



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica

**ENFERMEIROS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES NO
CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

*EMOTIONALLY INTELLIGENT NURSES CARING FOR THE CRITICALLY
ILL PATIENT*

Por

Pedro Miguel Rodrigues Correia, N°192019072

Lisboa - 2021

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica

**ENFERMEIROS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES NO
CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

*EMOTIONALLY INTELLIGENT NURSES CARING FOR THE CRITICALLY
ILL PATIENT*

Por

Pedro Miguel Rodrigues Correia, N°192019072

Sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa - 2021

“Nada na vida se perde. Quando erramos, adquirimos aprendizagem, quando corrigimos um erro, adquirimos conhecimento, e, quando ajudamos alguém a corrigir um erro, demonstramos ter adquirido sabedoria.”

Rafael Monteiro

AGRADECIMENTOS

Este percurso é fruto de muito empenho, dedicação e investimento de distintas pessoas, as quais seria difícil mencionar na sua totalidade, sob o risco da minha memória me falhar.

Todavia, não posso deixar de referir algumas pessoas, pelo fato de terem colaborado de forma direta ou indireta, formal ou informal, pelo que aqui lhes fica expresso o meu mais sincero agradecimento.

Aos meus Pais e à minha Família,

pela motivação, pela compreensão e por toda a educação

À minha Esposa Joana e às minhas Filhas Mariana e Madalena,

por estarem sempre comigo, pelo carinho e pelo apoio incondicional

Aos meus Amigos,

pelo companheirismo, por todo o apoio e força transmitidos

À Fundação Champalimaud,

pela oportunidade e pelo incentivo

Aos meus Colegas de trabalho,

pela paciência, por toda a ajuda e compreensão

À Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e a todos os Docentes,

pelo rigor, pelo desenvolvimento dos enfermeiros e da Enfermagem

À Professora Isabel Rabiais,

por toda a disponibilidade, dedicação e colaboração

Aos Enfermeiros e à Equipa Multidisciplinar de cada estágio,

pela orientação, pelo profissionalismo, pela partilha de conhecimentos e oportunidades de aprendizagem

A todos os Doentes,

por me permitirem refletir sobre a minha prática e desenvolvimento de competências

A todos,

o meu sincero obrigado por todos os contributos nesta etapa da minha vida.

RESUMO

A especificidade, a complexidade de cuidados e a inovação constante dos procedimentos associada a avanços científicos e tecnológicos acarreta uma necessidade de formação contínua, aquisição de competências específicas e conhecimento das evidências científicas mais recentes.

A formação especializada em Enfermagem apresenta-se como uma mais valia na aquisição de um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades específicas que permitem a intervenção de Enfermagem Especializada, em resposta às necessidades do doente e família alvo dos cuidados, que aliadas à experiência profissional e ao percurso formativo/académico, promoveram o desenvolvimento pessoal e profissional.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico em ambiente de urgência, cuidados intensivos e bloco operatório, constitui uma das realidades mais exigentes e desafiadoras pela instabilidade constante nestes contextos.

Embora tenhamos que reconhecer que o foco ainda tenha tendência a ser mantido nas competências técnicas em detrimento das emocionais, são estas últimas que tendem a ter mais sucesso nos seus resultados.

Através da realização de uma *Scoping Review* sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos comprovou-se que a inteligência emocional contribui para o sucesso das pessoas no seu local de trabalho quando sujeitas a situações de *stress* e de tensão, podendo afirmar que a inteligência emocional tem um impacto positivo nos enfermeiros de cuidados críticos, quer a nível pessoal quer a nível profissional.

Este percurso foi muito enriquecedor, tendo possibilitado o desenvolvimento e mobilização de conhecimentos necessários à prestação de cuidados, que aliados à mais recente evidência científica, incrementam segurança e qualidade nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família/cuidador.

Palavras-chave: Enfermagem; Situação Crítica; Competências; Inteligência Emocional; Qualidade dos cuidados.

ABSTRACT

The specificity and complexity of care, as well as the constant innovation of procedures associated with scientific and technological advances, brings about a need for continuous training, acquisition of specific skills, and knowledge of the latest scientific evidence.

The specialized training in Nursing presents itself as an added value in the acquisition of a set of knowledge, skills and specific abilities that allow for the intervention of Specialized Nursing, in response to the needs of the patient and family target of care, which allied to the professional experience and the training/academic pathway, promoted personal and professional development.

The provision of nursing care to critically ill patients in emergency, intensive care and operating theatre is one of the most demanding and challenging realities due to the constant instability in these contexts.

We still acknowledge that the focus tends to be kept on technical skills in detriment of emotional ones, although it is the latter that shows better results.

By conducting a Scoping Review on the emotional intelligence of critical care nurses it was been proven that, emotional intelligence contributes to the success of people in their workplace when subjected to Stress and tension situations. It can be stated that emotional intelligence has a positive impact on critical care nurses, both at a personal and a professional level.

This research was very enriching, having enabled the development of knowledge necessary for the provision of care. Together with the most recent scientific evidence, allows to increase safety and quality in the care provided to the person in critical condition and their family.

Key words: Nursing; Critical Care; Skills; Emotional Intelligence; Quality of care.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACIR - Área de Cuidados Intensivos e Recobro

AESOP - Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses

AHA - *American Heart Association*

BIS - *Índice Bispectral*

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Prof – Professora

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UPP – Úlceras Por Pressão

UTI - Unidade de Técnicas e Intervenção

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE GERAL

	Página
INTRODUÇÃO.....	15
1. REVISÃO DA LITERATURA: “INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS CRÍTICOS”	19
1.1. INTRODUÇÃO.....	19
1.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	23
1.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	23
1.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
1.5. DISCUSSÃO.....	28
1.6. CONCLUSÃO.....	32
2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA.....	35
2.1. CUIDADOS INTENSIVOS E RECOBRO: Contributo para o desenvolvimento de competências	36
3. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO.....	53
3.1. BLOCO OPERATÓRIO: Contributo para o desenvolvimento de competências.....	54
3.2. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO: Contributo para o desenvolvimento de competências.....	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
APÊNDICES.....	99
ANEXOS.....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - Seleção dos estudos.....	25
Figura 2 - Síntese dos principais resultados do estudo.....	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?.....	26
Tabela 2 - Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?.....	27
Tabela 3 - Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?.....	27

INTRODUÇÃO

Os desafios que são colocados aos profissionais de saúde são resultado de um mundo em constante mudança, que levam a alterações sociais, científicas e tecnológicas com efeito na sociedade em geral e, em particular, na área da saúde. Estes desafios incentivam a reflexão e a busca de novos saberes e conduzem os enfermeiros para a investigação e para a formação contínua de forma a proporcionar um crescimento profissional e pessoal, com o objetivo da excelência dos cuidados e da máxima satisfação da pessoa e família/cuidador.

A procura de qualidade nos cuidados de enfermagem exige um contínuo aperfeiçoamento das competências teóricas, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais exigente. A busca de melhores cuidados e estratégias para os colocar em prática, através do conhecimento baseado na melhor evidência, sempre fez parte do meu dia-a-dia, pelo que surgiu a necessidade de adquirir e/ou desenvolver conhecimentos e competências na área específica de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A formação especializada em Enfermagem apresenta-se como uma mais valia à prestação de cuidados de saúde, proporcionando a aquisição de um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades específicas que permitem a intervenção de Enfermagem, em resposta às necessidades do doente e família alvo dos cuidados.

Por estes motivos, integrei o 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Segundo o Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), enfermeiro especialista é aquele a quem, para além de possuir um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

Benner (2001) reforça que, acrescentando às competências teóricas, o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa.

A competência dos enfermeiros decorre então da mobilização de saberes da teoria para a prática e vice-versa. Para esta mobilização contribuem os estágios que permitem consolidar conhecimentos, aplicar na prática a teoria aprendida durante o período formativo e desenvolver competências não só técnicas, mas também relacionais, éticas e científicas.

Segundo Cerqueira et. al. (2014), um relatório de estágio tem como finalidade registrar e divulgar a experiência e os resultados obtidos, envolvendo um pensamento crítico e reflexivo, através da descrição e análise do processo de aprendizagem decorrente de atividades e experiências vivenciadas em determinados contextos.

Este relatório é fruto do percurso profissional, do percurso académico teórico e dos contextos de estágio. O estágio final decorreu de 21 de setembro a 31 de outubro e de 1 a 18 de dezembro de 2020, totalizando 180 h desenvolvidas no Bloco Operatório (BO) de um Centro Clínico e de 2 a 30 de novembro de 2020, totalizando 180 h desenvolvidas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um Hospital público-privado, sob orientação pedagógica da Professora (Prof.) Doutora Isabel Rabiais.

Os objetivos foram delineados de acordo com os locais de estágio, garantindo uma linha orientadora que permitiu maximizar as oportunidades de aprendizagem e desenvolver competências. Assumiu-se como objetivo geral:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família.

Foram delineados como objetivos específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de BO;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e respetiva família/cuidador, em contexto extra-hospitalar;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da “Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos”.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico em ambiente de urgência, cuidados intensivos e BO, constitui assim uma das realidades mais exigentes e desafiadoras, na medida em que a instabilidade constante nestes contextos da prática determina que o enfermeiro desenvolva competências, atitudes e comportamentos singulares, para prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada.

A escolha destes campos de estágio focou-se no desafio de cuidar da pessoa em situação crítica e família/cuidador. A VMER na assistência pré-hospitalar pela adrenalina e exigência que apresenta, pela prestação de cuidados fora do ambiente hospitalar e pela imprevisibilidade. O BO para conhecer a dinâmica e os cuidados de enfermagem aí prestados, tendo uma visão holística do doente durante o período peri-operatório, uma vez que exerce funções na Área de Cuidados Intensivos e Recobro (ACIR).

A elaboração deste relatório tem como principal finalidade descrever e analisar de forma crítica e reflexiva o desenvolvimento e aquisição de competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica definidas pela OE e das competências descritas no Guia da Unidade Curricular 2019/2020, ao longo do percurso profissional e académico, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: pessoa em situação crítica.

Como base de orientação para o processo de aquisição de competências, recorri ao modelo de aquisição de competências de Dreyfus adaptado à enfermagem aplicado por Benner (2001), uma vez que este modelo aborda o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, desde o nível mais básico de iniciado, ao nível mais competente de perito.

A assistência ao doente crítico exige a necessidade premente de cuidados especializados, pois, como descrito no Anexo II do Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018), “entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362).

No mesmo Regulamento, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são caracterizados como cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Associado ao termo “pessoa em situação crítica” surge, imediatamente, a imagem de uma pessoa em risco de vida, imersa numa infinidade de aparatos tecnológicos e que necessita de cuidados de saúde especializados e complexos, e a imagem de profissionais de saúde com necessidade de autogestão de emoções e gestão de emoções dos outros.

As emoções são inseparáveis do ser humano. Numa organização de saúde onde a responsabilidade do enfermeiro é preponderante e onde as interações enfermeiro/doente são constantes, o estado emocional do enfermeiro está permanentemente a ser alterado.

Esta habilidade de autogestão de emoções é estudada e definida por vários autores, desde antes dos anos noventa do século XX, como inteligência emocional.

Este conceito inovador assume maior ênfase após a publicação do livro de Daniel Goleman “*Working With Emotional Intelligence*”, em 1998. O autor definiu inteligência emocional como a maneira de nos relacionarmos e interagirmos com os outros e com o meio envolvente, abrangendo determinadas características como o autodomínio dos impulsos, a motivação, a persistência, a empatia ou a flexibilidade mental, que traduzem aspetos da personalidade, como a autodisciplina ou o altruísmo, sendo considerados fundamentais para uma melhor integração social e para uma melhor gestão de situações de stress e de tensão.

Face a isto, adquiriu todo o sentido aprofundar esta temática através de uma revisão sistemática da literatura tipo *Scoping Review* intitulada “Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos”, com o objetivo de sintetizar o conhecimento sobre a inteligência emocional dos enfermeiros que trabalham neste contexto específico.

Em termos estruturais, o presente relatório, encontra-se organizado em quatro capítulos, sendo que o primeiro diz respeito à introdução, onde faço uma breve contextualização sobre os cuidados especializados ao doente crítico, seguindo-se a revisão da literatura tipo *Scoping Review* sobre inteligência emocional dos enfermeiros de doentes críticos. O terceiro capítulo referente à descrição do processo de desenvolvimento de competências, onde após uma breve caracterização dos contextos, serão apresentados o modo como foram sendo desenvolvidas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica. Seguidamente, as considerações finais, as referências bibliográficas e, por último, os apêndices e anexos, onde serão apresentados os trabalhos realizados ao longo deste percurso, bem como certificados pertinentes.

A elaboração deste relatório será baseada numa metodologia descritiva, com recurso aos conhecimentos adquiridos durante o desenvolvimento das unidades curriculares e à pesquisa bibliográfica para sustentação teórica e científica. É ainda de referir que este trabalho é redigido seguindo as normas do guia da unidade curricular “estágio final e relatório” da UCP e a norma da *American Psychological Association* (2010) para as referências bibliográficas.

Tento traduzir ao leitor a riqueza e heterogeneidade de vivências experienciadas, embora tenha a real noção de que ficará sempre aquém da que foi vivida.

1. REVISÃO DA LITERATURA: “INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS CRÍTICOS”

O tema desenvolvido sobre a “Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos” sob o formato *scoping review* foi realizado em conjunto com a minha colega de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, Cátia Lampreia, contando também com a colaboração da Prof. Doutora Isabel Rabiais, Prof. Doutora Maria Manuela Madureira e pela Prof. Doutora Sílvia Caldeira.

1.1. INTRODUÇÃO

A palavra emoção deriva do latim “*emotionem*” que significa “movimento, comoção, ato de mover”. Aristóteles tem sido uma referência recorrente na literatura por referir que as emoções estão relacionadas com a ação e que resultam daquilo em que acreditamos (Costa, 2009).

As emoções são formas de pensamento integradas num sistema específico e mecanizado de atitudes que surgem do nosso organismo e ocorrem durante o desenvolvimento humano (Damásio, 2010). O cérebro emocional tem a capacidade de interpretar acontecimentos imprevistos e responder em tempo útil e de forma eficaz devido a cinco emoções básicas do ser humano, nomeadamente, a dúvida, a raiva, a felicidade, a tristeza e a negação (Filipe, 2017). Estas emoções interagem de forma independente na regulação do organismo, sendo consideradas fundamentais da manutenção vital do ser humano (Damásio, 2010).

Desde o início século XX que vários autores começaram a interessar-se pelo conceito de inteligência que significa compreensão ou capacidade de compreender e deriva do latim “*intelligere*” (Costa, 2009). O investigador *Edward L. Thorndike* tem sido indicado como precursor do estudo da inteligência, introduzindo o conceito de inteligência social, sendo o que melhor se assemelhava ao que se suponha ser a Inteligência Emocional (Costa, 2009). Concluiu que as pessoas que contêm um maior número de conexões neurais são mais

inteligentes e que este acontecimento deve-se a um conjunto de aspetos hereditários e congénitos, bem como de situações experienciadas pelo ser humano (Gandra, 2016).

A evolução do conceito de inteligência emocional ocorre em duas épocas distintas: antes dos anos noventa do século XX e após os anos noventa até à atualidade. Salientam-se três autores que se debruçaram sobre o seu estudo, nomeadamente: *Charles Darwin* (1809-1882), que defendeu a importância da expressão das emoções para a sobrevivência e a adaptação das espécies; *Hanskare Leuner* ao publicar o artigo “*Emotional intelligence and Emancipation*” em 1966; *Stanley Greespan* (1941-2010) quando apresenta um modelo de inteligência emocional em 1989 (Gandra, 2016).

Em 1985, com a tese de doutoramento de *Waine Payne* sobre a emoção e a inteligência emocional, surge oficialmente o termo de inteligência emocional. Contudo, de acordo com *Salovey e Mayer* (1997), o modelo desenvolvido por esse autor não conseguiu criar o impacto pretendido na época (Gandra, 2016).

Em 1990, este conceito torna-se viral, com *Peter Salovey* e *Jonh Mayer* ao definirem inteligência emocional como a habilidade de gerir as nossas emoções e as dos outros, diferenciando-as entre si e utilizando as informações obtidas para organizar o nosso processo de pensamento e ação (Castro, 2019). A partir desta altura, vários autores começaram a interessar-se pelo conceito de inteligência emocional, sendo atualmente uma habilidade de grande importância na disciplina de enfermagem.

A inteligência emocional consiste na relação entre o conhecimento e a emoção, em que a emoção origina uma conceção mais responsável e a inteligência emocional ajuda o ser humano a pensar nas suas emoções e nas dos outros. A falta de habilidades de inteligência emocional, torna a pessoa emocional e socialmente incapacitada (Filipe, 2017). As pessoas que recorrem ao uso das suas emoções são mais eficazes no seu meio profissional, nos seus relacionamentos e no seu bem-estar e saúde (Nagel et. al., 2016).

Também Rabiais defende que “uma suposição subjacente às teorias da inteligência emocional, é que usar as emoções no pensamento e na tomada de decisão pode e deve ser considerada uma forma de inteligência” (Rabiais, 2016, p. 167).

Esta visão assume que a relação entre emoção e cognição, quando bem estruturada, facilita as decisões, ajuda a gerir emoções, melhora relacionamentos e resulta em decisões mais inteligentes (George, 2000; Mayer & Salovey, 1997).

Para Bar-On, a inteligência emocional contribuiu para o sucesso das pessoas no seu local de trabalho quando sujeitas a situações de stress e de tensão (Acosta-Prado & Torres, 2019). Este autor define inteligência emocional como um conjunto de habilidades não

cognitivas e aptidões que interferem com a possibilidade de ter sucesso ao gerir situações de stress e exigências do meio. Apresenta um modelo misto em que subdivide a inteligência emocional em cinco competências: intrapessoal, interpessoal, gestão de stress, adaptabilidade e humor geral (Costa, 2009).

Este conceito inovador assume maior ênfase após a publicação do livro de Daniel Goleman “*Working With Emotional Intelligence*”, em 1998. O autor definiu inteligência emocional como a maneira de nos relacionarmos e interagirmos com os outros e com o meio envolvente, abrangendo determinadas características como o autodomínio dos impulsos, a motivação, a persistência, a empatia ou a flexibilidade mental, que traduzem aspetos da personalidade, como a autodisciplina ou o altruísmo, sendo considerados fundamentais para uma melhor integração social (Goleman, 2006).

Estudos científicos revelam que a inteligência emocional tem uma componente genética e que se deve à maturidade do ser humano. No entanto, para se atingirem níveis mais elevados desta habilidade, é necessária formação específica direcionada para o sistema límbico do cérebro, uma vez que a inteligência emocional surge nos neurotransmissores desse sistema que controlam os sentimentos, as intuições e os impulsos (Goleman, 2015).

