada pessoa. À entrada na UCI, todas as visitas são equipadas com máscara, bata, luvas e proteção de sapatos, pelo assistente operacional, de forma a não infetarem ou serem infetados pelas pessoas. Após terminar o período de visitas os assistentes operacionais procedem à lavagem do chão da UCI e em cada entrada do serviço está presente um tapete antimicrobiano, que é trocado todos os turnos, para evitar a contaminação da mesma.

Ao enfermeiro mestre e especialista cabe monitorizar as ações da sua equipa no que concerne aos cuidados para prevenção de infeções, formar os pares sobre a literatura científica mais atual, tornarem-se os elementos de referência e agentes de mudança nos serviços onde exercem funções. Posto isto, foi possível desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista na área da PSC através da *maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil* (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e as competências de mestre *aplicando os conhecimentos e capacidades de resolução de problemas* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

De forma a obter competências na área da gestão tive a oportunidade de realizar dois turnos com a enfermeira coordenadora da UCI. Durante estes turnos tive oportunidade de conhecer a dinâmica de organização dos *stocks* de material e de medicação. O armazém clínico que o hospital detém está organizado por níveis, que são ajustáveis mediante os consumos semanais. Por isso, os pedidos de material estão divididos em consumo clínico, hoteleiro, administrativo, farmácia, manutenção e assistência.

Às segundas-feiras é realizado o pedido de material relativo a todos estes consumos, sendo que o armazém de consumo clínico é pedido todos os dias de manhã e a farmácia é reforçada às quintas-feiras. Com a enfermeira coordenadora tive a oportunidade de participar na contabilização e pedido de estupefacientes, que é efetuado à segunda-feira e são entregues à quarta-feira. Na UCI, existe um *stock* de medicação oral e endovenosa, bem como de apósitos para o tratamento de diferentes tipologias de feridas, no entanto medicação mais específica para cada pessoa é disponibilizada em sistema unidose.

A elaboração do horário mensal dos enfermeiros e assistentes operacionais é da responsabilidade da enfermeira chefe, contudo o plano de distribuição de profissionais por pessoas e por turno é efetuado, semanalmente, pela enfermeira coordenadora.

Tive, também, oportunidade de assistir à passagem de turno com os médicos e fisioterapeuta, onde são tomadas decisões clínicas relevantes sobre as pessoas e, posteriormente, comunicados à equipa de enfermagem. Todos os turnos existe um enfermeiro responsável de turno. No turno da manhã, é um elemento de apoio à equipa e que tem como função a verificação do carro de emergência e da mala de transporte; no turno da tarde e da noite integra os cuidados à pessoa. Em todos os turnos é o responsável pela contagem de estupefacientes, verificação do equipamento das unidades livres, para assegurar que está pronta a ser utilizada e todo o equipamento está funcionante aquando da admissão de uma pessoa.

O desempenho destas funções e a análise reflexiva do impacto das mesmas para a otimização do funcionamento do serviço, e consequentemente na qualidade dos cuidados de enfermagem, permitiram desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da gestão dos cuidados* (Regulamento n.º 140/2019, 2019), pois compreendi que o enfermeiro coordenador é um pilar fundamental numa equipa, uma vez que apoia todos os elementos desta, faz a conexão entre equipas multidisciplinares e é um elemento fulcral na resolução de problemas do serviço.

No objetivo específico "*Refletir criticamente sobre a utilização de instrumentos de gestão da comunicação com a pessoa sob VMI*", percebi quais eram os instrumentos mais utilizados pelos enfermeiros da UCI através de contacto com peritos e da aplicação de um questionário online (apêndice VIII), para diagnóstico de situação do contexto e análise das necessidades formativas dos pares. Assim, identifiquei que os instrumentos de gestão da comunicação com a pessoa sob VMI mais empregues no serviço são o quadro magnético, as placas de imagens, o papel e a caneta, a utilização de gestos e o aperto de mão. Esta informação permitiu-me perceber que todas estas ferramentas são economicamente acessíveis e podem ser adquiridas por todos os contextos para facilitar a pessoa com alterações na comunicação verbal. Durante este processo, foi possível sugerir à equipa aquando da realização dos registos de enfermagem, no foco "Comunicação Comprometida", que está associada a intervenção "Otimizar Comunicação", agregar uma nota sobre qual a ferramenta que é utilizada para a comunicação com a pessoa.