O modelo de inteligência emocional criado por Goleman é constituído por cinco aptidões, nomeadamente: o autoconhecimento, o autocontrolo, a motivação, a empatia e a competência social. O **autoconhecimento** consiste em compreender as nossas emoções e identificar as nossas características positivas e negativas. Ao desenvolver esta habilidade o ser humano passa a ter a capacidade de perceber como as emoções o afetam a si e aos outros. O **autocontrolo** permite controlar ou redirecionar as nossas emoções. A **motivação** compreende a vontade de atingir determinado objetivo e a **empatia** permite entender as emoções e os sentimentos dos outros, tendo-os em consideração. Por fim, a **competência social** facilita a interação social com as pessoas. Cada pessoa apresenta determinado nível de inteligência emocional, podendo desenvolver esta característica através da persistência e da experiência (Goleman, 2015).

Todavia, o modelo de capacidade desenvolvido por *Salovey e Mayer* é dos modelos que apresenta maior evidência científica sendo o mais usado para avaliar a inteligência emocional em enfermagem (Codier & Codier, 2015). Este modelo é composto por quatro características que interagem entre si: a perceção, a facilitação, a compreensão e a regulação das emoções. Estas aptidões estão organizadas hierarquicamente e divididas em subcategorias, sendo presumível que as pessoas com mais inteligência emocional se encontram em níveis superiores deste modelo (Mestre et. al., 2008).

A **percepção e expressão das emoções** consiste na capacidade de as pessoas reconhecerem as suas emoções e conteúdo emocional em si mesmo e nos outros. Subdivide-se em: habilidade de reconhecer as emoções nos seus próprios estados subjetivos; habilidade de reconhecer as emoções em outras pessoas; rigor na manifestação das emoções; distinção entre expressão de sentimentos e as manifestações honestas ou não honestas dos mesmos (Mestre et. al., 2008).

Os indivíduos que têm a capacidade de identificar e entender as suas próprias emoções apresentam a mesma aptidão para com as emoções dos outros, devendo-se ao conhecimento que eles têm acerca do seu estado afetivo. Esta habilidade desenvolve-se com a prática e o crescimento biológico (Mestre et. al., 2008).

A **facilitação emocional das atividades cognitivas** deve-se à utilização das emoções como fator integrante dos processos de pensamento, como a criatividade e o enfrentamento de problemas. As emoções orientam o nosso pensamento para os assuntos que consideramos importantes de forma a organizarmos a informação e a resolvermos os problemas. As subcategorias desta habilidade são: reorientar e hierarquizar o pensamento de acordo com as emoções; recurso às emoções para a tomada de decisão; utilizar o resultado das emoções; utilização das emoções para a criatividade e resolução de problemas (Mestre et. al., 2008).

Esta componente permite gerar emoções para facilitar a tomada de decisão. Através da alteração do humor consegue-se identificar diferentes alternativas para a resolução de problemas ou a partir de um humor mais otimista, desenvolvendo-se a criatividade (Mestre et. al., 2008).

A **compreensão das emoções** consiste no conhecimento das próprias emoções, ou seja, na forma como estas estão organizadas cognitivamente e como afeta a utilização da informação emocional aos sistemas de compreensão e raciocínio. Constituída pelas subcategorias: compreender a forma como as emoções distintas se relacionam; identificar os motivos e os resultados de diferentes emoções; perceber o significado de emoções complexas; entender e perceber as mudanças entre os pensamentos (Mestre et. al., 2008).

A **regulação das emoções** refere-se à gestão das nossas emoções e dos outros, bem como a habilidade de aceitação de sentimentos positivos e negativos e, refletir sobre eles.

Esta componente inclui: a receptividade a emoções positivas e emoções negativas; orientação e revelação de pensamentos; suposição ou divisão de estados emocionais; condução dos próprios sentimentos; orientação das emoções em outras pessoas (Mestre et. al., 2008).

A natureza da enfermagem determina que os enfermeiros sejam emocionalmente inteligentes (Rabiais, 2016, p. 87).

1.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Existem vários estudos que comprovam a importância do desenvolvimento de competências de inteligência emocional nos enfermeiros, principalmente, nos de cuidados críticos pelo que se procedeu à realização de uma revisão da literatura tipo *scoping*, visando mapear o conhecimento acerca da inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos.

A pergunta de revisão que se colocou, de acordo com o acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto) foi: Qual a evidência sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos?

Desta questão de revisão surgiram três questões norteadoras que irão dar resposta à pergunta principal, nomeadamente:

1. Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?
2. Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?
3. Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?

Foram incluídos todos os enfermeiros que trabalham em contexto de cuidados críticos de adultos e considerados todos os estudos (primários e secundários) quantitativos, qualitativos e mistos.

1.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Trata-se de uma revisão *scoping*, de acordo com as recomendações do *The Joanna Briggs Institute* (Peters et. al., 2020).

A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados, tendo sido realizada em três etapas. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada do MEDLINE e CINAHL, seguida de uma análise das palavras do texto contidas no título e

no resumo e dos termos do índice usados para descrever os artigos. Numa segunda fase, foram usadas todas as palavras-chave identificadas e termos do índice, realizada em todas as bases de dados incluídas. Numa terceira e última etapa, as listas de referências de todos os artigos foram pesquisadas para estudos adicionais. Estudos publicados em inglês e português nos últimos dez anos foram considerados para inclusão nesta revisão, a fim de capturar esse assunto ao longo do tempo.

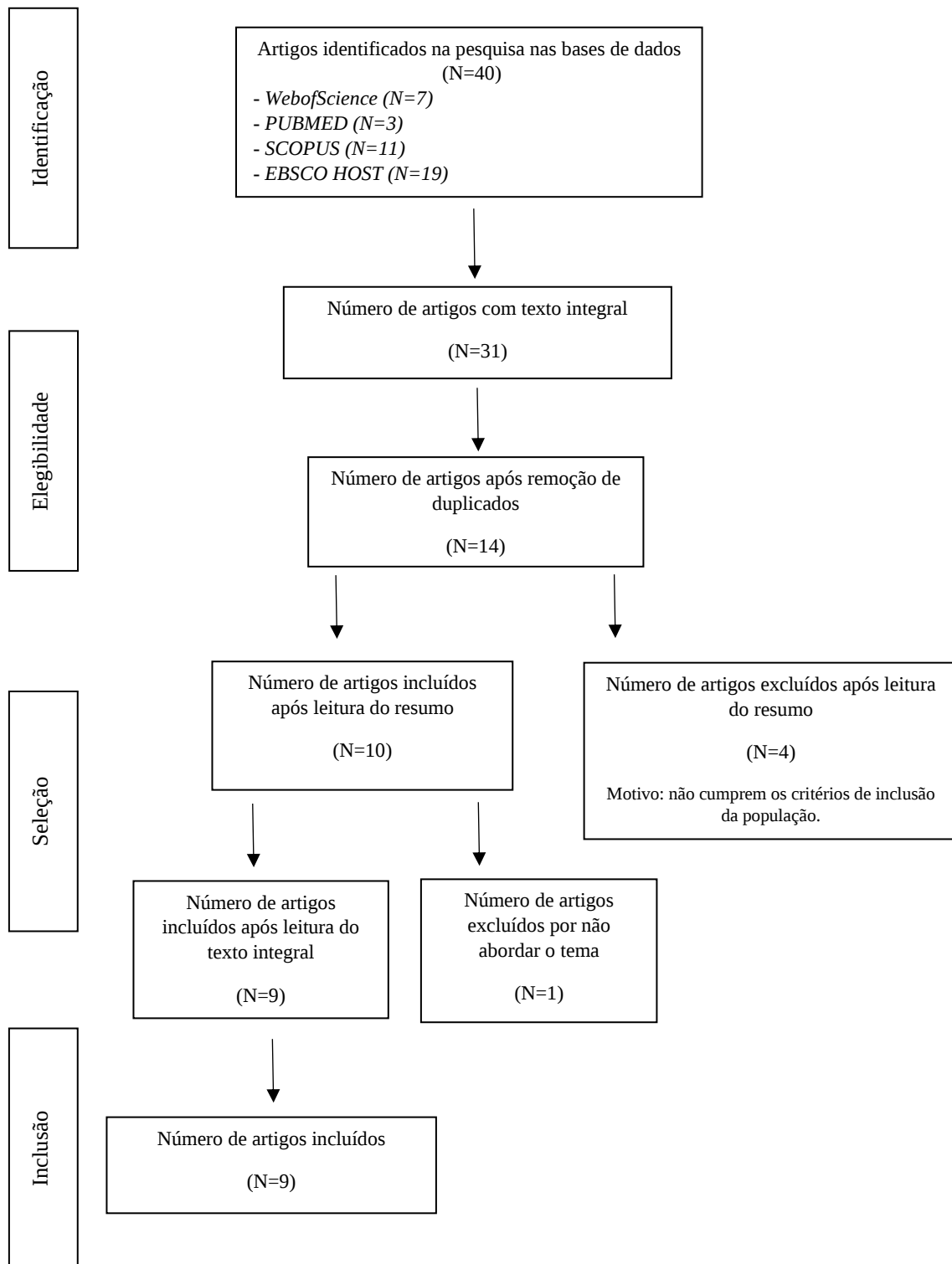
A pesquisa foi efetuada durante o período de abril e maio de 2020, nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE complete*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* (via *EBSCOhost*), *MedLine* (via *PubMed*), *SCOPUS* e *Web of Science*.

A seleção dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos.

Com base na estratégia apresentada foi realizada pesquisa pelo título tendo sido encontrados 40 artigos, através das bases de dados científicas: via *EBSCOhost* (n = 19, após remoção de duplicados nas bases de dados associadas a este motor de busca), *MedLine* (n = 3), *SCOPUS* (n = 11) e *Web of Science* (n = 7). Foram excluídos 9 artigos por não apresentarem texto integral, ficando 31 artigos. Após remoção dos artigos duplicados foram incluídos 14 artigos. Excluídos 4 artigos após a leitura do resumo por não cumprirem os critérios de inclusão relativamente à população, englobando médicos e enfermeiros (dois artigos), enfermeiros e auxiliares de enfermagem (um artigo) e enfermeiros, estudantes de enfermagem, médicos, assistentes operacionais, doentes e familiares (um artigo). Foram selecionados 10 artigos para leitura do texto integral. Excluído 1 artigo após leitura do texto por não abordar o tema, tendo sido incluídos 9 artigos para análise final.

Por forma a sistematizar o processo de inclusão dos estudos optou-se pela metodologia PRISMA (Moher et. al., 2009). A seleção dos artigos é apresentada em diagrama de fluxo (figura 1).

Figura 1 – Seleção dos estudos



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

1.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A extração dos dados foi realizada por dois revisores independentes tendo por base as orientações do *The Joanna Briggs Institute* para a elaboração de uma revisão *scoping* (Peters et. al., 2020).

Após o processo de avaliação e seleção dos artigos foram incluídos nove, dos quais oito estão redigidos em língua inglesa e um em língua portuguesa. Relativamente ao espaço temporal, um estudo é de 2011, dois são de 2013, três são de 2015, um de 2016 e dois de 2018. Destaca-se a predominância dos estudos quantitativos (sete), revisões bibliográficas (um) e artigos de opinião com fundamentação teórica (um).

Os dados dos estudos apresentam-se em forma de tabela, divididos de acordo com as questões de investigação identificadas. São identificadas algumas características dos estudos, como o título, o ano, o objetivo, a população/amostra, o método utilizado e as principais conclusões (Peters et. al., 2020).

Tabela 1 - Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?

Autor/ Ano	Artigo	Objetivo do estudo	Principais conclusões
Codier & Codier (2015)	Do emergency nurses have enough emotional intelligence?	Descrever o trabalho emocional e a importância das habilidades de inteligência emocional para os enfermeiros de emergência	Modelo de Habilidade de Salovey e Mayer é o que mais se identifica com a enfermagem, sendo essencial para melhorar a satisfação dos enfermeiros e prevenir o <i>burnout</i> .
Towell et. al. (2013)	The emotional intelligence of a group of critical-care nurses in South Africa	Identificar a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos que trabalham em diferentes contextos	Enfermeiros emocionalmente inteligentes apresentam níveis reduzidos de stress e de esgotamento. Foi relacionado o conceito de resiliência com inteligência emocional.
Towell et. al. (2015)	Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa	Desenvolver e descrever um modelo de inteligência emocional para facilitar a integração dos enfermeiros nas unidades de cuidados críticos na África do Sul	Enfermeiros com mais experiência são mais resilientes e apresentam um elevado score de inteligência emocional. Resiliência e inteligência emocional são conceitos recentes, mas importantes no desenvolvimento dos enfermeiros.
Encarnação et. al. (2018)	Inteligência emocional: fatores influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados intensivos	Identificar os fatores que influenciam a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados intensivos	A inteligência emocional tem impacto nos enfermeiros a nível pessoal, profissional e no processo de cuidar. A personalidade e a formação influenciam a inteligência emocional do enfermeiro de cuidados intensivos.

Sharif et. al. (2013)	Teaching Emotional Intelligence to Intensive Care Unit Nurses and their General Health: A Randomized Clinical Trial	Determinar o efeito na saúde geral dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva ao ensinar a inteligência emocional	Enfermeiros com um nível de inteligência emocional alto apresentam melhor capacidade para enfrentar os desafios da vida e apresentam melhor saúde mental. Verificaram-se efeitos positivos do ensino das componentes da inteligência emocional na saúde geral dos enfermeiros. O ensino de inteligência emocional resultou num efeito positivo na saúde geral dos enfermeiros.
Delpasand et. al. (2011)	The relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses in critical care units	Determinar a relação entre <i>burnout</i> ocupacional e inteligência emocional entre os enfermeiros de unidades de terapia intensiva dos hospitais de segurança social em Teerã	Quanto maior o nível de inteligência emocional, menor a taxa de <i>burnout</i> ocupacional em termos de exaustão emocional. Existe relação direta e positiva entre inteligência emocional e realização pessoal. Os profissionais de saúde com elevado nível de inteligência emocional apresentam maior satisfação profissional e mais sucesso na prestação de cuidados, apresentando menor cansaço profissional.

Tabela 2 - Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?

Autor/ Ano	Artigo	Objetivo do estudo	Principais conclusões
Towell et. al. (2013)	The emotional intelligence of a group of critical-care nurses in South Africa	Identificar a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos que trabalham em diferentes contextos.	Enfermeiros mais velhos e com experiência profissional que trabalham em unidades de cuidados críticos apresentam níveis elevados de inteligência emocional.
Towell et. al. (2015)	Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa	Desenvolver e descrever um modelo de inteligência emocional para facilitar a integração dos enfermeiros nas unidades de cuidados críticos na África do Sul	A integração dos enfermeiros nos serviços de terapia intensiva deve ser concretizada por enfermeiros com mais experiência nesta área, pois possuem mais conhecimento teórico e destreza técnica, são mais resilientes e apresentam um elevado score de inteligência emocional.
Nagel et. al. (2016)	The emotional intelligence of registered nurses commencing critical care nursing	Explorar e descrever a inteligência emocional dos enfermeiros em integração nas unidades de terapia intensiva num grupo hospitalar privado em Gauteng, África do Sul	Enfermeiros mais experientes apresentam níveis mais elevados de inteligência emocional, pelo que vão contribuir para o desenvolvimento da inteligência emocional dos enfermeiros com menos experiência profissional em cuidados intensivos. Níveis elevados de inteligência emocional estão diretamente relacionados com a atualização dos conhecimentos ao longo da carreira profissional.

Tabela 3 - Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?

Autor/ Ano	Artigo	Objetivo do estudo	Principais conclusões
Codier & Codier (2015)	Do emergency nurses have enough emotional Intelligence?	Descrever o trabalho emocional e a importância das habilidades de inteligência emocional para os enfermeiros de emergência	Modelo de Habilidade de Salovey e Mayer é o que mais se identifica com a enfermagem, sendo essencial para manter a segurança do doente, melhorar o trabalho em equipa, estabelecer uma comunicação interdisciplinar eficaz.
Towell et. al. (2015)	Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical	Desenvolver e descrever um modelo de inteligência emocional para facilitar a integração dos enfermeiros nas unidades de cuidados críticos na África do Sul	A integração dos enfermeiros nos serviços de terapia intensiva deve ser concretizada por enfermeiros com mais experiência nesta área, pois possuem mais conhecimento teórico e destreza técnica, são mais resilientes e apresentam um elevado score de inteligência emocional.

	care nurses in South Africa		Resiliência e inteligência emocional são conceitos recentes, mas importantes no desenvolvimento dos enfermeiros.
<i>Tofghi et. al.</i> (2015)	Relationship between emotional intelligence and organizational citizenship behavior in critical and emergency nurses in south east of iran	Identificar a relação entre inteligência emocional e comportamento de cidadania organizacional em enfermeiros de cuidados críticos e de emergência em hospitais de ensino supervisionados pela Kerman Medical University, no sudeste do Irão	Existe relação significativa entre algumas categorias da inteligência emocional e o comportamento de cidadania organizacional. Existe uma relação significativa entre a categoria de autogestão da inteligência emocional, a experiência emocional e a idade. Os enfermeiros estão expostos a situações de stress na sua prática de cuidados pelo que a inteligência emocional e a saúde mental podem facilitar um adequado comportamento de cidadania. Os gestores de saúde devem organizar políticas e procedimentos sistemáticos e dinâmicos para lidar com a inteligência emocional e o comportamento da cidadania organizacional para ajudar os enfermeiros de cuidados intensivos e de serviços de urgência.
<i>Rezaei & Salehi</i> (2018)	A Study of the Relationship between Emotional Intelligence and Patient Safety Culture among Emergency Nurses in Selected Hospitals in Shiraz in 2017	Investigar a relação entre as dimensões da inteligência emocional e a cultura de segurança do doente em enfermeiros de serviço de emergência	Existe uma relação positiva e significativa entre as dimensões da inteligência emocional e a cultura de segurança do doente. O desenvolvimento da inteligência emocional nos enfermeiros pode promover o seu crescimento pessoal e profissional e melhorar o status da cultura de segurança do doente, aumentando a produtividade dos enfermeiros e a satisfação dos doentes.

1.5. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados obtidos após a pesquisa realizada está organizada de acordo com as questões de investigação definidas inicialmente de modo a responder à pergunta de investigação principal: **Qual a evidência sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos?**

Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?

O trabalho emocional promove uma relação com os doentes, sendo essencial para o desenvolvimento da confiança e da relação terapêutica eficaz. Para tal é importante conjugar-se a componente prática com a componente interpessoal, no que diz respeito à comunicação com o doente. A comunicação em equipas emocionalmente inteligentes é eficaz e raramente ocorrem erros resultantes da má relação interpessoal. Outros estudos revelaram que os índices de inteligência emocional estão mutuamente relacionados com a adoção de papéis de liderança, melhor satisfação dos doentes e da própria equipa, diminuição da exaustão dos profissionais e redução de custos (Codier & Codier, 2015).

A inteligência emocional está relacionada com conceitos como, o *burnout*, o stress e a resiliência, com *Görgens-Ekermans & Brand* (2012) a evidenciar a sua influência nos

níveis de stress e de *burnout*. A resiliência permite manter um equilíbrio psicológico saudável e estável face à presença de acontecimentos stressantes (Amanda Towell et. al., 2013).

Os enfermeiros de cuidados críticos estão constantemente sujeitos a níveis elevados de stress proporcionado pelo próprio ambiente característico em que trabalham, a dilemas éticos a que estão sujeitos diariamente, ao trabalho físico e emocional e à tomada de decisão que lhes é exigida (Amanda Towell et. al., 2013). Estes fatores potenciam o desenvolvimento da síndrome de *burnout* nestes enfermeiros, podendo ser responsável pelo stress emocional, rotação de profissionais, despersonalização, sentimentos de insegurança, aparecimento de doenças, desmotivação, insatisfação com a profissão e abandono da mesma, défice na qualidade dos cuidados prestados e conflitos com os colegas da equipa, doentes e familiares de doentes. O *burnout* pode contribuir, também, para o aumento do consumo de álcool ou drogas e alterações de comportamento e das emoções dos enfermeiros de cuidados críticos (Solano Ruiz et. al., 2002; Torre et. al., 2019).

Existe uma relação direta e positiva entre inteligência emocional e realização pessoal. Os enfermeiros com inteligência emocional desenvolvida apresentam maior satisfação profissional, prestam melhores cuidados e possuem menor desgaste profissional. Pode-se afirmar que a inteligência emocional influencia o *burnout* ocupacional de forma positiva (Haresabadi et. al., 2016).

A gestão das emoções permite uma melhor resistência ao stress, diminui o desgaste físico e psicológico e aumenta a produtividade e satisfação profissional (Codier & Codier, 2015).

O valor médio de inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos é elevado e ao lidarem com situações geradoras de stress mostram-se resilientes aos desafios que encontram na sua prática profissional (A. Towell et. al., 2015).

A inteligência emocional, além de influenciar o cuidar, intervém nos enfermeiros a nível pessoal e profissional. A nível pessoal concluiu-se que quanto maior o score de inteligência emocional, menor a exaustão emocional e consequentemente, melhor é a saúde global dos enfermeiros. A nível profissional, a inteligência emocional permite controlar a ansiedade e o stress no local de trabalho, melhorando a satisfação profissional e fortalecendo o vínculo à profissão, evitando o abandono dos enfermeiros do seu local de trabalho (Encarnação et. al., 2018).

Os enfermeiros com um nível de inteligência emocional alto apresentam melhor capacidade para enfrentar os desafios da vida e apresentam melhor saúde mental, podendo-

se afirmar que o ensino de inteligência emocional resulta num efeito positivo na saúde geral dos enfermeiros (Sharif et. al., 2013).

Os artigos referentes à influência da inteligência emocional na saúde geral dos enfermeiros corroboram na afirmação da gestão das emoções como redutora dos níveis de stress, prevenindo o esgotamento dos enfermeiros de cuidados críticos.

Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?

Os enfermeiros com experiência profissional em unidades de terapia intensiva apresentam índices elevados de inteligência emocional, pelo que se devem apoiar num modelo positivo e resiliente que estimule o desenvolvimento de competências de inteligência emocional, para que os enfermeiros mais novos se consigam adequar a um ambiente de maior agitação. *Mealer et. al.* (2012) referem que os enfermeiros resilientes recorrem à inteligência emocional para o seu processo de tomada de decisão, reflexão crítica e otimismo para conseguirem organizar-se no ambiente característico da terapia intensiva (Amanda Towell et. al., 2013).

Enfermeiros mais experientes apresentam níveis mais elevados de inteligência emocional, logo serão mentores e irão contribuir para o desenvolvimento da inteligência emocional dos enfermeiros com menos experiência profissional em cuidados intensivos (Nagel et. al., 2016). É fundamental que os enfermeiros recém-chegados a uma unidade de cuidados intensivos sejam integrados por enfermeiros com mais experiência, pois estes são detentores de conhecimento teórico e destreza técnica, são mais resilientes e apresentam um elevado score de inteligência emocional (A. Towell et. al., 2015).

Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?

Entende-se por comportamento de cidadania organizacional, o conjunto de atitudes que as pessoas assumem de forma voluntária levando a uma melhor eficácia e eficiência das tarefas e funções da organização (Tofighi et. al., 2015).

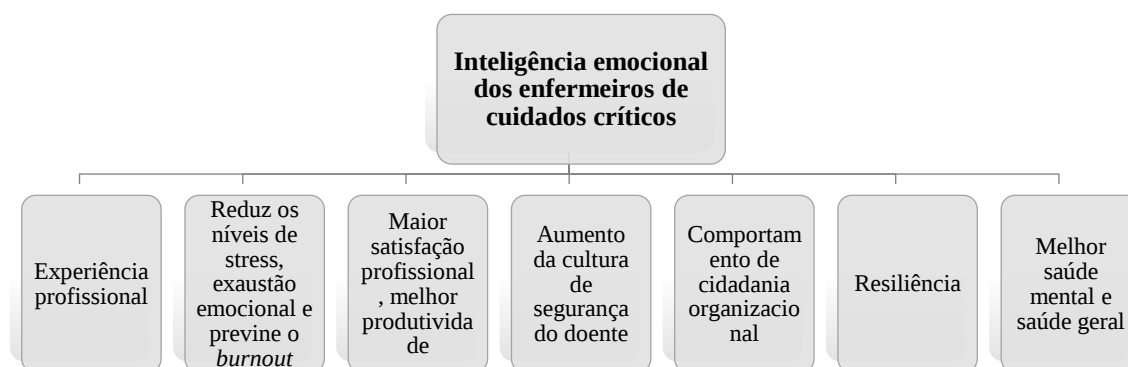
No estudo realizado por *Tofighi et. al.*(2015), foi encontrada uma correspondência positiva significativa entre o comportamento de cidadania organizacional e todas as categorias de inteligência emocional, tendo concluído que existe uma correlação entre a categoria de autogestão da inteligência emocional, a experiência emocional e a idade (Tofighi et. al., 2015).

Foi encontrada relação positiva em enfermeiros do serviço de emergência entre as dimensões da inteligência emocional e a cultura de segurança do doente, com ênfase no comportamento profissional do enfermeiro. Nesta ótica, quanto maior o comportamento profissional dos enfermeiros, melhor a cultura de segurança do doente (Rezaei & Salehi, 2018).

Pode-se concluir que os enfermeiros emocionalmente inteligentes apresentam um comportamento de cidadania organizacional, permitindo-lhes estabelecer uma relação de confiança com os doentes, aumentando a cultura de segurança dos mesmos.

Os principais resultados extraídos dos 9 artigos incluídos nesta revisão apresentam-se sintetizados no esquema que se segue (Figura 2), salientando-se a evidência acerca da inteligência emocional nos enfermeiros de cuidados críticos.

Figura 2: Síntese dos principais resultados do estudo



Limitações do estudo

Consideram-se como limitações da pesquisa o facto de a maioria dos estudos incluídos terem sido realizados fora de Portugal, não havendo evidência suficiente sobre a inteligência emocional dos enfermeiros portugueses de cuidados críticos. Foram excluídos artigos que abordavam a temática desta revisão por não cumprirem os critérios de inclusão definidos relativamente à população.

Contributo para a área de enfermagem

Os resultados obtidos com a realização desta revisão permitiram conhecer a evidência sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos e sublinhar a importância do desenvolvimento desta habilidade nestes profissionais. Estes achados poderão inspirar a realização de investigações futuras sobre a inteligência emocional dos enfermeiros portugueses de cuidados críticos.

1.6. CONCLUSÃO

Diariamente, os enfermeiros são expostos a fatores de stress conduzindo à desmotivação profissional, sentimentos de tristeza, esgotamento físico e psicológico, culminando em algumas situações com o abandono da profissão.

Os enfermeiros com inteligência emocional são mais resilientes, com maior satisfação pessoal e profissional, colaboram na tomada de decisão, prestam cuidados de qualidade aos seus doentes, contribuindo para a cultura de segurança dos mesmos. Esta habilidade também é fundamental na integração de novos elementos em serviços de cuidados críticos contribuindo para uma melhor apreensão dos conhecimentos evitando o abandono destas unidades pelos elementos mais recentes devido à vasta tecnologia complexa que caracteriza estes locais e pelo ambiente stressante que se vive diariamente.

A formação académica e a experiência profissional são fatores que influenciam positivamente a inteligência emocional, uma vez que quanto maior a formação académica e a experiência profissional, mais elevado é o nível de inteligência emocional.

De acordo com o modelo de aquisição de competências definido por Benner (2001), pode-se afirmar que os enfermeiros peritos de cuidados críticos apresentam níveis mais elevados de inteligência emocional.

Pode-se concluir que a inteligência emocional tem um impacto positivo nos enfermeiros de cuidados críticos e que deverá ser desenvolvida por estes profissionais, de forma a proporcionar um cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Tendo por base que a Enfermagem é uma ciência, com um corpo de conhecimentos próprios, é importante que os seus profissionais desenvolvam investigação na sua área, contribuindo para a construção profissional e consequente desenvolvimento científico (Jurado et. al., 2014).

A investigação determina efetividade na mudança de todo o processo formativo e consequentemente no desenvolvimento de competências e nessa perspetiva importa mobilizar os seus resultados no contexto de trabalho e a análise e discussão do seu impacto nos cuidados.

A investigação contribui para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a prestação dos melhores cuidados às pessoas, consolidando-se ao nível do saber e da ciência.

Para além disso, e tendo em conta que é através da produção científica e sua publicação que a Enfermagem se afirma enquanto disciplina independente, a elaboração da revisão de literatura tipo *Scoping Review* intitulada “Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos”, permitiu-me **colaborar em estudos de investigação**.

Esta investigação teve com o objetivo sintetizar o conhecimento sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, de modo a **gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, encontrando-se em fase** de aprovação para publicação numa revista.

A elaboração deste trabalho teve como suporte a realização de pesquisas em base de dados científicas, **usando tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados**, e culminou na partilha do conhecimento encontrado.

Como forma de expor os resultados da investigação realizada, através da **interpretação, organização e divulgação dos resultados provenientes da evidência**, foram realizadas formações informais e momentos de reflexão nos contextos de estágio através da divulgação de um poster (Apêndice I), para maior acessibilidade de acesso à informação, e apresentados no III Seminário do Mestrado em Enfermagem da UCP Lisboa - Enfermagem Especializada: protagonista no presente, inovadora no futuro (Apêndice II).

Neste sentido, desenvolvi não só competências técnicas, mas sobretudo competências pessoais de autoconhecimento e de “inteligência emocional”, tentando ser promotor desta temática e motivar o interesse dos colegas para que seja uma área trabalhada por eles e para eles, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados.

2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Atualmente assistimos a avanços ímpares a nível do desenvolvimento técnico e científico, o que confere uma grande capacidade de resposta às necessidades das populações na área da saúde em termos de diagnóstico e tratamento (Regulamento n.º 429/2018).

A terapia intensiva, também conhecida como cuidados intensivos, consiste numa abordagem multidisciplinar dedicada à gestão abrangente de doentes com, ou em risco de desenvolvimento de disfunção orgânica, usando uma variedade de tecnologias que fornecem suporte de sistemas de órgãos em falência, particularmente sistemas pulmonar, cardiovascular e renal (Marshall et. al., 2017).

As unidades de cuidados intensivos (UCI) são, deste modo, um local onde se prestam cuidados a doentes de elevado grau de complexidade, com falência multiorgânica, que se encontram sujeitos a mudanças súbitas no seu estado geral, predispondo ao aumento de ocorrência de situações de emergência.

O desempenho dos enfermeiros numa UCI é bastante complexo, pela prestação de cuidados com maior rigor, segurança e qualidade, com ênfase na componente comunicacional, humana e holística face às necessidades do doente/família.

Segundo o colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (2017) “A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços.” (p. 2).

Por estas razões, o desenvolvimento de competências em contexto de UCI, pela sua diversidade de realidades, constitui-se um pilar essencial na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família/cuidador.

Este contexto de estágio foi-me creditado ao abrigo do regulamento de creditação da UCP, publicado em Diário da República pelo Aviso nº 3127/2016 de 1 de março, atendendo às competências adquiridas e desenvolvidas em mais de 3 anos consecutivos, nos últimos 5 anos, em contextos semelhantes aos exigidos para as unidades curriculares realizadas em contexto clínico – cuidados intensivos.

Esta creditação foi fundamentada no desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados a pessoas com doença crítica e/ou falência orgânica, submetidas a processos médicos e cirúrgicos complexos, com necessidade de vigilância e monitorização rigorosa e diferenciação dos cuidados prestados.

Pretendo neste capítulo demonstrar em que medida a minha experiência profissional contribuiu para a aquisição e consolidação de competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica.

2.1. CUIDADOS INTENSIVOS E RECOBRO: Contributo para o desenvolvimento de competências

A ACIR é um serviço em funcionamento desde 2016, que se encontra contíguo ao BO, com capacidade de resposta na vigilância, estabilização e tratamento de pessoas em situação crítica.

Tendo em conta o Regulamento n.º 743/2019 da OE é uma UCI polivalente - nível III, tendo uma equipa funcionalmente dedicada (médica e enfermagem), assistência médica diferenciada (intensivista) em permanência física 24 horas, com acesso aos meios de monitorização, de diagnóstico e terapêutica necessários.

É um serviço mais vocacionado para doentes do foro cirúrgico provenientes do BO num contexto de pós-operatório imediato de situações eletivas ou urgentes, no entanto também são admitidos doentes do foro médico, provenientes das consultas, do internamento, do hospital de dia, de outras instituições de saúde ou do domicílio.

Tem uma lotação de 8 quartos (individuais): 2 dos quais de cuidados intensivos e 6 de cuidados intermédios e/ou recobro, com capacidade para serem convertidos em cuidados intensivos. A ACIR dispõe das seguintes capacidades técnicas e terapêuticas: reanimação cardiorrespiratória avançada; manutenção da vias aérea avançada (incluindo entubação orotraqueal, traqueostomia cirúrgica e percutânea); ventilação mecânica (invasiva e não invasiva); *pacing* cardíaco temporário (externo e endocavitário); monitorização cardíaca e oximétrica contínua; monitorização da sedação - *índice bispectral* (BIS) e monitorização da curarização - *train of four*; monitorização da pressão venosa central; monitorização hemodinâmica (incluindo invasiva e não invasiva da pressão arterial e monitorização contínua do débito cardíaco por termodiluição transpulmonar (PICCO); monitorização da pressão intra-abdominal; broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica; técnicas endoscópicas

digestivas, urológicas, ginecológicas; técnicas de substituição renal contínua; radiografias portáteis; eletrocardiografia; ecocardiografia transtorácica; equipamento portátil de suporte vital para transporte intra ou inter-hospitalar.

A equipa multidisciplinar é constituída por 21 enfermeiros (3 enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica e 5 enfermeiros especialistas em reabilitação), 4 médicos intensivistas e 7 assistentes operacionais, recebendo o apoio de outros profissionais.

Benner (2001) refere que o conhecimento prático se adquire com o tempo. No entanto reforça que a palavra “experiência” “...não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais ... A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.” (p. 61). “...com a experiência e o domínio, a competência transforma-se” (p. 63).

No decurso do desenvolvimento das minhas competências, desde 2011 (término da Licenciatura), foi possível acumular uma vasta experiência na área médico-cirúrgica em população adulta/idosa portadora de doença aguda ou crónica e, por vezes, em fim de vida.

Desde 2014 a minha prestação de cuidados tem decorrido no contexto do doente crítico, mais especificamente nos cuidados intensivos. De 2014 a 2017 na UCI do Hospital de Cascais e de 2016 até à atualidade na ACIR.

O facto de desempenhar funções, há cerca de sete anos em UCI, permitiu-me reunir uma diversidade de experiências profissionais e pessoais que contribuíram para o desenvolvimento de competências neste âmbito. Ponderando os cinco níveis de desenvolvimento de competências definidos por Benner (2001), é possível classificar-me como enfermeiro perito nesta área.

A literatura descreve o ambiente de cuidados intensivos como sendo de grande complexidade e por vezes assustador, o que pode desencadear uma experiência *stressante* e traumática para os doentes (Koukouli et. al., 2017).

Sendo o enfermeiro, o profissional que mais interage com o doente e familiares, tem uma profunda influência na forma como estes vivenciam o internamento do seu familiar. Meleis (2010) refere que o contacto inicial com os profissionais de saúde é um importante indicador positivo nas experiências de transição.

O acolhimento da família na ACIR é assumido pelos enfermeiros. Na admissão estabeleço uma relação de confiança e empatia com a família, explico de forma resumida o

estado do doente e descrevo o cenário de equipamentos e a sua finalidade, de modo a reduzir o impacto. Reforçando Phaneuf (2005), este primeiro passo é primordial para se iniciar a relação de ajuda, é o momento em que se cria uma relação de confiança.

No que diz respeito à **gestão de situações de ansiedade e de medo vividos pela pessoa e/ou família, desenvolvo competências relacionadas com o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda**, através de uma atitude de disponibilidade, transmitindo informação e esclarecendo dúvidas.

Para Oliveira & Nunes (2014), o acolhimento é mais do que uma escuta interessada, pressupõe também a identificação de problemas e necessidades dos familiares.

A minha prestação de cuidados é dirigida **ao doente e sua família, no sentido de satisfazer as suas necessidades** através da utilização das melhores práticas atualizadas, com prestação de cuidados individualizados, no sentido da melhoria contínua da qualidade.

Na ACIR não temos um horário de visitas rígido, permitindo a permanência da família durante um longo período do dia. Quando necessário, somos flexíveis em termos do número de visitas, pois queremos ao máximo manter a relação do doente com a família. A presença de pessoas significativas facilita a manutenção de relações interpessoais que serão fundamentais para manter um conforto sociocultural (Kolcaba et. al., 2006).

Reconheço a família como elemento facilitador para o bem-estar do doente e dos seus familiares, pelo que é minha preocupação o **envolvimento da família** nos cuidados, através de uma abordagem holística, uma abordagem que contempla a dimensão física e, igualmente, a dimensão humana.

Os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Artigo 8º do REPE).

O exercício de enfermagem suporta-se em três diplomas estruturantes para a profissão: o Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE), plasmado no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro; o estatuto da OE, contemplado no Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, já publicado na versão resultante das alterações operadas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro e, por último, a própria Lei nº 111/2009, de 16 de setembro.

Uma prática profissional implica que o enfermeiro assuma o compromisso de cuidar do Outro, tendo a preocupação com os direitos dos doentes, nomeadamente a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelo Outro e pelas suas crenças, a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e respeite os valores universais e os princípios orientadores presentes no artigo 99º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Todos estes **elementos de enquadramento jurídico são integrados** na minha prestação de cuidados, **promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional**. Posso afirmar que desenvolvo uma prática com responsabilidade ética e deontológica, no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, com base num conjunto de conhecimentos, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente e dos seus familiares.

A especificidade, a complexidade de cuidados e a inovação constante dos procedimentos associada a avanços científicos e tecnológicos acarreta uma necessidade de formação contínua.

A deontologia profissional, no artigo 109º do Decreto-Lei nº 156/2016 de 16 de setembro, deixa explícito o dever do enfermeiro em analisar regularmente a sua prática e manter os seus conhecimentos atualizados visando a qualidade dos cuidados.

Como tal, tem sido meu objetivo manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. Os momentos de supervisão clínica, formação de estudantes e integração de novos profissionais são momentos de profunda reflexão, enquanto desenvolvo ferramentas de autoaprendizagem e **competências ao nível da supervisão clínica**.