Durante o estágio, foi importante efetuar várias reflexões sobre a prática clínica com a enfermeira orientadora ao longo dos turnos e com a professora orientadora nas reuniões de orientação tutorial, de forma a reorganizar o meu percurso de aprendizagem.

A realização dos seminários ao longo da unidade curricular e a elaboração dos trabalhos académicos, como o estudo de caso e o jornal de aprendizagem sobre temáticas que considere pertinentes foram essenciais para a partilha de experiências com colegas.

Outra vertente que no meu ponto de vista necessita de reflexão e que me deparei na prática é a da Decisão de Não Reanimação (DNR), que muitas vezes não se percebe qual o limite de cuidados que se deve implementar. Oliveira *et al.* (2021), define DNR como uma deliberação pela equipa médica, que dá indicação para não realizar manobras de reanimação a uma pessoa que sofre paragem cardíaca ou respiratória. Uma situação vivenciada foi de uma pessoa já declarada DNR pela equipa médica, já em últimos dias de vida que começou a apresentar quadro de febre. O protocolo da UCI é trocar o cateter venoso central e realizar colheita de hemoculturas e da ponta do cateter para análise, para despiste de infeção no local de inserção ou na corrente sanguínea. E foi o que aconteceu, foi retirado o cateter venoso central da subclávia direita e colocado no lado esquerdo e realizadas as colheitas descritas. Na minha opinião, dadas as condições clínicas da pessoa o que devia ter acontecido era o controlo de sintomas e não a troca de cateter, sendo que esta foi submetida a um procedimento doloroso e não teve benefício. Posto isto, concluo que as intervenções dos enfermeiros face à pessoa com DNR devem incidir na arte do cuidar, tendo como primeira prioridade o conforto da mesma.

Considero que com este objetivo foi possível desenvolver as competências de mestre, de forma a *saber aplicar os conhecimentos em situações novas* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), de ter *capacidade para lidar com questões complexas* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no *domínio da melhoria contínua da qualidade* (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Por fim, para o objetivo específico "*Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da formação contínua da equipa de enfermagem no âmbito gestão da comunicação e da utilização de instrumentos a serem aplicados na pessoa sob VMI*" concretizei uma sessão de formação online (Apêndice VII) direcionada à equipa tendo como objetivo disseminar os resultados da RIL e consciencializar a equipa para a necessidade de alterar práticas relativamente à comunicação com a pessoa sob VMI.

Elaborei um póster para o *webinar* realizado pelo departamento de enfermagem médico-cirúrgica / adulto e idoso da ESEL, com o tema "*Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico*" (Apêndice IX) com base nos resultados da

RIL, promovendo a disseminação do conhecimento pelos pares. Ao longo deste estágio procurei sempre sustentar a minha prática em evidência científica atual, através da leitura de artigos científicos resultantes da pesquisa em bases de dados e de outras fontes, como livros e conhecimento adquirido nas unidades curriculares do curso de MEMCPSC.

No decorrer do estágio, para além da aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista, também tive por base a melhoria das minhas práticas no serviço onde exerço funções. No contexto de UCI tive oportunidade de manusear material que nunca tinha trabalhado, como espátulas com esponja na extremidade e com sistema de aspiração para efetuar a higiene oral das pessoas, o que seria uma mais-valia no meu serviço para as pessoas com secreções em abundante quantidade. Neste contexto de estágio, existem seringas de 50 ml que se conectam ao sistema de alimentação entérica, por forma a verificar a presença de estase gástrica ou de administrar medicação. Estas seriam muito importantes no meu serviço, uma vez que os enfermeiros não teriam necessidade de parar as alimentações e desconectar o sistema de alimentação da sonda nasogástrica, sempre que necessitam de vigiar o conteúdo gástrico, administrar medicação ou fazer reforço hídrico. Assim, realizei propostas institucionais para disseminar as boas práticas inerentes aos contextos de estágios por onde passei de forma a serem aplicadas no serviço onde exerço funções.

Com este objetivo foi possível desenvolver competências de mestre, através da *capacidade para integrar conhecimentos em situações de informação limitada* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os enfermeiros devem “caminhar com”, seguindo a analogia de Hesbeen (2001), estes devem fazer o seu percurso em conjunto com as pessoas, aplicando o cuidado personalizado a cada pessoa, de modo a aumentar a qualidade de vida da mesma e a diminuir o período de internamento, os custos em saúde e as complicações associadas.

Considerações Finais

A concretização dos estágios em contexto clínico permitiu-me a obtenção de competências intrínsecas de mestre e especialista em enfermagem, tendo sido repleto de oportunidades para o desenvolvimento de conhecimento e de reflexão dos cuidados. A prestação de cuidados de enfermagem sustentada em evidência científica carece da procura de novos saberes, da consolidação de boas práticas, bem como da identificação de oportunidades de melhoria, que conjugados com as competências desenvolvidas sustentarão a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

O enfermeiro mestre e especialista deve deter capacidade reflexiva e crítica sobre as situações de cuidados que desencadeiam dúvidas, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A reflexão sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio foi fundamental para a minha aquisição e desenvolvimento de competências, visto que coloquei em prática conhecimentos teóricos já adquiridos e aprofundei outros de forma a melhorar o desempenho na prestação de cuidados.

Os dois contextos de estágio remeteram para o cuidado da PSC e proporcionaram-me momentos de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional, consolidação de conhecimentos e partilha. Em relação ao estágio realizado em SU a prestação de cuidados transpõe a resposta imediata às situações de risco para estabilização da pessoa, pelo que considero que trouxe um grande contributo para a minha prestação de cuidados diária. O estágio concretizado em contexto de UCI foi o que mais desafios me proporcionou, uma vez que tem conceitos e técnicas específicas, sendo que originou uma pesquisa diária para conseguir retirar o máximo proveito de todas as intervenções e procedimentos que foram ocorrendo. As aptidões adquiridas permitiram absorver diferentes dinâmicas de cuidados e integrá-las enquanto boas práticas em enfermagem, destaco a elaboração da norma de procedimento e das ferramentas de apoio à comunicação com a pessoa sob VMI.

No decorrer dos estágios, considero que as minhas intervenções tornaram-se gradualmente mais individualizadas e especializadas, tendo como suporte a tomada de decisão em enfermagem, suportada no juízo clínico e na evidência científica.

O desenvolvimento da temática de base e a reflexão sobre a mesma teve como sustentação a teoria das transições de Afaf Meleis (2000) e a teoria das relações

interpessoais de Hildegard Peplau (1990), o que permitiu que ao longo deste percurso fundamentasse as minhas ações centradas nos processos transacionais que o indivíduo é sujeito durante todo o seu internamento e tendo em conta que a enfermagem é um processo significativo e interpessoal que torna possível a saúde dos indivíduos.

Enquanto futura mestre e especialista na área da PSC tudo farei para continuar a disseminar os conhecimentos adquiridos, tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem, nomeadamente através do investimento em formação académica e profissional, na participação em eventos científicos, como congressos e *webinars*, na atualização de normas de atuação e procedimentos de trabalho no hospital onde exerço funções, bem como tornar-me um elemento de referência na área da PSC no serviço onde exerço a prática clínica atual.