Neste percurso profissional é também importante mencionar a importância dos cursos e congressos científicos que frequentei e os grupos de trabalho nos quais estive/estou inserido, nomeadamente grupo de auditorias dos processos clínicos, grupo de implementação do processo de enfermagem, grupo de auditorias aos carros de urgência e grupo de implementação do sistema informático *Cerner*.

Tal como Benner (2001) afirma, a prática, estando integrada num todo, requer que o profissional desenvolva as suas qualidades e conhecimentos para conseguir dar o seu contributo a essa própria prática.

A garantia da qualidade dos cuidados nunca foi tão importante como agora, pois, além de existir um aumento da expectativa sobre a qualidade dos cuidados, é igualmente uma exigência legal da profissão.

Na perspetiva da **melhoria contínua da qualidade** dos cuidados prestados, reitera a definição dos padrões de qualidade publicados pelo colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica em 2017: perseguir os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador; ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde; prevenir complicações para a saúde dos clientes; maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; desenvolver,

conjuntamente com o cliente, processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença; contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos; fazer a gestão do risco e do ambiente e adequar a sua resposta salvaguardando a segurança no processo de cuidar.

Através da mobilização destes **conhecimentos avançados sobre a área da qualidade**, é-me possível uma prestação de cuidados tendo como objetivo último a excelência do cuidar.

As UCI's representam ambientes potencialmente hostis para os doentes que se encontram vulneráveis, suscetíveis ao *stress*, que contribuem fortemente para a síndrome de *delirium*. Para este *stress* contribui o ruído, luz ambiental, restrições de mobilidade e isolamento social (Wenham & Pittard, 2009).

Na ACIR, os quartos são individuais, garantem privacidade, menos ruído e menor risco de infeções cruzadas, não descurando a vigilância permanente. Apresentam janelas para o jardim interior e para o rio, o que permite a entrada de luz natural, sendo este um aspeto muito positivo referenciado pelos doentes. Tal como refere o Ministério da Saúde (2013), a iluminação natural e os ritmos circadianos têm importância fundamental para a recuperação dos doentes.

Relativamente ao ruído, no decorrer das minhas intervenções, procuro que este seja mínimo, pois o mesmo pode tornar-se desconfortável, constituindo uma distração passível de interromper os cuidados aos doentes.

Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), os cuidados de enfermagem têm como objetivo máximo proporcionar o conforto da pessoa, podendo este atingir três níveis - alívio, tranquilidade e transcendência - e desenvolvendo-se em quatro dimensões - física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O primeiro nível de conforto é o alívio, um estado em que a pessoa vê satisfeita uma necessidade específica de conforto (posicionamento adequado, controlo da dor ou controlo do ruído, por exemplo), sendo necessário para a recuperação da sua função anterior; a tranquilidade é um estado de calma e contentamento essencial para o desempenho eficiente da pessoa, sendo a transcendência o nível em que a pessoa se pode superar, demonstrando competências para resolver os seus problemas e potencial para controlar o seu futuro.

Além de sentimentos de ansiedade/*stress*, incerteza, medo e receio da morte, a pessoa em situação crítica vivência, pela própria situação clínica, dor.

A dor é um fenómeno fisiológico que afeta o indivíduo na sua globalidade, causando sofrimento e redução da qualidade de vida (Programa Nacional de Controlo da Dor da Direção Geral da Saúde (DGS),2017).

“A dor não controlada resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, predispondo o doente à instabilidade cardiovascular, (...), também prejudica o sono, resultando em maior desgaste físico, fadiga (...)” (Saça et. al., 2010, p. 36).

Assim sendo, o controlo da dor é encarado como uma prioridade na minha prestação de cuidados. A abordagem das pessoas com dor é baseada na melhor evidência científica, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional.

A minha prestação de cuidados visa a **promoção do bem-estar físico, psicossocial e espiritual** do doente, fazendo uma correta gestão da dor, atuando não apenas no sentido de diminuir ou eliminar a mesma, mas também na sua prevenção.

Tenho sempre presente que o doente é o melhor avaliador da sua própria dor e o único que é capaz de fornecer com exatidão as características da dor, usando, sempre que possível, a escala numérica da dor (varia de 0 (sem dor) a 10 (a pior dor imaginável)).

Em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI), e sob efeito de sedo-analgesia e/ou curarizantes, a avaliação da dor requer, além de perícia e treino dos profissionais, instrumentos de avaliação adequados.

“A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale*”. (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), s.d., p. 40).

A escala comportamental da dor é efetuada através da análise de 3 itens observáveis: expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica (varia de 3 (sem dor) a 12 (dor máxima)).

Além disso, tendo por base Guedes et. al. (2012, p. 724), “a observação de respostas (...) fisiológicas ao stress (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, diaforese)” podem ser consequência da dor, o que me permite **identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar**.

Relativamente ao tratamento da dor, recorro a várias **medidas para alívio da dor, tanto farmacológicas** sob prescrição médica, **como não farmacológicas** como posicionamentos de conforto, massagens, períodos de repouso, exercício ativo/passivo, controlo da incidência da luz, diminuição do ruído e aplicação de calor/frio.

Outro aspeto valorizado na ACIR é a prevenção das úlceras por pressão (UPP), pois, como referido na orientação nº 017/2011 da DGS, as UPP são um indicador da qualidade

dos cuidados prestados; causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores, podendo levar à morte. Estima-se que cerca de 95% das úlceras por pressão sejam evitáveis através da identificação precoce do grau de risco recorrendo à utilização da Escala de Braden, que na ACIR é aplicada diariamente.

A abordagem às UPP tem um forte impacto nos custos económicos, sendo a prevenção largamente favorável face ao tratamento (Menoita, 2015).

Saliento a minha prática de cuidados no sentido da prevenção (alternância de decúbitos para alívio de pressão, utilização de colchões de pressão alterna, alimentação e hidratação adequada e aplicação de creme hidratante) e no tratamento, de modo a maximizar a prestação de cuidados.

Ainda no âmbito da qualidade, e como descrito no Regulamento n.º 76/2018 da OE, o exercício de **funções de gestão** por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade, a segurança do exercício profissional e ganhos em saúde.

Ao longo destes anos, exerci funções de chefe de equipa e, desde março de 2018 até à atualidade, funções de responsável de serviço, cumulativamente com a prestação de cuidados.

A nível da **gestão de recursos humanos**, é garantida uma gestão apropriada de recursos humanos, que visa estabelecer quantitativa e qualitativamente o equilíbrio entre a equipa de enfermagem e as necessidades de cuidados, tendo por base no Regulamento n.º 743/2019 da OE do cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, o que me permite **aplicar a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados**.

A distribuição de recursos humanos é realizada diariamente por mim, tendo em consideração um rácio apropriado, mas também tendo em conta aspetos como as competências profissionais (**reconhecendo os papéis e funções de todos os membros da equipa**) e a carga de trabalho com recurso ao instrumento *Nursing Activities Score*.

O *Nursing Activities Score* é um instrumento que representa o tempo dedicado pelo profissional de enfermagem, na prestação de cuidados aos doentes, nas últimas 24 horas (Macedo, 2017).

Através da **implementação destes métodos de organização do trabalho adequados** é-me permitido **coordenar a equipa de prestação de cuidados** de forma mais segura, **adequando os recursos à prestação de cuidados de qualidade**.

Relativamente à **gestão de materiais**, o modelo de gestão de *stock* de material de consumo clínico e dos produtos farmacêuticos faz-se automaticamente pelo sistema *Pyxis* sendo a sua reposição automática a cargo do armazém e dos serviços farmacêuticos.

Outra função é a **gestão de conflitos** entre profissionais e entre profissionais/doentes. Considero que consigo reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade, utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos e, caso necessário, **“referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.**

Na ACIR o método utilizado é o método individual de trabalho, embora persista muito espírito de equipa e um bom clima de trabalho e respeito.

Tenho um papel importante como dinamizador de boas práticas nos cuidados, **motivando os elementos da equipa** a cumprir corretamente os procedimentos e a promoverem a sua formação, facultando o acesso a documentos orientadores da boa prática e protocolos do serviço importantes para prestação de cuidados e formação profissional.

É minha função a colaboração na **planificação e supervisão dos cuidados**, participando nas reuniões multidisciplinares e articulando o processo de transferência dos doentes para outros serviços, bem como a receção de doentes eletivos e de urgência, garantindo a disponibilidade da equipa, para a sua realização com qualidade e segurança.

Incentivo a interação multidisciplinar, pois na minha opinião é muito importante manter relações de trabalho construtivas e eficazes pois além de **fomentarem um ambiente positivo e favorável à prática**, facilitam tomadas de decisão tendo sempre em conta a perspetiva do doente e/ou família.

Ainda no âmbito da gestão dos cuidados, desenvolvo competências relacionadas com a **delegação de tarefas**, tendo sempre como pressupostos a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, supervisionando-as e **avaliando a execução das mesmas.**

No contexto do cuidado ao doente crítico, pela imprevisibilidade de necessidades que podem surgir e pela rapidez na atuação que se exige, são múltiplos os fatores que promovem ou facilitam a ocorrência do erro. É impossível eliminar todas as situações potencialmente geradoras de dano, como tal, o objetivo é atingir o nível mínimo de risco.

A prevenção de riscos na minha prática diária exige a adoção de determinadas medidas, como por exemplo: a elevação das proteções laterais das camas, como medida preventiva das quedas, as rodas das camas travadas, a contenção física dos membros superiores, acautelando a extubação, a adequação da intensidade luminosa ao fuso horário (permitindo o descanso do doente).

A **adoção de princípios de ergonomia e tecnológicos** são igualmente fundamentais para a prevenção da ocorrência de potenciais danos, tanto aos doentes como aos profissionais. A postura corporal correta e a utilização de dispositivos facilitadores na mobilização/transferência de doentes entre camas constituem importantes meios na gestão

do risco. Identicamente, a utilização de medidas de proteção individual, a realização dos testes diários aos equipamentos (ventiladores e desfibrilhadores) e a disposição adequada do equipamento utilizado na prestação dos cuidados (bombas e seringas perfusoras) são outras das medidas consideradas no controlo destes riscos.

A fim de reduzir erros, na minha prestação de cuidados, adoto uma conduta baseada nas normas preconizadas pela DGS (Despacho n.º 1400-A/2015), no sentido de **garantir práticas seguras** de medicação, visando a promoção da segurança do doente.

Relativamente à segurança e administração de medicação, destaco a identificação dos medicamentos LASA patente na norma n.º 020/2014 da DGS através da inserção seletiva de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação, e o acesso e a sinalização dos medicamentos de alerta patente na norma n.º 014/2015 da DGS.

Para reduzir os riscos, garantem-se como medidas confirmar a pessoa certa, medicação certa, dose certa, horário certo, via certa, registo certo, indicação certa e resposta certa. O 5º objetivo estratégico do plano nacional segurança do doente 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) torna imperativo “Assegurar a Identificação Inequívoca dos Doentes”.

Em situações de dúvida recorro à pesquisa bibliográfica e ao diálogo com a equipa multidisciplinar a fim de evitar o erro e **aplicar os princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas**.

Um outro aspeto que saliento na ACIR é a existência de normas/protocolos de procedimentos e a preocupação por parte da equipa na sua atualização, pois constituem uma ferramenta de extrema importância na prestação de cuidados, permitem uma uniformização dos procedimentos, **fomentando a adesão à saúde e à segurança**.

Concordo com Veiga & Henriques (2008), ao afirmarem que a implementação de normas ou protocolos têm várias vantagens: facilitam a tomada de decisão, minimizam a incerteza reduzindo a variabilidade de práticas, melhoram a qualidade dos cuidados, controlam o uso inadequado de recursos, diminuem o risco e promovem a prestação de cuidados com uniformidade.

Existem na ACIR vários protocolos, dos quais destaco: protocolo de administração de alimentação entérica, consoante tolerância do doente; protocolo de alergia ao látex; protocolo de técnicas de substituição renal; protocolo de decúbito ventral; protocolo de cateter venoso central e cateter arterial; protocolo de banho com toalhetes impregnados com gluconato de clorhexidina a 2%, entre outros.

Na ACIR, é reconhecida a importância da manutenção da glicémia, pois, de acordo com Jacobi et. al. (2012) valores mantidos de hiperglicemia (superior a 180 mg/dl) estão associados a aumento do risco de infeção e de mortalidade da pessoa internada em UCI. Para tal, encontram-se implementados dois protocolos: um de administração de insulina subcutânea e outro de administração de insulina endovenosa em perfusão contínua, sendo o ritmo ajustado por algoritmo próprio tendo em conta a avaliação de glicemia.

Esses protocolos exigem do enfermeiro uma tomada decisão responsável e fundamentada para os aplicar ou não, tendo por base o **diagnóstico precoce das complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos**

Face à gestão de protocolos terapêuticos, a diferenciação de um enfermeiro de cuidados gerais para o especialista, assim como, de um iniciado para um perito, é bastante evidente, na medida em que o iniciado é inflexível na aplicação dos mesmos, mas um perito e especialista ajusta as intervenções ao contexto e ao doente (Benner, 2001).

Atualmente encontra-se a decorrer a implementação de um projeto de grande impacto clínico, o programa de recuperação avançada, baseado no *Enhanced Recovery After Surgery*. Trata-se de um programa multidisciplinar com o objetivo final de diminuir as complicações, desenvolver os cuidados peri-operatórios e melhorar a recuperação, facilitando o retorno precoce do doente à sua vida normal (Ljungqvist, 2017).

“A Segurança do doente apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde” (Fernandes & Queirós, 2011, p. 38). Efetivamente, a segurança está ligada à qualidade, uma vez que não existe qualidade sem segurança.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são altamente especializados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas da vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, com vista à sua recuperação total. Exigem “observação, colheita e procura contínua (...) conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, (...) prever e detetar precocemente as complicações, (...) assegurar uma intervenção precisa, eficiente e em tempo útil”. (Regulamento n.º 429/2018 da OE, p. 19363).

Como enfermeiro da ACIR, parte da minha prestação de cuidados é direcionada aos doentes em situação crítica e doentes pós cirúrgicos, sendo grande parte considerados de alto risco, por terem sido submetidos a cirurgias complexas, agressivas e de longa duração, estando especialmente vulneráveis. As minhas intervenções asseguram vigilância muito

rigorosa, permitindo **identificar precocemente problemas** decorrentes da anestesia ou da cirurgia e **intervir para impedir ou minimizar o impacto** de tais situações.

Durante os meus anos de experiência realizei uma pesquisa exaustiva por forma a perceber os processos que estão por detrás das manifestações clínicas, antecipando determinadas situações, **agindo em conformidade** através de uma atuação eficaz e **avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados/complicações**.

A vigilância está direcionada para a manutenção dos sinais vitais dentro dos parâmetros expectáveis, vigilância do estado de consciência, do padrão respiratório e da monitorização hemodinâmica. Neste sentido, desenvolvo competências na interpretação dos dados da monitorização hemodinâmica à pessoa em situação crítica, possibilitando-me a **deteção de focos de instabilidade** clínica, **atuando de forma adequada, rápida e eficaz, prevenindo complicações**.

Considero que a antecipação de possíveis complicações, torna-se uma intervenção fulcral, sendo necessário mobilizar um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos (resultantes de um investimento profissional), que articulados com a observação do doente (resultante da monitorização e interpretação dos sinais e sintomas de instabilidade) e com recurso aos conhecimentos resultantes de experiências anteriores (fruto da experiência profissional), permitem a identificação precoce das situações de risco de vida.

O ambiente tecnológico, com equipamentos de monitorização altamente diferenciados e o contacto com doentes em estado crítico com elevada possibilidade de situações imprevistas e complexas, é igualmente *stressante* para os enfermeiros (Rodrigues & Ferreira, 2011) que têm atividades complexas na prestação de cuidados, dificultadas por diversos fatores tais como a grande instabilidade do doente e pelo pouco tempo de ação, que exigem competência técnica e científica, em que a tomada de decisões e práticas seguras, fazem a diferença entre a vida e a morte (Camelo, 2012).

Os fatores que contribuem para a tomada de decisão eficaz são: a mobilização de conhecimentos; a própria experiência; os recursos disponíveis; a capacidade que o enfermeiro detém para avaliar o doente e a valorização da opinião do doente (Silva, 2014).

Durante a prestação de cuidados ao doente crítico recorro à observação, intuição (fruto da experiência profissional), reconhecimento de situações similares, equilíbrio entre o risco/benefício para o doente, demonstrando capacidade de lidar com o imprevisto e rapidez no estabelecimento de prioridades.

Respondendo aos requisitos da circular normativa da DGS nº 15/DQS/DQCO de 22 de junho de 2010, citada no Despacho n.º 9639/2018 do Diário da República, a ACIR tem

implementada uma equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI), com o objetivo de garantir uma resposta atempada às situações de emergência intra-hospitalar, tendo em vista a melhoria da taxa de mortalidade intra-hospitalar e o reconhecimento precoce do agravamento da condição clínica dos doentes, permitindo o início atempado de terapêutica adequada.

Esta equipa é constituída por um médico e um enfermeiro, ambos elementos da ACIR, com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. Sendo elemento da EEMI, **asseguro a resposta a situações de urgência/emergência** que ocorrem dentro da instituição (áreas clínicas e não clínicas), abrangendo doentes, familiares e funcionários, 24h por dia, 7 dias por semana.

Outro aspeto importante é o conhecimento da atuação em caso de exceção ou catástrofe, no sentido de colaborar na resposta concreta perante pessoas em situação de emergência. Uma situação de exceção pode ocorrer a qualquer momento através de desastres naturais, ambientais, tecnológicos, sociais ou provocados pelo ser humano.

Desde 2018 que tenho formação sobre o plano de emergência interno e sobre os procedimentos operacionais em caso de emergência ou catástrofe por cada zona clínica. O plano de emergência interno do BO é igual ao da ACIR uma vez que são serviços contíguos, o que me permite **conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe**.

A intervenção dos enfermeiros em situações de catástrofe é de extrema importância, porque possuem o conhecimento, competências que podem ser aplicadas em diferentes cenários e situações catástrofe, e habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade, adaptabilidade e liderança.

Considerando os múltiplos e complexos contextos de atuação e a necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica, o risco de infeção está muito presente, motivo pelo qual a existência de uma comissão de controlo de infeção hospitalar é de extrema importância. As suas funções assentam na informação e formação contínua dos profissionais e recomendação de boas práticas, auditorias ao cumprimento das normas e vigilância epidemiológica.

Através da formação, advém a **divulgação do Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) a todos os membros da equipa de prestação de cuidados**. Através das auditorias **monitorizam-se, registam-se e avaliam-se as medidas de prevenção e controlo implementadas**.

Como descrito no PPCIRA (2017), as infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde, inviabilizam a qualidade dos cuidados e constituem a principal ameaça à segurança dos cidadãos. Podem ser definidas como uma condição localizada ou sistémica que ocorre durante a hospitalização e que resulta de uma reação adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos ou das suas toxinas.

Neste sentido, e segundo PPCIRA 2017, é crucial cumprir as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) como regras de boa prática na prestação de cuidados, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, e incidem sobre dez padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente e colocação/isolamento dos doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

É meu cuidado a implementação das precauções supracitadas na prestação de cuidados, pois na minha opinião constituem um conjunto de boas práticas que se destinam à minimização do risco de infeção e consequente segurança de todos os intervenientes.

Na admissão dos doentes, assumo que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos a fim de evitar a transmissão cruzada.

Um aspeto importante que é cumprido na ACIR é a descolonização do *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* que, seguindo a Norma n.º 018/2014 atualizada a 27/04/2015, é realizada aos doentes internados por um tempo previsível superior a 48 horas, com recurso à higiene corporal (excetuando a face) com toalhletes de gluconato de clorhexidina a 2% nos primeiros 5 dias após admissão.

No caso dos doentes a quem são diagnosticadas infeções ou doentes imunodeprimidos são implementadas, caso se justifique, medidas de isolamento: protetor, de via aérea, de contacto ou de gotículas, tendo em conta os tipos de microrganismos e vias de transmissão. Este aspeto é facilitado na ACIR pois todos os quartos são individuais, com portas de correr automáticas com sensor (ou seja, sem maçanetas), o que permite abrir/fechar a porta sem que seja necessário tocar-lhe.

De modo a prevenir infeções cruzadas, existe a preocupação de cada enfermeiro ficar responsável apenas por doentes infetados ou apenas por doentes não infetados,

estabelecendo os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão.

A pessoa em situação crítica, muitas vezes necessita de VMI, obrigando à presença de um tubo endotraqueal, por via nasal, oral ou traqueostomia. A ventilação mecânica é uma técnica invasiva de suporte da função respiratória indicada para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. (Urden et. al., 2008).

Existem diferentes modos ventilatórios, desde modos controlados unicamente pelo ventilador (por pressão ou por volume), a modos ventilatórios mais sincronizados, em que o ventilador adapta os ciclos aos movimentos espontâneos do doente.

Os anos de experiência em UCI's permitiram-me conhecer as diferentes modalidades de VMI, os critérios para desmame ventilatório e a vigilância da adaptação/eficácia da ventilação (oximetria, capnografia, interpretação de gasimetria, interpretação de dados do ventilador).

No caso do doente submetido a VMI, segundo Chlan et. al. (2010), devido à presença do tubo endotraqueal ou traqueostomia e à insuflação do *cuff*, estes doentes encontram-se incapazes de comunicar verbalmente, o que é um fator de *stress* para o doente. A impossibilidade de comunicar verbalmente coloca o doente numa posição de desvantagem na medida em que não consegue expressar os seus sentimentos e emoções, pelo que tenho de **adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.**

Nesta linha de pensamento, utilizo estratégias facilitadoras da comunicação baseadas em Chlan et. al. (2010): perguntas simples com resposta direcionada ao “sim” e “não”; gestos; identificação das expressões faciais; leitura labial; toque; dispositivos de auxílio à comunicação, como quadros para escrita, quadro com símbolos e/ou letras do alfabeto, e uma lista com frases/mensagens comuns, reforçando a perspetiva de Phaneuf (2005) ao referir que a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras.

Assim, através destas estratégias impulsiono a interação com o doente, **demonstrando conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”.**

Ainda relativamente aos doentes submetidos a entubação orotraqueal, sabe-se que têm risco acrescido de desenvolver pneumonia associada à intubação (PAI). A DGS (2017), refere que a PAI é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade.

As minhas intervenções vão ao encontro do “Feixe de Intervenções” da prevenção da PAI, descrito na Norma 021/2015 atualizada pela DGS em 2017, passando por: manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina; realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia; manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionais; manter pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O.

Um outro cuidado importante é a aspiração de secreções pelo tubo oro-traqueal, que é um dos cuidados essenciais ao doente submetido a VMI, assumindo, desta forma, bastante importância na promoção da eficácia das trocas gasosas bem como na prevenção da PAI.

Uma alternativa à VMI é a ventilação mecânica não invasiva, que durante a minha experiência me permitiu adquirir conhecimentos e competências na implementação de intervenções autónomas de enfermagem para melhor adaptação da ventilação.

Durante a minha experiência em UCI's, desenvolvo competências na colaboração em técnicas invasivas complexas (colocação de cateter venoso central, cateter arterial, cateter de hemodiálise, cateter PICCO, entubação orotraqueal, colocação de dreno torácico, traqueostomia percutânea, broncofibroscopias, entre outros).

Na ACIR, a maioria dos doentes possui cateter venoso central e cateter arterial, sendo que os cuidados prestados são baseados nos feixes de intervenção apontados pela DGS (2017) como um dos pilares fundamentais para a redução das IACS. As minhas intervenções passam por avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter; realizar higiene das mãos seguido de desinfeção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter; descontaminar as conexões com álcool a 70° antes de qualquer manuseamento; mudar penso com periodicidade adequada e com técnica asséptica.

Cuidar em enfermagem determina uma relação estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro que requer reflexão consolidada na teoria, na prática e na criação de opções criativas no cuidar (Watson, 2002). É minha preocupação refletir sobre a prática, quer durante a sua execução, quer posteriormente, com recurso a momentos de *debriefing*, melhorando os cuidados prestados, permitindo em simultâneo a maximização do desenvolvimento de competências.

Um momento importante de reflexão são as passagens de turno, pois além de serem transmitidas informações sobre o estado do doente, são discutidas intervenções e alternativas ao plano de cuidados, através da **avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão**.

No Parecer n.º 61/2017 da OE, é definida a passagem de turno como uma reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo **assegurar a continuidade de cuidados** e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade, enquanto momento de análise e reflexão das práticas e momento de formação. Da passagem de turno obtém-se **informação que, depois de analisada, tem a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica**, tendo em consideração a privacidade dos mesmos, **assegurando a confidencialidade da informação**.

As passagens de turno são realizadas em espaços próprios, exclusivos a profissionais envolvidos nos cuidados, limitando a exposição da informação dos doentes. Identicamente evito a transmissão de informações clínicas via telefone cuja identidade do interlocutor não pode ser garantida.

O profissional de enfermagem tem explícitos, no seu Código Deontológico (Decreto-Lei n.º156/2015 de 16 de setembro), o dever de assegurar a continuidade dos cuidados (artigo 104º), o dever de informar o indivíduo e a família (artigo 105º), o dever do sigilo profissional, que obriga o enfermeiro a considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família; partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico; e divulgar informação confidencial só nas situações previstas na lei (artigo 106º).

Termino, referindo que o foco da prática do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é mais do que a monitorização e observação constantes, inclui o cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a resposta adequada e oportuna em situações de catástrofe ou em emergência, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação.

3. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

“A formação em Enfermagem baseada em competências assume-se como um novo paradigma de aprendizagem onde a pedra basilar é a obtenção de determinados resultados, definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão” (Rabiais, 2016, p. 37-38).

Neste contexto, os estágios constituem uma etapa importante no processo de desenvolvimento e aprendizagem, porque promovem oportunidades de vivenciar na prática conteúdos académicos, proporcionando a aquisição de conhecimentos e atitudes essenciais para um exercício profissional de excelência.

Segundo Benner (2001), “as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados” (p. 12).

Os locais de estágio selecionados e as oportunidades de aprendizagem que os mesmos proporcionam, visam enriquecer a minha experiência pessoal e profissional, explorando áreas de conhecimento menos desenvolvidas dos cuidados a doentes críticos e seus familiares. São uma mais valia no incrementar de competências científicas, técnicas e humanas, com consequências benéficas para a profissão de enfermagem e para o ser humano. (Estatuto da OE, 2015).

No meu ponto de vista, como enfermeiro, sinto necessidade de construir e de desenvolver competências, sendo a formação do enfermeiro especialista aquela que produz resultados mais eficazes.

Le Boterf (2015) define competência, não apenas como um estado de formação, de conhecimentos/capacidades aprendidas, mas sim a capacidade de mobilizar todos os anteriores e adaptá-los aos contextos da prática.

No Regulamento nº 140/2019 da OE (2019) estão definidas competências comuns como “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” e competências específicas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas

de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

Para que este relatório seja reflexo do meu crescimento pessoal e profissional, neste capítulo, para cada local de estágio será realizada uma breve caracterização do mesmo, seguida de uma análise crítica e reflexiva das principais atividades realizadas e de que forma contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas, na área da pessoa em situação crítica.

Ao longo da descrição das atividades desenvolvidas, serão mobilizados como documentos orientadores, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de 2019, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica de 2018 e o Guia da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório de 2019 fornecida pela UCP.

3.1. BLOCO OPERATÓRIO: Contributo para o desenvolvimento de competências

O Centro Cirúrgico oferece múltiplas soluções cirúrgicas diferenciadas para alcançar os melhores resultados clínico e centra a sua atividade nas diferentes áreas de intervenção oncológica: patologia mamária, aparelho digestivo, fígado, vias biliares e pâncreas, urologia, ginecologia, cirurgia torácica e pulmonar, radiologia de intervenção percutânea e endovascular.

É composto por 4 salas de operações, uma ACIR com 8 quartos, uma unidade de técnicas e intervenção (UTI) com 4 quartos e dois internamentos com total de 26 quartos individuais.

O BO, situado no piso 2, é constituído por 3 salas de operações com 2 salas de indução anestésica separadas por um corredor central. As salas de operações, para além do equipamento cirúrgico convencional, estão equipadas com as mais recentes tecnologias e técnicas nas áreas de robótica, cirurgia laparoscópica e microscópica. Em particular, utiliza o sistema cirúrgico *Da Vinci Xi*, uma plataforma ultramoderna otimizada para a realização de cirurgias complexas, com visão 3DHD e acesso anatómico completo, utilizando movimentos de alta precisão que vão muito além da capacidade da mão humana.

O BO engloba ainda uma 4ª sala de operações no Piso 0, que combina todas as capacidades de uma sala de operação com equipamentos médicos de imagiologia de alta definição. Nesta sala é possível realizar procedimentos cirúrgicos, mas também de radiologia de intervenção, com imagem intraoperatória 3D.

Engloba ainda a UTI onde são realizadas todas as técnicas convencionais e de intervenção de gastroenterologia, broncologia e urologia, com capacidade de realização de sedação e suportada por uma unidade de recobro composta por 4 cadeirões e 4 quartos individuais totalmente equipados e com monitorização permanente. Na UTI as técnicas realizadas têm como finalidade o diagnóstico de patologia, mas também a modalidade terapêutica endoscópica de alta complexidade, podendo substituir em certos casos a cirurgia convencional, com evidentes vantagens em termos de sobrevivência e períodos de recuperação, e compatíveis com a sua realização em regime de ambulatório.

Quanto à equipa multidisciplinar, é constituída por um enfermeiro chefe, uma enfermeira responsável, 23 enfermeiros (dos quais 1 é especialista em reabilitação, 3 são especialistas em médico-cirúrgica, 1 especialista em peri-operatório, 3 com mestrado em peri-operatório e 1 com licenciatura em Psicologia), 8 assistentes operacionais, 2 administrativas, 8 médicos anestesistas e 28 médicos-cirurgiões (distribuídos pelas diferentes especialidades).

Funciona em regime de trabalho por turnos de 7 ou 12h de segunda a sexta-feira das 8h às 20h para cirurgias programadas e em regime de prevenção das 20h às 8h durante a semana e todo o fim-de-semana para cirurgias de urgência.

Pelo facto de atualmente exercer funções na ACIR e a grande maioria dos doentes recebidos ser proveniente do BO, considereei pertinente o conhecimento da dinâmica intra-operatória para contribuir para a melhor prestação de cuidados no pós-operatório, assim como na preparação do doente para o retomar da sua vida quotidiana, minimizando as limitações e aumentando a sua autoconfiança e independência após a cirurgia.

Segundo o anexo IV do Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018), os cuidados de enfermagem a pessoas que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, têm com objetivo a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença.

A enfermagem peri-operatória tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao doente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica ou a uma intervenção invasiva no BO. Segundo a Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2012), a enfermagem peri-operatória pode ser definida como o conjunto de conhecimentos

teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros de sala de operações, pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia os resultados obtidos.

O BO é um local onde se realizam procedimentos de elevada precisão e onde o doente é o centro de toda a atenção, pelo que a segurança é a principal preocupação.

Como é referido no Regulamento nº 140/2019 da OE (2019), uma das competências do enfermeiro especialista é a garantia de um ambiente de prestação de cuidados que fomentem a segurança, a privacidade e a dignidade do doente.

A segurança do doente é reconhecida como uma dimensão importante da qualidade na saúde e é definida pela Organização Mundial da Saúde como a redução do risco de danos desnecessários para um mínimo aceitável (DGS, 2011).

A necessidade de implementação de uma cultura de segurança é referida no plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 (Despacho nº1400-A/2015) que visa a prevenção de incidentes e pretende: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, garantir a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Os profissionais de enfermagem são reconhecidos como um elo inseparável da segurança dos doentes, com adequados conhecimentos científicos e técnicos e com o compromisso de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Jones, 2013).

Considerando o elevado risco associado aos cuidados peri-operatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos realizados, mobilizei conhecimentos e habilidades que garantem a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente.

Embora se reconheça que a prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade, comporta consequentemente um grau de risco ponderável, a sua ocorrência, na maioria das situações, é passível de medidas preventivas. Importa prevenir ou controlar o risco através da implementação de uma cultura de segurança. Para a OE (Parecer do Conselho Jurisdicional 248, 2010) “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade” (p. 2).

A gestão do risco, tem assim como objetivos prevenir ou eliminar os riscos para os doentes e profissionais, promover a sua saúde e segurança, garantir condições de segurança para pessoas e bens, consciencializar os profissionais para a problemática do risco e reduzir os custos e produzir ganhos para a saúde (AESOP, 2012).

A prevenção de riscos ambientais foi um dos aspetos considerados na manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. No BO, no controlo da temperatura ambiental, deve existir um equilíbrio entre o conforto térmico para a equipa, o risco de hipotermia do doente e ainda a prevenção da proliferação de microorganismos. A hipotermia é um potencial risco, por isso, a manutenção da temperatura corporal, durante o ato cirúrgico, era preservada por meio da colocação de uma manta térmica sobre o doente e através do aquecimento com termoventilador ou, no caso de cirurgias mais longas, através da utilização do sistema *Allon* que funciona através de uma bomba que fornece água aquecida, por uma manta envolta no doente, retroalimentada por sensores de temperatura central e periférica que garantem com segurança que a temperatura alvo seja atingida e mantida.

A eletricidade também constitui um risco, estando relacionado com a passagem de uma corrente elétrica pelo corpo, podendo provocar queimaduras, choques ou alterações cardíacas, que pode culminar numa paragem cardíaca. A prevenção passou pela inspeção e manutenção periódica dos equipamentos e das instalações elétricas, pela existência de tomadas em locais seguros, evitando a utilização de fichas triplas e extensões, e pela colocação da placa neutra do equipamento de eletrocirurgia no doente.

Neste sentido, a minha prestação de cuidados foi no sentido de **reduzir a probabilidade de ocorrência do erro humano, prevenindo riscos relacionados com o ambiente** e promovendo um meio físico seguro.

A administração de hemoderivados foi realizada com auxílio ao *HemoCod*, que é um dispositivo móvel que permite aumentar a segurança e rastreabilidade de todos os processos relacionados à transfusão que ocorrem fora do banco de sangue: desde a prescrição e registo de extração de amostras, até o controle de segurança e término da transfusão junto do doente. Além disso, ajuda a eliminar o erro humano na identificação manual de dados e nos processos de transcrição.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, considera-se a existência de enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia, indo de encontro às recomendações da AESOP (2013) que refere que a presença de tais enfermeiros é essencial para garantir a

segurança e a qualidade dos cuidados, devendo estes estar aptos a desempenhar qualquer umas das funções.

O método de trabalho no BO é em equipa, por posto de trabalho. O trabalho em equipa é essencial em contexto peri-operatório, devido à natureza tão específica e exigente dos cuidados. A articulação entre os profissionais e suas funções é fundamental, de modo a assegurar cuidados seguros, humanos e com qualidade (AESOP, 2012).

Os doentes admitidos eletivamente no BO são provenientes do domicílio ou do internamento e os urgentes provenientes do domicílio, internamento, consultas ou ACIR.

O circuito do doente inicia-se pela admissão dos doentes na sala de indução, onde são submetidos à indução anestésica e posteriormente encaminhados para as salas do BO.

A necessidade de uma intervenção cirúrgica é invariavelmente uma fonte de *stress* e de incerteza para o doente. É comum os doentes demonstrarem ansiedade, por invasão da privacidade, por medo da dor, por receio de complicações operatórias ou até da morte.

Os receios, por vezes, estão relacionados com a família, que aguardam ansiosos pelo fim da cirurgia. Assim, procurei estabelecer com o doente uma relação de empatia, onde perante as questões formuladas transmiti as informações necessárias de forma adequada, proporcionando tranquilidade.

Como a informação pertence ao doente, Lei nº 111/2009 artigo 84, informei-o sempre de todos os procedimentos, tendo em consideração que tem o direito de ser informado, esclarecido e validado, e respeitando a sua vontade.

O **enfermeiro de anestesia** é o enfermeiro que estabelece o primeiro contacto com o doente. Mantém um ambiente físico, emocional e psicológico seguro para a pessoa cuidada.

Na admissão dos doentes na sala de indução as minhas intervenções tiveram como objetivos satisfazer as necessidades do doente e tentar tornar a experiência do processo cirúrgico menos traumatizante. Realizei o acolhimento ao doente, confirmando a sua identidade em consonância com o plano operatório, realizei a colheita de dados e, ao mesmo tempo, esclareci dúvidas relacionadas com o processo cirúrgico, proporcionando sentimentos de confiança.

Perante o que observei, senti imensa satisfação pois, numa área tão técnica, a dimensão humana é evidenciada através da total disponibilidade de um enfermeiro para o acolhimento. Salienta-se a prática de cuidados tendo em conta o doente como centro dos cuidados, dotado de dignidade, autonomia e liberdade, capacitado para decidir o que é melhor para ele próprio.

A aquisição de competências neste domínio implicou saber gerir a ansiedade e medo vividos pelo doente através de uma relação terapêutica. Como tal, as técnicas e estratégias de comunicação foram essenciais, respeitando as crenças e valores do doente.

A manutenção da privacidade e dignidade dos doentes é um dever deontológico dos enfermeiros (OE, 2009). Watson (2002) considera a privacidade um fator importante no cuidado, mencionando que a privacidade compreende a exposição física, bem como o sigilo profissional.

A própria hospitalização é altamente despersonalizante, na medida em que existe a exposição do corpo perante desconhecidos, a instrumentalização frequente do próprio corpo e uma constante invasão da privacidade pelos profissionais de saúde.

Procurei **sempre manter a privacidade do doente**, fazendo o acolhimento e a avaliação do doente em espaços próprios, expondo apenas a área corporal necessária aos cuidados e limitando o acesso às pessoas estritamente necessárias, tendo percebido que o doente fica mais calmo e mais confiante quando é preservada a sua intimidade. Mantive as portas da sala operatória encerradas até o procedimento estar completamente terminado, apenas destapando o doente depois da indução anestésica. No final da cirurgia o doente era coberto com lençol quente, de maneira a minimizar a sua exposição e promover o seu conforto.