As competências onde senti maior desenvolvimento incidiram sobre o domínio da prestação de cuidados à PSC e na antecipação da instabilidade (Regulamento n.º 429/2018, 2018), na conceção do plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), na criação de uma relação terapêutica com a PSC e família face à situação complexa do seu estado de saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), no domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e na capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e de resolução de problemas em situações novas adequadas à PSC (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

As competências onde senti maior dificuldade em desenvolver incidiram sobre o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019, 2019) por exigir requisitos ao nível da privacidade da pessoa, uma vez que nem sempre existem condições propícias para se concretizar; e da administração de processos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018, 2018), devido ao facto de se tratar de uma competência muito vasta, que abrange intervenções muito específicas no cuidado à PSC.

Deste modo, considero que os objetivos a que me propus para este percurso, bem como os objetivos redigidos de acordo com cada campo de estágio foram alcançados. Assim, creio ter espelhado o trabalho realizado ao longo desta jornada a fim de servir como veículo de avaliação final e conclusão do MEMCPSC.

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Lisboa.
- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O. & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP*. 39 (2), 202 - 210. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?lang=pt&format=pdf>.
- Almeida, V. D., Abecasis, F., Gaspar, A., Boto, L., Rios, J., Camilo, C. & Vieira M. (2017). Hemodiafiltração venovenosa contínua nas descompensações graves de doenças metabólicas. *Acta Pediatr Port*. 48, 236-43. DOI: [10.21069/app.2017.9029](https://doi.org/10.21069/app.2017.9029).
- American Psychological Association (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of the APA style American Psychological Association. (7ªed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Amorim, A. M. V., Deus, R. B., Rodrigues, F. S. M., Malagutti, W. & Ferraz, R. R. N. (2010). Eficácia do citrato como anticoagulante na hemodiálise veno-venosa contínua com ciclo de 60 horas em unidade de terapia intensiva. *ConScientiaeSaúde*. 9 (2), 187-193. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915260004>.
- Arnold, E. C. & Boggs, K. U. (2016). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. 7ª edição. St. Louis: Elsevier.
- Aviz, A., Pereira, M. C. & Simões, J. (2022). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Vivências Significativas dos Enfermeiros Supervisores. *Research, Society and Development*, 11 (10), p. 1 - 8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32295>.
- Azevedo, L. R, Sousa, A. S. & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12 (1), 12 - 22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>.
- Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2014). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scand J Caring Sci*, 29, p. 205 - 214. DOI: [10.1111/scs.12177](https://doi.org/10.1111/scs.12177).

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-x.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. 2 (3). Estados Unidos da América: Springer publishing company.
- Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M. A. R. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. 15 (2). 41 – 59. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23939/1/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf.
- Chambel, E. (2012). Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes. Dissertação de Mestrado. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lidel: Lisboa.
- Decreto – Lei nº 178/2006. (2006). Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional. *Diário da República*. 1.ª série (N.º 171 de 05 de setembro de 2006), 6526 - 6545.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*. 1.ª série (N.º 157 de 16 de agosto de 2018), 4147 - 4182.
- Decreto-Lei n.º 80/2015. (2015). Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*. 1.ª série (N.º 149 de 03 de agosto de 2015), 5311 - 5326.
- Decreto-Lei nº 15/2014. (2014). Lei consolidando a Legislação em Matéria de Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde. *Diário da República*. 1ª série (Nº 15 de 21 de março de 2014). 2127 - 2131.
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Caracterização da Rede de Serviços de Urgência. *Diário da República*. 2.ª série (N.º 153 de 11 de agosto de 2014), 20673 - 20678.
- Despacho Normativo n.º 11/2002. (2002). Cria o serviço de urgência hospitalar. *Diário da República*. 1.ª série B. (N.º 55 de 06 de março de 2002), 1865 - 1866.
- Dias, T. (2016). A competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica como membro dinamizador na unidade de cuidados intensivos. Relatório de Estágio. *Escola Superior de Saúde de Portalegre* – Instituto Politécnico de Portalegre.