Este Centro Clínico é uma instituição que recebe doentes com uma variedade cultural acentuada, com a necessidade de cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis.

A multiculturalidade é uma oportunidade para a aquisição de competências no âmbito de uma enfermagem consciente de que pessoas de culturas diferentes têm a capacidade de orientar os profissionais para receberem os cuidados que desejam e de que necessitam, não esquecendo a sua especificidade e individualidade (Leininger, 2001).

Encarei a pessoa como um ser único, inserida na sua cultura, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e abstendo-me de juízos de valores. Durante a prestação de cuidados, foram considerados aspetos relacionados com costumes e respeito pelas questões da individualidade psicossocial, cultural, espiritual e religiosa, etnia, género e orientação sexual, pelo que foi possível desenvolver **o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança do indivíduo**.

Outro aspeto importante é a obtenção do consentimento. De acordo com artigo 5º da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação

adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos” (p. 27).

De acordo com a norma 015/2013 da DGS (2013, p. 9), atualizada a 04/11/2015: “O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa, é uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia. Reflete, em particular, o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida.”

Tive o cuidado de respeitar a vontade expressa pelos doentes, permitindo-lhes participar nas **tomadas de decisão**, demonstrando assim **respeito pelos seus direitos**, dignidade, autonomia, privacidade, **bem como pelos seus valores, costumes e crenças**. Desta forma, confirmei que a tomada de decisão não se restringe somente aos profissionais de saúde, pois, quando exequível, o doente é o principal decisor das intervenções que lhe são efetuadas.

A obtenção do consentimento era baseada numa comunicação efetiva, explicando, através de linguagem simples e clara, a necessidade, bem como os riscos e benefícios das intervenções, fornecendo as ferramentas necessárias à decisão, **assegurando o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação**.

O conforto é, definido como um estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas (Kolcaba, 2003).

A anestesia proporciona ausência ou alívio da dor e de outras sensações desagradáveis durante o procedimento. A equipa anestésica é constituída por anestesista e enfermeiro que trabalham em sincronia para proporcionar ao doente conforto e cuidados de qualidade.

A sedação e analgesia são, assim, fundamentais para garantir a segurança e o conforto do doente uma vez que facilitam a realização de técnicas invasivas, a adaptação ventilatória, proporcionam o alívio da ansiedade, medo, desconforto e controlo da agitação, diminuindo as repercussões fisiológicas e psicológicas desencadeadas pelo *stress*.

É função do enfermeiro de anestesia a manutenção da permeabilidade da via aérea e de uma adequada ventilação. Assim, no decurso do estágio, testei o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos referentes à anestesia (material de entubação endotraqueal, sistema de ventilação manual e mecânica, aspiradores e monitores), coloquei acessos venosos periféricos, preparei fármacos anestésicos, verifiquei a existência de próteses ou implantes, confirmei o jejum e a existência ou não de alergias.

Colaborei na indução e manutenção anestésica, na correta monitorização e vigilância cardiorrespiratória e nível de sedação e agitação por meio da monitorização BIS e da escala *Richmond Agitation Sedation Scale*. A utilização desta escala e desta monitorização permitiram-me **desenvolver conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia**.

Desenvolvi o meu conhecimento sobre as diferentes técnicas anestésicas, desde sedação ligeira à anestesia geral, tendo preparado todo o material necessário para anestésiar o doente em segurança, antevendo qualquer necessidade de material para uma emergência. Para isto, consulte bibliografia relacionada com as diferentes técnicas anestésicas, fármacos usados e cuidados de anestesia, podendo afirmar que no domínio das **aprendizagens profissionais**, desempenhei a minha prática profissional com apoio no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, com a intenção de basear a prática clínica em evidência científica.

Verifiquei que a analgesia epidural constituiu uma técnica muito eficaz no controlo da dor. É uma técnica de analgesia regional que utiliza a administração de fármacos analgésicos e anestésicos por via epidural (Martins, 2006).

Adquiri competências e aprofundei conhecimentos em relação ao manuseamento do cateter epidural, administração de analgesia pelo cateter epidural, avaliação do bloqueio sensitivo-motor, contribuindo assim para a melhoria do bem-estar físico do doente e prevenção de complicações.

Todas estas intervenções tinham como finalidade o despertar do doente, com o mínimo de dor possível. No intra-operatório, o tipo de cirurgia, o tempo da intervenção cirúrgica, os antecedentes do doente em relação ao limiar da dor, o uso habitual de analgésicos e as alterações hemodinâmicas, foram fatores considerados na avaliação da dor. Não existe uma escala própria de avaliação, no entanto, no decorrer e no término da cirurgia foram administrados analgésicos.

Ainda neste âmbito, vigiei as quantidades da drenagem gástrica e drenagem vesical, colaborei na transferência do doente para a ACIR com total segurança, onde transmiti toda a informação referente do doente.

Relativamente aos registos de enfermagem, na perspetiva de Martins et. al. (2008, p. 52) “a importância dos registos de enfermagem é (...) reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados”.

No BO, além do programa informático *Cerner*, também existe o processo físico onde constam os consentimentos assinados, os comprovativos de esterilização dos materiais utilizados na cirurgia e alguns registos de enfermagem em suporte de papel resultantes da avaliação precisa, monitorização e vigilância do doente.

Saliento a realização de registos de Enfermagem rigorosos, ciente do dever de **assegurar a continuidade da prestação de cuidados de Enfermagem e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis**, preocupando-me com a segurança dos doentes.

O desenvolvimento de competências como enfermeiro de anestesia, foi uma experiência gratificante uma vez que pude acompanhar o doente desde a sua entrada no BO, durante o ato anestésico e procedimento cirúrgico, assegurando uma vigilância contínua do doente, estando desperto para possíveis sinais de instabilidade/complicações, de modo a poder tomar decisões e atuar perante situações imprevisíveis de forma eficaz e eficiente, baseando-me nas mais recentes evidências.

Relativamente ao **enfermeiro circulante**, este tem atribuições de responsabilidade na segurança do doente, da equipa cirúrgica e do ambiente, na prevenção da infeção, na gestão organizacional da sala de operações e do risco inerente ao BO (AESOP, 2012).

No BO cultiva-se uma política de segurança adotando práticas preventivas do erro. Neste ponto, realço a oportunidade de implementar a lista de verificação de cirurgia segura preconizada pela Organização Mundial de Saúde, efetuada sempre no intraoperatório. Esta lista enumera os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (DGS, 2010).

Colaborei na preparação do material e do equipamento necessários à cirurgia, providenciei os dispositivos necessários para a manutenção da temperatura corporal do doente, cumpri com as regras da técnica assética cirúrgica, colaborei com a equipa cirúrgica na colocação da roupa estéril, colaborei na colocação das mesas cirúrgicas verificando a validade e o estado dos invólucros do material esterilizado, garanti apoio ao enfermeiro instrumentista e à restante equipa cirúrgica, respondendo às solicitações e colaborei na colocação da placa neutra do equipamento de eletrocirurgia.

Outro dos meus cuidados foi o correto posicionamento do doente. No BO, o facto de estarem deitados, imóveis, em maca operatória não lhes proporciona o conforto desejável, assumindo um grande risco de aparecimento de UPP. O risco de UPP não é avaliado, sendo que todos os doentes são considerados de alto risco. Ayello & Delmore (2017) referem que os doentes durante o período intraoperatório apresentam vulnerabilidade acrescida para o

desenvolvimento de UPP devido a longos períodos de imobilidade, efeito de medicação que atua na resposta ao desconforto e oscilações hemodinâmicas.

Os fatores intrínsecos que aumentam o risco de desenvolver uma UPP integram a idade, mobilidade e atividade, estado cognitivo, consciência e percepção sensorial, estado nutricional e hidratação, humidade da pele e incontinência, temperatura alterada, doenças sistémicas e medicação; enquanto que os fatores extrínsecos comportam a pressão, cisalhamento e fricção (Menoita, 2015).

Assim, tive sempre em atenção a utilização de medidas preventivas de modo a minimizar lesões músculo-esqueléticas e nervosas, como os posicionamentos de acordo com o alinhamento corporal e o alívio de pressão recorrendo ao uso de dispositivos de gel.

Identicamente colaborei no posicionamento dos focos de iluminação, forneci os dispositivos médicos necessários à intervenção cirúrgica, antevendo as necessidades; providenciei a limpeza do derramamento de solutos ou líquidos orgânicos, garantindo a sala limpa e organizada; colaborei com o enfermeiro instrumentista na contagem das compressas, dos instrumentos e do material perfurante; realizei a correta triagem de resíduos; acondicionei e identifiquei adequadamente as peças para a anatomia patológica e microbiologia; e colaborei na transferência e transporte do doente para a ACIR.

De acordo com a DGS (s.d.), uma das fases mais importantes para a minimização e gestão efetiva dos resíduos hospitalares produzidos é a sua triagem no local de produção, respeitando a classificação dos resíduos hospitalares estabelecida pelo Despacho nº 242/96, publicado a 13 de agosto, na divisão em quatro grupos.

Em contexto peri-operatório, a prevenção da infeção é definida como um dos pilares dos cuidados seguros à pessoa em situação peri-operatória (Norma n.º 024/2013, 2013).

A estrutura física do BO é desenhada para a manutenção de condições de assepsia máxima, considerando as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde (2011), que indicam que a circulação dos profissionais, dos equipamentos e dos doentes deverá ser efetuada em circuitos próprios para que se reduza ao máximo o cruzamento de circuitos não desejáveis, como é o caso de sujos com esterilizados, evitando-se o cruzamento de bactérias e microrganismos.

A prevenção da infeção está relacionada com várias medidas básicas, incluindo a preparação pré-operatória adequada, a técnica cirúrgica assética e a profilaxia antibiótica. Assim, foi importante durante o estágio divulgar e motivar as boas práticas.

Saliento que as portas das salas operatórias são de abertura automática, indo ao encontro do preconizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (2011), que

recomenda que as portas das salas operatórias sejam automáticas e de correr. São de evitar as portas de batente uma vez que aumentam a agitação de ar e consequentemente dos microrganismos em suspensão.

Um aspeto importante no BO relaciona-se com a desinfeção das salas operatórias com um método de bio-descontaminação através da nebulização com peróxido de hidrogénio, efetuada periodicamente, o que me permitiu desenvolver **conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar**. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (2019), é altamente eficaz na erradicação de microrganismos significativos na infeção hospitalar, mesmo em áreas inacessíveis à higienização e desinfeção convencional.

Uma oportunidade que considerei pertinente no contexto de prevenção da infeção, foi a visita ao serviço de esterilização, tendo percebido o circuito dos equipamentos e os vários processos de esterilização e desinfeção. Cumpre as orientações da Organização Mundial de Saúde para a Cirurgia Segura (2009), no sistema de classificação de *Spaulding*, em que os dispositivos que entram em contacto com tecido normalmente estéril, cavidades do corpo ou no sistema vascular (“críticos”) são esterilizados; os que entram em contacto com membranas mucosas intactas e que não penetram normalmente em tecidos estéreis (“semi-críticos”) são submetidos a desinfeção de alto nível; os que apenas contactam com pele íntegra (“não crítico”) são sujeitos a limpeza.

Pude verificar que o enfermeiro circulante é o elemento chave no que diz respeito à prevenção da infeção e de todos os riscos que possam ocorrer durante a cirurgia.

Em relação à **instrumentação** o desenvolvimento de competências e saberes é moroso pela especificidade e valência de funções. Contudo tive oportunidade de colaborar em cirurgias menos complexas, sendo responsável pela organização e gestão de todo o material necessário para a cirurgia, mantendo a técnica asséptica cirúrgica. Pude também aprender os princípios básicos que estão subjacentes à disposição da mesa operatória e ao controlo/contagem do material utilizado.

Do ponto de vista de Gomes et. al. (2013), o enfermeiro instrumentista é um elemento fundamental que contribui para o amenizar do tempo cirúrgico, devendo conhecer a técnica cirúrgica, desde os fios de sutura até aos instrumentos específicos, podendo assim antecipar os próximos passos cirúrgicos.

Neste aspeto destaco a higienização e desinfeção das mãos, pelo facto de os profissionais de saúde estarem diariamente expostos a microrganismos possíveis de serem transmitidos pelo contacto com fluídos orgânicos dos doentes.

A DGS (2017), afirma que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis e refere ainda que a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos.

De acordo com o PPCIRA (2017), a higiene das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS.

Durante todo o estágio, a lavagem das mãos nos 5 momentos preconizados e a desinfecção das mãos foi muito valorizada e cumprida de forma rigorosa. Para isto contribui o facto de existirem soluções antissépticas em todos os locais de prestação de cuidados, nos corredores, à entrada das salas e nos vários lavatórios do serviço.

Outro aspeto importante na prevenção foi o encorajamento a outros profissionais para promover a higiene e desinfecção das mãos. Os ensinamentos desenvolvidos **facilitaram a adesão na prevenção, intervenção e controlo de infeção no contexto de prestação de cuidados.**

Tive oportunidade de colaborar em cirurgias de urgência, prestando cuidados à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica.

A vulnerabilidade dos doentes críticos, perante a incapacidade de exercerem a sua autonomia e liberdade, constitui um desafio para os profissionais de saúde tendo em vista os cuidados humanizados (D'Arco et. al., 2016).

Nestas situações, por impossibilidade de obtenção do consentimento, era considerado o consentimento presumido. Segundo a norma nº 015/2013 da DGS (2013), atualizada a 04/11/2015, o consentimento presumido surge nas situações em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e protelar o ato médico para a obtenção do seu consentimento expresso poderá tornar-se uma ameaça à sua saúde ou vida. Nestes momentos, os princípios da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e os princípios orientadores da deontologia em enfermagem, funcionaram como orientadores nas tomadas de decisão, visando o respeito pela dignidade do ser humano.

Apercebi-me de como as situações de urgência eram geradoras de ansiedade e *stress* na equipa, não só pelo facto de ser uma situação que exige uma resposta rápida, mas sobretudo pelo facto de estar em risco a vida. Foi gratificante ver, como nesta situação, a equipa se articulou de forma a responder no menor tempo possível, garantindo a segurança e **sistematizando as ações a desenvolver em situação de emergência.**

Nas situações urgentes/emergentes mobilizei conhecimentos teórico-práticos, identifiquei focos de instabilidade, como por exemplo hipotensão derivada de hemorragia, respondendo de forma eficaz em parceria com a restante equipa. Confirmei que é fulcral o estabelecimento de prioridades, e responder com rapidez e eficácia.

O facto da existência de um carro de emergência (igual ao da ACIR) e de um carro da via aérea difícil (partilhado com a ACIR), deixou-me mais à vontade pois perante a necessidade da sua utilização já tinha conhecimento prévio da sua constituição.

Tive possibilidade de utilizar o carro de via aérea difícil, sendo necessário recorrer a material específico como vídeo-laringoscopia *McGrath* e condutor *Frova*. É vital para o doente, que os profissionais de saúde conheçam e saibam manipular este material do carro de via aérea difícil, pois a via aérea é o “A” da abordagem “ABCDE” do doente emergente, pelo que é uma prioridade estabelecer a via aérea.

Espera-se que o Enfermeiro Especialista seja “um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo um manancial de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com elevado nível de qualidade” (Gomes, 2010, p. 5).

Como enfermeiro, a participação ativa no meu processo formativo, a promoção do pensamento crítico, a capacidade de trabalhar em equipa e refletir acerca das vivências/experiências, promoveu o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Tenho consciência de ter **rentabilizado as oportunidades de aprendizagem** através de partilhas realizadas frequentemente, através da **iniciativa da análise e reflexão de situações clínicas**.

Atendendo ao que foi exposto, **colaborei na realização de atividades na área da qualidade** através da análise e revisão das práticas, permitindo aperfeiçoar as intervenções praticadas.

Com a finalidade de explorar ao máximo o contributo das experiências, adotei uma postura proativa, criando vários momentos de aprendizagem e de partilha, permitindo a aquisição de novos conhecimentos e **identificação de lacunas do conhecimento com reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais**.

Ao longo do estágio procurei dinamizar e estimular a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional através de ações de formação, promovendo um desenvolvimento pessoal e profissional mútuo.

A formação é, hoje em dia, um dos grandes desafios exigidos aos enfermeiros, devido às sucessivas mudanças, que conduzem a uma desatualização constante dos conhecimentos técnico-científicos.

Santos (2008), acredita que a formação em serviço representa um papel fundamental na promoção da qualidade, na medida em que permite a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, assim como a sua atualização.

Na minha opinião, a formação informal permite uma dinamização de discussão e partilha de conhecimentos, através da revisão de conceitos e atualização de conhecimentos, promovendo a **implementação de processos de formação e desenvolvimento da prática clínica**, a fim de atingir cuidados de excelência.

Procurei sensibilizar e motivar a equipa de enfermagem para o investimento na formação, na partilha e discussão de ideias e atualização na prática dos cuidados.

Neste sentido, considero que desenvolvi a competência de **formador, diagnosticando necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.**

A experiência em BO foi enriquecedora possibilitando a aquisição e compreensão de conhecimentos relativos a diversas cirurgias. Pude refletir que a responsabilidade do enfermeiro peri-operatório consiste num conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar. Ter assumido diferentes responsabilidades permitiu-me ter uma noção das funções de cada um e desenvolver competências, valorizando o trabalho em equipa.

Destaco, como fragilidade, o facto de não ter tido contacto com os familiares do doente, uma vez que, como anunciado na Orientação n.º 038/2020, de 17/12/2020, a pandemia COVID-19 impôs um conjunto de medidas de carácter extraordinário nas unidades hospitalares, num esforço para a redução das cadeias de transmissão nosocomiais, entre as quais a restrição a acompanhantes de doentes internados.

3.2. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO: **Contributo para o desenvolvimento de competências**

É através do número europeu de emergência 112, que o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) responde aos pedidos de socorro utilizando os meios adequados para responder às situações de emergência médica.

Segundo o Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro do Ministério da Saúde (2012), o INEM tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um sistema integrado de emergência médica de modo a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência.

A VMER é um veículo que se destina ao transporte rápido de um médico e um enfermeiro formados, ao local onde se encontra o doente/vítima. Está provida de equipamentos necessários para prestar suporte avançado de vida (SAV) e cuidados pós trauma, quer à população adulta quer à população pediátrica. Tem como função estabilizar, o mais precocemente possível, as vítimas de acidente ou doença súbita e acompanhar o seu transporte ao hospital indicado pelos Centros de Orientação dos Doentes Urgentes.

A ativação da VMER é efetuada através de um sistema de comunicações, por telemóvel e por uma ferramenta informática designada *Inem Tool for Emergency Alert Medical System*, que é um sistema de suporte interativo entre o Centro de Orientação dos Doentes Urgentes e os meios que estão no terreno, estratificando a gravidade clínica das ocorrências.

A VMER desta Instituição foi o primeiro meio INEM diferenciado sediado numa instituição hospitalar. Surgiu após protocolo celebrado entre o Hospital, a Câmara Municipal e o INEM, com o objetivo de dar resposta à elevada casuística de trauma que ocorria na estrada marginal de Cascais.

A polivalência de vítimas engloba a criança, grávida, adulto e idoso em situação de emergência médica ou traumatológica.

No que diz respeito à localização, a base da VMER está inserida na infraestrutura física do Hospital, em instalações próprias e a sua área geográfica de atuação é extensa.

Da constituição da VMER fazem parte: mala de reanimação, mala de via aérea, mala de trauma, mala pediátrica, mala de reserva de material e medicação, monitor/desfibrilhador, aspirador, ventilador, frigorífico, estufa, seringa infusora, botija de oxigénio e compressor torácico Lucas (dispositivo portátil que realiza compressões torácicas consistentes e contínuas).

Quanto à equipa multidisciplinar, é constituída por um enfermeiro coordenador, uma médica coordenadora, 15 enfermeiros (dos quais 3 são especialistas em médico-cirúrgica) e 20 médicos, com prestação de cuidados todos os dias, 24 horas por dia.

O notável desenvolvimento da medicina tem aumentado a capacidade para salvar vidas em risco, bem como tem incrementado a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes portadores de doença grave. O aparecimento de doenças com início súbito e de doenças crónicas agudizadas é cada vez mais frequente, levando à deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, onde existe uma necessidade emergente de cuidados.

A realização do estágio na VMER, e a abordagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar, permitiu-me experienciar a saída de uma “zona de conforto” criada de forma consciente, de forma a permitir a diversidade de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

De acordo com o Regulamento n.º 226/2018 da OE (2018) o exercício de enfermagem em emergência pré-hospitalar é determinante para assegurar o suporte integral à pessoa e família, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados, contribuindo para a diminuição da taxa da mortalidade e de morbilidade.

No mesmo regulamento são apresentadas a definição de emergência extra-hospitalar: toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada pela pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local; e urgência extra-hospitalar: toda a situação clínica de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, que exigem avaliação e intervenção em curto espaço de tempo, no momento e local.

O enfermeiro na urgência extra-hospitalar necessita ser detentor de determinadas características, que não se relacionam apenas com o grau de conhecimentos, mas também com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida para a pessoa.

A formação humana, técnica e científica do enfermeiro garante a adequada prestação de cuidados ao doente crítico, numa prestação autónoma e interdependente.

Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro que define o REPE, as intervenções autónomas são ações realizadas pelos enfermeiros sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais. As intervenções interdependentes são ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, decorrentes das prescrições ou orientações previamente formalizadas pelas equipas multidisciplinares.

A importância da aprendizagem reside na pertinência de constantes atualizações para se ser cada vez melhor, prestando cuidados com qualidade e segurança.

Durante o estágio, foi minha preocupação a integração na equipa multidisciplinar, conhecendo as particularidades do serviço: organizacionais, estruturais e funcionais, normas e protocolos existentes, o que permitiu compreender os recursos e metodologias de trabalho existentes.

Preparei todo o material necessário, tal como está protocolado para cada meio na prestação de cuidados à vítima e realizei o teste diário dos equipamentos, para que a assistência ocorra de forma adequada e segura. Todas estas atividades permitiram-me **utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.**

Neste sentido, foram desenvolvidas competências relacionadas com a **gestão dos recursos adequados** às situações e ao contexto, tendo por objetivo final a **melhoria contínua da segurança e qualidade.**

Mantive sempre uma postura de aprendizagem e iniciativa, demonstrando capacidade de trabalhar em equipa, que sempre se mostrou disponível e participativa no meu processo de aprendizagem, havendo respeito pelo trabalho de todos os profissionais.

Atendendo à rapidez de intervenção que é fulcral na VMER, saliento a proatividade demonstrada na rápida abordagem às situações, através da mobilização de conhecimentos diferenciados, **permitindo-me colaborar nas decisões da equipa de saúde.**

Fui capaz de incorporar na prática de cuidados, os conhecimentos adquiridos na formação teórica e na experiência profissional, mobilizando-a e adaptando-a aos diferentes contextos, o que me permitiu efetuar uma tomada de decisão assertiva e segura. De acordo com Meleis (2010), desenvolver a teoria é fundamental e útil para a prática clínica.

A par do investimento em autoformação, a minha prestação de cuidados é suportada pelos anos de experiência em contexto de doente crítico, que me capacitaram de uma intuição potenciadora da objetividade, na busca da solução para o problema/situação e na antecipação de eventuais complicações perante a pessoa em situação crítica.

Realço que todo o processo de aprendizagem/desenvolvimento de competências deve-se sobretudo ao meu investimento pessoal, com recurso a pesquisa bibliográfica e protocolos, **otimizando o autoconhecimento**, a fim de aprimorar os cuidados efetuados.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, um mestre é capaz de “... aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares...” (p. 4162).

Neste contexto em que os doentes são acometidos de doença aguda, existem perturbações emocionais decorrentes da instalação súbita da doença ou de uma situação de trauma inesperada, pelo que me foram exigidos conhecimentos específicos na gestão da ansiedade e medo experienciados pelo doente e pela família.

A humanização dos cuidados, pressupõe que o enfermeiro, na prestação de cuidados, conceda atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, assim como crie um ambiente propício.

Do ponto de vista de Beuter et. al. (2012), a doença provoca um impacto e desestrutura o universo familiar. O sofrimento em ver um ente querido ameaçado e sujeito a tratamentos agressivos, dor, dependência, provoca uma série de reações emocionais diversas na família como sofrimento, medo, ansiedade, insegurança e desespero.

Sendo o enfermeiro, o profissional que mais interage com o doente e familiares, tem uma profunda influência na forma como estes vivenciam a doença, recorrendo aos conhecimentos que detém, para ajudar a família, pois é inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar a família.

Por vezes, quando a vida está em perigo, a intervenção de enfermagem foca-se na estabilização hemodinâmica do doente, com o objetivo principal de evitar a falência multiorgânica. É essencial que se esteja desperto e tenha uma visão mais abrangente, percebendo que embora seja necessária a estabilização do doente, este insere-se numa família, que se encontra em sofrimento, necessitando também ela de ser cuidada. Planear intervenções de enfermagem que vão ao encontro das necessidades dos familiares, é extremamente importante (Khalaila, 2012), permitindo a descentralização das “máquinas” e dos procedimentos técnicos e centrar-se na pessoa doente como um todo.

Assim, durante a prestação de cuidados percebi a importância do apoio emocional à família e a importância da minha intervenção para facilitar o processo de transição saúde/doença, através do esclarecimento de dúvidas ao doente e família, **proporcionando um ambiente acolhedor através de uma relação de empatia** de modo a que a família sentisse que existe **preocupação em personalizar os cuidados**. Além disso, os esclarecimentos que prestei permitiram diminuir o grau de ansiedade, tanto por parte do doente, como da família, o que **contribuiu para uma relação de confiança**.

Saliento a importância do reconhecimento da pessoa e família como um todo indissociável na prática e, apesar de todos os cuidados prestados ao doente em situação crítica, foi minha preocupação o apoio à família, revelando um elevado sentimento de humanização, no sentido de respeitar o ambiente sociocultural e **assegurar a satisfação das suas necessidades**.

A presença da família é muito positiva, incorporando-a no plano terapêutico para recolha de informação para a prestação de cuidados e para realizar ensinamentos para a saúde, uma vez que a família é reconhecida como um elemento fundamental para a continuidade dos

cuidados. Contudo, é de ressaltar que a presença da família deve, quando consciente, ser uma escolha do doente.

Mackiel et. al. (2018) demonstram que existem “cada vez mais pesquisas, que sugerem o envolvimento da família na prestação de cuidados ao utente, sugerindo uma melhoria dos *outcomes*” (p. 139).

Ao longo do estágio tive a possibilidade de **estabelecer e desenvolver uma relação terapêutica** com a família, através de disponibilidade e esclarecimento de dúvidas quando relacionadas com o âmbito dos cuidados de enfermagem, ou referenciando-o ao médico, quando extrapolava o campo de intervenção, pois como refere Peplau (1992), a relação terapêutica é uma ferramenta própria do cuidar em enfermagem.

Foi minha preocupação manter o doente o mais confortável possível, explicando todos os procedimentos, garantindo um ambiente tranquilo, **através da comunicação e relacionamento com o doente e família**. Aproveitei a prestação de cuidados para efetuar ensinamentos direcionados às necessidades identificadas, promovendo comportamentos saudáveis já pensando na readaptação funcional.

Segundo a OE (2009), as intervenções à pessoa em situação crítica devem ser dirigidas com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social.

Através de uma avaliação inicial do doente, com base na queixa do doente (e/ou nos dados fornecidos pela família) e identificação de critérios de gravidade, eram estabelecidos os cuidados prioritários, procurando estabilizar rapidamente e, após estabilização, transferidas para as unidades indicadas.

A prestação de cuidados de enfermagem a doentes emergentes constitui uma oportunidade para testar a minha capacidade de atuar face a situações geradores de *stress*, que me permitiu **atuar eficazmente sob pressão**.

Permitiu desenvolver a minha consciência crítica para os problemas e desafios da prática profissional que se enfrentam diariamente. Tive a oportunidade de desenvolver competências relativas à adaptação a métodos de trabalhos diferenciados, que mobilizam conhecimentos e que me permitiram atuar de forma adequada face a situações inesperadas.

Foi-me possibilitada a prestação de cuidados a muitos doentes críticos; doentes politraumatizados, doentes em falência respiratória, cardíaca ou multiorgânica, permitindo desenvolver um raciocínio organizado focado nas prioridades.

Deste modo, confirmei que a formação é deveras significativa, mas também percebi que a prática/experiência é essencial para o sucesso das intervenções, pois observei que os

enfermeiros com mais experiência nesta área de atuação, prontamente antecipavam possíveis complicações, sendo este fato extremamente importante.

Durante a prestação de cuidados, desenvolvi uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para a “...deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360), o que me permitiu **revelar conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes**.

Em situações de emergência e urgência, o enfermeiro assume uma responsabilidade interventiva e determinante, necessitando tomar decisões rápidas, ágeis e demonstrar capacidade de resolução rápida.

A formação em suporte básico de vida (SBV) e SAV são duas formações essenciais para quem cuida do doente crítico, pois a colaboração nas manobras de reanimação cardio-pulmonar é frequente neste ambiente. Além da formação ministrada no percurso teórico, realizei o curso de SBV com desfibrilhador automático externo e SAV em outubro 2019, certificados pela AHA (ANEXO II).

Nas situações de reanimação assumi um papel ativo e interventivo, **demonstrando ter conhecimentos e habilidades na aplicação dos algoritmos de SBV, SAV e disritmias peri-paragem**, assim como demonstrei ter capacidade para trabalhar com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, colaborando na aplicação dos protocolos de atuação, tendo como objetivo a estabilização, manutenção e recuperação de funções vitais da pessoa em situação crítica.

Realço uma aprendizagem que desenvolvi, no que concerne à monitorização do doente, foi a utilização da capnografia em contexto de paragem cárdio-respiratória. Cada vez mais, esta tecnologia tem sido utilizada como recurso durante a reanimação, contribuindo para avaliar e melhorar a eficácia das manobras de SAV, confirmar a correta inserção do tubo oro-traqueal, bem como preditor da recuperação/sucesso nas manobras de SAV (AHA, 2015).

Com estas experiências, **aprimorei cuidados técnicos de alta complexidade** e percebi que a mobilização de conhecimentos científicos é fundamental para a compreensão e resolução de problemas.

Outra situação recorrente é a abordagem a vítimas de trauma. O trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade, sendo que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes.

Segundo a AHA (2015), depois de examinar a segurança do local, a abordagem sistemática requer a determinação do nível de consciência do doente. Se parecer inconsciente deve usar-se a avaliação de SBV e posteriormente a avaliação primária e secundária. Se parecer consciente deve usar-se a avaliação primária com avaliação inicial.

A avaliação primária do doente com trauma e doente crítico obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pela AHA (2015): A - Via Aérea com imobilização da coluna cervical; B - Ventilação e oxigenação; C - Circulação; D - Disfunção Neurológica; E - Exposição.

Esta abordagem demonstrou ser ferramenta poderosa na avaliação do doente crítico, uma vez que me ajudou a determinar a gravidade do quadro, estabelecendo prioridades na abordagem, fazendo uma boa gestão do tempo disponível. Este processo torna-se desafiante pela necessidade de ser realizado de forma célere, podendo fazer a diferença entre a vida e a morte. É nestas situações que a perspicácia, a experiência profissional e a maturidade fazem a diferença e permitem dar resposta de forma adequada.

Segundo Cerullo & Cruz (2010), o raciocínio clínico encontra-se presente em todos os atos de enfermagem, sendo essencial para o seu desenvolvimento a formação contínua e a experiência profissional. É um processo que implica, de parte do enfermeiro, destreza e triagem, que permita diferenciar entre uma situação urgente, emergente e não urgente.

O trauma requer uma abordagem por prioridades, avaliando, passo a passo, as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, na metodologia “problema encontrado = problema resolvido”.

Destaco uma situação de trauma num acidente de mota, do qual resultaram 2 vítimas. Foi possível **realizar triagem primária e secundária** para definir prioridades, intervir na estabilização cervical, na aplicação do colar cervical, na mobilização, aplicação do plano duro, na imobilização de membros e no transporte.

Procurei sempre **adequar a minha resposta às situações de trauma** mobilizando e desenvolvendo os conhecimentos relacionados com o trauma, pois os conhecimentos e formação na área de trauma são fulcrais na emergência pré-hospitalar.

Foi necessário acionar mais uma ambulância para o transporte da 2ª vítima, **assegurando meios de evacuação e transporte**. Acabámos por acompanhar o transporte da vítima mais instável, por suspeita de fratura da coluna cervical, à qual foi necessária administração de medicação analgésica para conseguir colocar o plano duro.

Desenvolvi **conhecimentos e habilidades na abordagem ao doente vítima de trauma**, com recurso a protocolos orientadores do pensamento e intervenção, como forma de avaliação e priorização do doente, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados.

Compreendi a importância da competência do enfermeiro em contexto extra-hospitalar na monitorização, deteção precoce do agravamento da vítima, estabilização, destreza nos procedimentos realizados, planeamento e efetivação do transporte do doente crítico.

O transporte do doente crítico justifica-se pela necessidade de possibilitar um nível de assistência superior, ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica. O transporte pode traduzir-se em grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e desenvolver complicações que devem ser previstas e prevenidas. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na coordenação do transporte, planeando tudo o que é necessário, tal como a coordenação dos equipamentos, dos materiais e dos fármacos que devem acompanhar a pessoa doente (SPCI, 2008).

O transporte do doente crítico requer determinados princípios, ou seja, a realização do transporte deve efetuar-se com determinado equipamento, nomeadamente mala de emergência, com material essencial à permeabilização da via aérea e com fármacos essenciais à manutenção vital, oxigénio, monitorização contínua dos parâmetros vitais e acompanhamento permanente do médico e enfermeiro.

No transporte da pessoa em estado crítico, fui capaz de demonstrar conhecimentos acerca dos riscos reais e potenciais, expressando, desse modo, níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, **integrando a equipa multidisciplinar na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção**.

De acordo com o Regulamento n.º 226/2018 da OE (2018), catástrofe é definida como um acontecimento súbito, quase sempre imprevisível, que se manifesta em acidente grave ou numa série de acidentes graves, suscetíveis de provocar prejuízos materiais e humanos elevados numa comunidade, região ou nação.

O objetivo máximo perante estas situações é reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos. Para que tal possa ser atingido são necessárias duas premissas: a realocação dos recursos disponíveis onde fazem mais falta com a rápida mobilização e a utilização ótima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades.

Na resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, foi **conhecido o plano institucional da atuação em emergência e catástrofe** através do enfermeiro chefe do serviço e analisado posteriormente.

Embora não tenha tido casuística no contato direto com as mesmas, compreendi quais as estratégias delineadas para estas situações, tendo-me sido facilitado o acesso aos protocolos existentes e ao **plano de emergência e catástrofe**.

Na VMER o sistema de triagem primária instituído numa situação de exceção/catástrofe é o sistema START (simples triagem e tratamento rápido), sendo um método simples, que se baseia na avaliação da respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em quatro prioridades e utilizando cartões coloridos para **definir** cada uma das **prioridades de atuação**: cartão vermelho: vítimas que não apresentam risco imediato; cartão amarelo: vítimas que não apresentam risco de vida imediato; cartão verde: vítimas com capacidade para andar; possuem lesões sem risco de vida; cartão preto: óbito ou vítimas que não tem chance de sobreviver.

Percebi que este sistema de triagem permite uma **adequação da resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe**.

Consciente da diversidade dos riscos a que o doente está exposto num ambiente de urgência/emergência, senti maior responsabilidade nas atividades praticadas e aprendi que é necessário efetuar-las com ponderação, com o fim de minimizar os riscos.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face à complexidade das situações e à necessidade de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista deve maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção (Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 2017).

Os profissionais de saúde estão diariamente expostos a microrganismos passíveis de transmissão pelo contacto de proximidade com os doentes durante a prestação de cuidados.

Reconheço que as estratégias para redução das IACS passaram pelo desenvolvimento de competências que permitiram a prestação de cuidados seguros, minimizando os riscos, **salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos**.

Devido à atual infeção por SARS-CoV-2, foi necessário conhecer protocolos e normas, emanadas pela DGS, sobre a atuação em contexto pré-hospitalar, o que me levou a **desenvolver competências de investigação e atualização, com base na melhor evidência científica do PPCIRA**.

Considere o ambiente pré-hospitalar como o mais adverso e complexo, no que se refere ao controlo de infeção. O fato de se estar exposto a condições meteorológicas adversas (como chuva e vento), de não se estar num ambiente controlado (em alguns casos com péssimas condições de higiene), e na sua maioria, em cenários difíceis onde a morte é quase iminente, implicam um desafio para os profissionais. Neste sentido uma das estratégias adotada, foi a preparação antecipada de algum material, de forma a evitar a sua manipulação em ambientes adversos, como sejam os sistemas de soros e material para entubação orotraqueal, facilitando a sua utilização e diminuindo o risco de infeção.

Durante a prestação de cuidados foram cumpridos os procedimentos instituídos para a prevenção e controlo de infeção, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, consequentemente, a segurança dos doentes, **demonstrando conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.**

Esta Instituição Hospitalar é acreditada pela *Joint Commission International*, sendo notória a sua preocupação pela segurança do doente e por todo um processo de melhoria contínua, através da uniformização e divulgação de procedimentos com demonstração de boas práticas e a disponibilização de um sistema de notificação de incidentes. A gestão do risco integra um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, consequentemente a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Fragata, 2009).

No seguimento do processo de acreditação do Hospital, e durante os anos 2015 a 2017 fui membro das auditorias aos processos clínicos de todo o hospital, **integrando auditorias clínicas.**

O Hospital possui uma equipa multidisciplinar responsável pela gestão de risco, o que permite a existência de uma abordagem estruturada e sistemática à gestão do risco na organização, resultando em sistemas de trabalho mais seguros, práticas mais seguras, instalações mais seguras e uma maior consciência do perigo.