- Dias, T., Ferreira, H., Rocha, M., Miclos, P., Oiveira, E., & Gomes, M. (2010). Perceção da equipe de enfermagem em relação à audição do paciente comatoso. 3, 53 - 61.
- Direção Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto-015/2017. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2022a). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Atualizado a 04/11/2015. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Atualizado a 27/04/2015. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2017c). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2022b). *Norma DGS: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2022c). *Norma DGS: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2022d). *Norma DGS: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa.
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. & Moleki, M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, p. 1 - 6. DOI:10.1186/s12912-017-0268-5.
- Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. *International Nursing Review*, p. 1 - 7. DOI: 10.1111/inr.12262.

- Dornelles, C., Oliveira, G., Schwonke, C. & Silva, J. (2012). Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. *Esc Anna Nery (Impr)*. 16 (4). 796 – 780. <https://www.scielo.br/j/ean/a/p4LpDQ3M3qgy8jWNkYqXQGr/?format=pdf&lang=pt>.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2022). Plano de Estudos: Mestrados em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. <https://www.esel.pt/node/7427>.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da escola superior de enfermagem de lisboa. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*.
- Fernandes, E., Infante, J., Mota, M., & Ribeiro, O. (2022). Assistência de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico: revisão scoping. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (10), 141 - 167. <https://doi.org/10.29352/mill0210e.27052>.
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. 15 (1), 1 – 38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C., Pinho, D. L. M., Kamada, I. & Reis, P. E. D. (2016). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Uma Avaliação Baseada nos Critérios de Fawcett. *Rev enferm UFPE online*, 10(4), 3653 – 3661. DOI: [10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617](https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617).
- Galinha de Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19 (1), 31 - 46. <https://www.researchgate.net/publication/302914687>.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos á prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed editora.
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9 (1), 1 – 5. DOI:[10.1136/bmjopen-2020-000913](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000913).
- Goularte, P., Gabarra, L. M. & Moré, C. M. O. O. (2020). A Visita em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Perspetiva da Equipa Multiprofissional. *Revista Psicologia e Saúde*, 12 (1), 157 – 170. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.734>.

- Grupo Português de Triagem. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. Amadora.
- Guttormson, J., Bremer, K. L. & Jones, R. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, p. 179—186. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar*. Lusociência: Lisboa.
- Holm, A. & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *British Association of Critical Care Nurses*, p. 1 – 8. DOI: 10.1111/nicc.12200.
- Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Use of Communication Tools for Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(8), p. 398 – 405. [10.1097/CIN.0000000000000449](https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000449).
- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L. & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *J Adv Nurs*, p. 1–12. DOI: 10.1111/jan.14524.
- Instituto Nacional de Emergência Médica e Departamento de Formação em Emergência Médica. (2017). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção: Manual de TAS*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. Lisboa.
- International Council of Nurses. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2. *Ordem dos Enfermeiros*. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Júnior, D, Araújo, J, & Silva, R. (2017). Privacidade e confidencialidade de usuários em um hospital geral. *Revista Bioética*, 25 (3), 585 - 595. <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n3/1983-8042-bioet-25-03-0585.pdf>.

- Locsin, R. C. (2017) The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*. 64, 160 – 164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>.
- Marques, F., Pinheiro, M., Alves, P., David, C. & Neves, S. (2022). Julgamento clínico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: Um olhar em tempo de pandemia. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 13, p. 1 – 11. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e691>.
- Martinho, C. & Rodrigues, I. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 28 (2), 132 - 140. DOI: 10.5935/0103-507X.20160027.
- Mata, C., Fernandes, M. F., Monteiro, M. F., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 4 (1), 7 - 17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>.
- Matos, S. A., Silva, F. V. S., Oliveira, S. A., Lopes, M. L., Parente, E. P., Souza, A. B. M., Cordeiro, C. F. & Valério, F. K. P. (2022). Ensino e Prática numa UTI Adulta: Vivências em um Ambiente de Estágio da Enfermagem. *Research, Society and Development*. 11 (9). 1 – 7. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31749>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E. O., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Advanced Nursing Science*, p. 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Melo, A. D., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M. & Ferreira, M. (2022). Guia de Comunicação em Saúde Boas Práticas. *Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho. Direção Geral de Saúde / Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. [10.21814/1822.78904](https://doi.org/10.21814/1822.78904).
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *CIAIQ2018*, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>

- Meyer, G. & Lavin, M. A. (2013). Vigilance: The Essence of Nursing. *AANLCP Journal of Nurse Life Care Planning*. 8 (3), 100 – 111. ISSN 1942-4469.
- Nobre, R. A. S., Rocha, H. M. N., Santos, F. J., Santos, A. D., Mendonça, R. G. & Menezes, A. F. (2019). Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em diferentes tipos de UTI's: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, 56 (1), 500 – 514. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362201>.
- Oliveira, H.C., Sauthier, M., Silva, M.M., Crespo, M.C.A., Seixas, A.P.R. & Campos, J.F. (2021). Ordem de não reanimação em tempos da COVID-19: bioética e ética profissional. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 42 (1), 1 – 7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200172>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transportes de Doentes Críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Parecer nº 20/2015. (2015). *Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Lisboa.
- Parecer nº 61/2017. (2017). *Atribuição de Tempo para a Passagem de Turno*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(11). DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería: Um Marco de Referencia conceptual para la enfermeira psicodinâmica*. 1º edição. Barcelona: Masson – Salvat Enfermería.

- Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Phipps, W. P., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª edição. Loures: Lusociência.
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Lidel: Lisboa.
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 61 (3), 312 - 318. <https://www.scielo.br/j/reben/a/pfJgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?format=pdf&lang=pt>.
- Potter, & Perry. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. (5ª ed.). Lusociência.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2018). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49 (3), 46 – 110. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. 2.ª série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744 - 4750.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*. 2.ª série (N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359 - 19370.
- Regulamento n.º 533/2014. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*. 2.ª série (N.º 233 de 2 de dezembro de 2014), 30247 - 30254.
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*. 2.ª série (N.º 184 de 25 de setembro de 2019), 128-155.

- Santos, A. M. L. & Donda, A. C. (2023). A Importância dos Cuidados de Enfermagem em Pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em Tratamento com Hemodiálise. *Revista Saúde Dos Vales*, 6 (1), 1 – 14. <https://doi.org/10.61164/rsv.v6i1.1842>.
- Santos, A., Silva, J., Ferreira, M., Conceição, V. & Alves, D. (2019). Estado da arte da Enfermagem Forense no cenário atual da saúde. *Electronic Journal Collection Health*, 27, 1 – 6. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1015.2019>.
- Santos, D. V., Claudino, W. O., Gonçalves, R. L., Puerari, R. & Pola, P. S. (2023). Assistência de enfermagem no transporte intra-hospitalar do paciente grave: recomendações legais frente às evidências atuais. *Research, Society and Development*, 12 (4). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41056>.
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J. & Baixinho, C. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 13, 1 - 9. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>.
- Silva, D. & Valladares-Torres, A. C. (2023). A comunicação terapêutica em enfermagem – revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica*, 2 (3), p. 1 – 16. <https://doi.org/10.56166/remici.2023.5.v2n3.1.15>.
- Silva, E., Mendes, A. & Antunes, S. (2021). Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8 (1), 353 – 361. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>.
- Swearingen, P. L. & Keen, J. H. (2003). *Manual de enfermagem de cuidados intensivos – intervenções independentes e interdependentes*. 4ª edição. Loures: Lusociência.
- Tembo, A., Higgins, I. & Parker, V. (2014). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, p. 171—178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004>.
- Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). *Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. *Intensive Care Med*, 37 (1), 1575–1587. [10.1007/s00134-011-2300-7](https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7).

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping Review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278 – 295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>.