Embora não tenha participado diretamente na **gestão do risco**, compreendo a importância da avaliação do risco e do **envolvimento de toda a equipa neste processo**. Este processo permite assegurar que **para um determinado incidente**, seja realizada uma **investigação** aprofundada e ponderada **associada à análise** sistematizada que vai mais além da simples determinação do erro e da culpa, permitindo a **implementação de medidas** de melhoria de forma a **prevenir a sua recorrência**.

Deparei que em situações mais urgentes, a dimensão humana, mais concretamente o respeito pela privacidade do doente, encontra-se comprometida. Na prestação dos cuidados,

muitas vezes foi necessário expor o corpo do doente para facilitar a vigilância e permitir mais facilmente a manipulação do corpo, principalmente em situações de emergência, condição que invariavelmente constrange a pessoa exposta.

Através do diálogo com os enfermeiros, compreendi que a dimensão humana não está esquecida, mas sim “*entorpecida*”, ou seja, notei que os enfermeiros têm consciência da importância deste aspecto, mas que na prática clínica não a valorizam tanto como a dimensão técnica, pois a situação urgente assim o exige.

Uma das minhas preocupações foi aliar a dimensão humana à dimensão técnica, cuidando da pessoa de acordo com a sua autonomia, compreendendo-a na sua globalidade, **promovendo a sua dignidade, segurança e a privacidade.**

De acordo com a Teoria de Rozzano Locsin, a tecnologia é encarada como um elo de ligação entre o doente e o enfermeiro. A competência tecnológica está integrada nos cuidados, permitindo ao enfermeiro desempenhar um papel competente e humanizado, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar, assim como de conhecer a pessoa ao seu cuidado em toda a sua plenitude (Locsin, 2005).

A profissão de enfermagem está centrada no cuidar humano, onde as intervenções praticadas envolvem **tomadas de decisão**, devendo estas serem **apropriadas ao doente** alvo desses mesmos cuidados.

A prática baseada em evidência é definida como a tomada de decisão clínica que considera a viabilidade, adequação, significância e efetividade das práticas de saúde, informadas pelas melhores evidências disponíveis, o contexto no qual os cuidados são prestados, a individualidade do doente e o julgamento e expertise do profissional de saúde (Jordan et. al., 2018).

O enfermeiro especialista deverá assim realizar uma prática baseada na evidência, promovendo a sua autoformação para atualização contínua dos conhecimentos, de forma a contribuir para a resolução de problemas de diferentes complexidades, numa parceria com o cuidar promotor da segurança e da qualidade dos cuidados.

Na Enfermagem, a teoria científica/evidência deve sustentar a prática dos cuidados de forma ajustada, pelo que fundamentei a minha prática clínica em conhecimentos sólidos e válidos.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, através do desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, orienta a sua prática no sentido da deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem

de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

Demonstrei capacidade para pesquisa de informação científica atualizada, capacitando-me e auxiliando os colegas nos cuidados prestados, promovendo a autoconfiança ao assumir novos desafios, reduzindo a incerteza na tomada de decisão e **contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada.**

A gestão dos cuidados envolve uma tomada de decisão, sendo este um processo complexo e que requer muita experiência, assim como conhecimentos teóricos e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, de modo a **melhorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.**

Sublinho a reflexão de Deodato (2004), quando refere “A excelência do cuidar depende das decisões que se tomam (...) o processo de tomada de decisão, tendo em conta a procura da excelência, implica uma reflexão ética e deontológica adequada, à luz dos princípios e deveres estabelecidos (nomeadamente no Código Deontológico), e também fundamentada nos valores pessoais e profissionais” (p. 29).

Tornou-se possível, neste estágio, concluir que um bom profissional, além de ser bom técnico, é alguém que rege a sua ação/decisão de acordo com os valores próprios da sua profissão. As tomadas de decisão têm um profundo impacto na qualidade de vida dos doentes, pelo que se torna imprescindível uma base sólida de conhecimentos e as preferências do doente.

Os progressos da medicina nos últimos anos permitiram aumentar a esperança média de vida do ser humano, deixando falsamente instalar-se a convicção de que a medicina pode controlar a vida. O envelhecimento populacional trouxe o crescimento da incidência de patologia crónica e expectativas elevadas que eventualmente excedem a capacidade real que a medicina atual tem para modificar o curso dessas doenças.

Embora a emergência extra-hospitalar assente numa perspetiva curativa, por vezes somos confrontados com pessoas que se encontram em fim de vida e que exigem dos profissionais de saúde, cuidados de conforto e a não realização de técnicas invasivas de forma a prolongar o sofrimento.

No cuidado ao doente crítico, os profissionais de saúde são confrontados com tomadas de decisão difíceis (nomeadamente as éticas), pela tendência de excluir a pessoa doente no processo de tomada de decisão, e dar aos médicos o poder absoluto. Este tema levou-me a **suscitar a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.**

As decisões para não reanimação são uma tomada de decisão médica que facilitam o processo natural de morte sem recorrer a intervenções médicas agressivas que sejam uma atitude fútil, ou que esteja contra a vontade expressa pelo doente (INEM, 2011).

Parece-me que à luz dos princípios éticos, embora a decisão de suspensão ou não de tratamentos seja médica, o enfermeiro, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, deverá abster-se de participar em tratamentos desnecessários/inúteis, tal como descrito nos artigos 108º e 110º do Código Deontológico dos enfermeiros (Decreto-Lei n.º156/2015 de 16 de setembro) e defender os princípios bioéticos da não-maleficência, beneficência e justiça, assim como, o direito a uma morte digna com cuidados paliativos.

Assim, tentei promover o envolvimento do doente no processo de tomada de decisão sobre a sua condição clínica, dando-lhe a liberdade de, quando consciente, escolher, ou não, ser submetido a determinado tratamento, **construindo assim estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente.**

Posso mencionar que todo este processo de tomada de decisão, provocou-me uma maior consciencialização sobre determinados aspetos que devem ser valorizados na abordagem à pessoa em situação crítica, o que me levou a adquirir mais conhecimentos, por meio da consulta bibliográfica e do diálogo com a equipa multidisciplinar, de modo a poder **suportar a tomada de decisão no conhecimento e experiência.**

A aplicação da deontologia na prática clínica exige da equipa, para além do conhecimento, bom senso e adequação à situação em concreto, para a **construção da melhor tomada de decisão em equipa.**

Sempre que possível, atuo no sentido de envolver o doente nos cuidados, indo ao encontro das suas necessidades, mantendo-o sempre informado de todos os procedimentos efetuados, tal como obriga o **Código Deontológico do enfermeiro** e o REPE, e **respeitando a sua autodeterminação e autonomia de decisão.**

A comunicação de más notícias é uma realidade inalterável no quotidiano dos profissionais de saúde, principalmente na VMER, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas pelo sofrimento e impacto na vida familiar.

De acordo com Ribeiro (2013), por má notícia designa-se qualquer informação que vai alterar a expectativa da pessoa em relação a algo, como é o caso da morte de uma pessoa.

Na transmissão de más notícias, fundamentei a minha intervenção segundo Baile & Buckman et. al. (2000), que desenvolveram um protocolo de ação para a transmissão de más notícias. O protocolo SPIKES é constituído por seis etapas, onde cada letra representa uma fase da sequência: *Setting up the interview*, que consiste em preparar o ambiente, sendo que

este visa a escolha de um local calmo e acolhedor, proporcionando privacidade aos mesmos; *Perception*, que visa averiguar quais as preocupações existentes face à situação clínica, e em perceber qual a percepção real relativamente à situação, em saber concretamente o que o doente e a família sabem; “*Invitation*”, que tem por base descobrir o que realmente desejam saber; *Knowledge*, constitui o ponto alto desta ação, no sentido em que é fornecida adequadamente a informação face à gravidade da situação e ao plano terapêutico, devendo ser transmitida de uma forma gradual e honesta; *Emotions*, que consiste em reconhecer as emoções do doente e sua família e responder assertivamente; *Strategy*, que é a ação final deste protocolo e consiste na elaboração de um resumo de toda a informação fornecida, numa linguagem perceptível, definindo ao mesmo tempo um plano estratégico de intervenção de modo a minimizar a ansiedade que se está a vivenciar.

Segundo o Parecer 153/2013 do Conselho Jurisdicional da OE, os enfermeiros, pela sua formação, são os mais privilegiados na comunicação da notícia da morte aos familiares. A compreensão empática das emoções vividas pelos familiares, constituem os pilares orientadores da ação do enfermeiro perante a morte e a comunicação da mesma.

Ao participar neste processo percebi que a transmissão de más notícias é um processo complexo, tanto para a família como para o enfermeiro, por ser repleto de emoções e sentimentos, pelo que exige uma profunda sensibilidade, empatia e profissionalismo.

Na maioria das situações, a família ficava num estado de apatia e de incredulidade (mesmo quando a morte era expectável), reforçando o conforto à família, **demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.**

O enfermeiro assume competências específicas no apoio e no acompanhamento à pessoa doente e seus familiares durante todo o processo final de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, a preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto.

Em relação à comunicação, Saiote & Mendes (2011) afirmam que a comunicação e a partilha de informação assumem uma centralidade incontornável na prática de enfermagem, pois só desta forma conseguem assegurar a continuidade e a qualidade da prestação de cuidados. Como refere Thalita (2013, p. 92), a comunicação é uma das “ferramentas básicas para a sustentação do processo de “cuidar” (...)”.

Posso afirmar que comunicar em contexto de urgência reveste-se de particularidades específicas. O doente e família experienciam situações agudas, o que os leva a vivenciar momentos de grande fragilidade.

Apesar de **numa situação de urgência/emergência** se dar maior relevo à técnica e à execução da prática/manobras, **a comunicação assume um papel de destaque**, tanto para os doentes como para a família, devendo utilizar linguagem adequada à compreensão do doente e família, num ambiente tranquilo.

Comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca e de partilha. A comunicação é entendida como um instrumento indispensável à prática de enfermagem e um pré-requisito para o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro, o doente e a família (Phaneuf, 2005).

Comunicar assertivamente é ter um discurso claro e conciso e sermos competentes nas várias estratégias de comunicação. O toque, o olhar, o silêncio e a presença podem ser mais fortes do que qualquer palavra. É também saber escutar e observar a expressão e forma como o doente se expressa, para que até mesmo sem diálogo se consiga estabelecer comunicação.

Neste contexto, **aprofundei conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família em situação crítica.**

Relativamente aos registos, estes “são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem” (Martins et. al., 2008, p. 54).

Na VMER os registos são realizados no sistema informático, permitindo o registo da atividade clínica, agilizando o fluxo de informação entre os diversos profissionais de saúde e instituições, garantindo a continuidade dos cuidados.

Segundo a DGS “a transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados” (Norma 001/2017, 2017, p. 1).

A transmissão da informação foi realizada através da utilização da **técnica ISBAR**. Esta técnica é uma ferramenta de padronização de comunicação numa perspetiva de **promoção da segurança** do doente. A mnemónica ISBAR preconiza: I (Identificação) – identificação da localização precisa dos intervenientes na comunicação, incluindo emissor, recetor e a quem diz respeito a informação; S (Situação atual) – descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; B (Antecedentes) – descrição de fatos clínicos, de enfermagem e outros relevantes; A (Avaliação) – informação sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento,

alterações do estado de saúde significativas; R (Recomendações) – descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente (Norma n.º 001/2017).

A abordagem ao doente crítico em contexto extra-hospitalar revelou-se rica pela diversidade de situações e complexidade das intervenções. É um contexto que exige do enfermeiro uma atuação rápida, estruturada e eficiente, com mobilização de conhecimentos, destreza manual e capacidade de decisão eficaz.

Além do alto rigor técnico e científico, também a enorme exigência no desenvolvimento de competências relacionais foi marcante no meu agir.

Todas as atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências no âmbito da abordagem do doente crítico e permitiram-me desenvolver a **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, no caminho da qualidade dos cuidados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Efetivamente o âmbito de intervenção de cuidados ao doente crítico não é de todo desconhecida e nova para mim. No entanto, esta vivência com uma maturidade diferente, permitiu ir além da componente técnica e relacional, contribuindo para a maximização da minha aprendizagem.

Este relatório de estágio surge como uma mais-valia pelo facto de ter permitido dar relevância à atitude crítico-reflexiva, realçando as atividades desenvolvidas mais pertinentes para a minha aprendizagem, na certeza de que uma aprendizagem eficaz só é possível quando existe uma reflexão constante sobre a prática.

Tendo em conta que a urgência extra-hospitalar, os cuidados intensivos e o BO são locais onde a presença de doentes em estado crítico é constante, considero estes contextos de extrema importância para a diversificação e consolidação de conhecimentos como futuro enfermeiro especialista na abordagem à pessoa em situação crítica.

O facto destes contextos de prestação de cuidados tão diferenciados e exigentes, tornaram-se muito motivadores e desafiantes, concedendo-me um conjunto de experiências técnicas, pedagógicas e relacionais que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Permitiram a vivência de novas experiências assim como o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem de excelência.

Para além disso, as múltiplas atividades realizadas nos contextos clínicos, permitiram a mobilização e o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos teóricos e conceptuais, abordados ao longo das unidades curriculares do presente mestrado. Neste sentido, cada contexto de estágio apresentou-se como crucial, dado que as situações vivenciadas, sustentadas por evidência científica, permitiram cuidados de saúde especializados como resposta às necessidades da pessoa, vocacionados para a segurança e melhoria da qualidade de vida.

Com a realização dos estágios foi possível aprofundar o conhecimento em enfermagem, repensar sobre o meu desempenho, reformular certos comportamentos,

contextualizando e direcionando o agir no caminho da excelência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família.

A elaboração da *Scoping Review*, a partilha dos resultados e a sensibilização para a prática baseada na evidência, teve com objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Promoveu o desenvolvimento científico nesta temática, envolvendo e alertando os profissionais de saúde para a sua importância, promovendo ações de formação, como forma de tomada de consciência e mudança de comportamentos.

A articulação do contexto de estágio e exercício profissional, bem como as responsabilidades familiares, revestiu o percurso de dificuldades expectáveis e rigorosas, mas sempre transponíveis, pelo que considero que alcancei os objetivos propostos.

Revedo todo o meu percurso, desde a componente teórica aos estágios, a atitude pró-ativa que demonstrei na rentabilização das oportunidades de aprendizagem, a aplicação dos conhecimentos da área de especialização na prática clínica e a reflexão crítica das várias experiências na assistência à pessoa em situação crítica, considero ter atingido os objetivos delineados de forma bastante gratificante e enriquecedora.

No final deste percurso, posso afirmar que foi possível colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, proporcionando-me uma grande diversidade de experiências que se tornaram enriquecedoras para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências, que colocam os meus conhecimentos e a minha intervenção mais próximos daqueles que correspondem a um enfermeiro especialista, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem seguros, especializados e de qualidade.

A realização deste documento comprova a aquisição de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica e finaliza o percurso académico orientado para a obtenção do grau de mestre.

Não é o fim do percurso, mas sim o término de mais uma etapa. As competências do enfermeiro especialista não se restringem à sua aquisição instantânea, nem apenas aos contextos de estágio, vão sendo aperfeiçoadas e desenvolvidas ao longo do percurso profissional, não havendo um término no seu desenvolvimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-Prado, J. C. & Torres, R. A. Z. (2019). Validation of the wong and law emotional intelligence scale for chilean managers. *Suma Psicol* [Internet].;26(2):110–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi>.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações técnicas para o bloco operatório*. Lisboa: Autor.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: APA.
- Assembleia da República (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 03 de janeiro. Convenção da biomedicina e protocolo adicional. Artigo 5º. Lei geral do consentimento informado. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis&
- AESOP. (2012). *Enfermagem peri-operatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- AESOP. (2013). *Práticas Recomendadas para bloco operatório* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta
- American Heart Association (2015). *Suporte avançado de vida cardiovascular*. Edição em português. ISBN: 978-1-61669-533-0
- Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Baile, W. K., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., Kudelka, A. P. (2000). *Spikes-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. *Oncologist*, 5 (4) 302-11
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra: Tipografia Arte Pronta

- Beuter, M., Brondani, C. M., Szarecki, C., Cordeiro, F. R. & Roso, C. C. (2012). *Sentimentos de Familiares Acompanhantes de Adultos Face Ao Processo de Hospitalização*. Esc Anna Nery (impr.), 16 (1):134-140.
- Camelo, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*, 20 (1). 192-200. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/25.pdf>
- Castro, N. M. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *ENE, Rev Enferm* [Internet]. 3(3):1–26. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Updated: July 2019*. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
- Cerqueira, A., Costa, F., Leal, F. & Nunes, L. (2014). *Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Cerullo, J. A. S. B. & Cruz, D. A. L. M. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (1), 1-6. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19.pdf
- Chlan, L. S. S. & Grossbach, I. (2010). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*. Jun; 31(3): 46-60. DOI: 10.4037/ccn2010728
- Codier, E. & Codier, D. (2015). Do emergency nurses have enough emotional intelligence? *Emerg Nurse* [Internet]. Jun 8 [cited 2020 May 8];23(3):26–9. Disponível em: <https://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/do-emergency-nurses-have-enough-emotional-intelligence-zMSSJdRkJ6>.
- Conselho Jurisdicional. (2010). *Parecer do conselho jurisdicional 248 - Condições do exercício*. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf
- Costa, A. M. G. (2009). *Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros* [Internet]. Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Disponível em: [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Dissertação Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfer.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Dissertação%20Inteligência%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf).

- D'arco, C., Ferrari, C. M. M., Carvalho, L. V. B., Priel, M. R. & Pereira, L. L. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O mundo da Saúde*, 40(3). 382-389.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência* [Internet]. Disponível em: <https://psicologiadoespirito.files.wordpress.com/2017/01/o-livro-da-conscic3aancia-antc3b4nio-damc3a1sio.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 157. de 16 de agosto de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Deodato, S. (2004). *A Excelência do Exercício: Perspetiva Ética e Deontológica*. A Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 15 (dezembro), 26-30.
- Despacho n.º 9639/2018. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 198 - 15 de outubro de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116654166>
- DGS. (s.d.). *Resíduos Hospitalares (Documento de Orientação)*. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional. Ministério da Saúde: Lisboa.
- DGS. (2009). *Orientações da Organização Mundial de Saúde para a Cirurgia Segura*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=8754AD2C3F23925CF1DBB0C6776017A6?sequence=8
- DGS. (2010). *Manual de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS*. Lisboa.
- DGS. (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Orientação 018/2011. Ministério da Saúde: Lisboa.
- DGS. (2011). *Orientação nº 017/2011 da DGS. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- DGS. (2013). Norma n.º 024/2013. *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>

- DGS. (2014). Norma n.º 020/2014. *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- DGS. (2015). Norma n.º 014/2015. *Medicamentos de alerta máximo*. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- DGS. (2015). Norma n.º 015/2013, atualizada a 04/11/2015. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- DGS. (2015). Norma n.º 018/2014 atualizada a 27/04/2015. *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- DGS. (2017). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- DGS. (2017). Norma 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2017). Norma 021/2015 atualizada pela DGS em 2017. “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- DGS. (2017). *Plano de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Portugal, Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf

- DGS. (2020). *Orientação nº 038/2020, COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/i027030.pdf>
- Encarnação, R. M. C., Soares, E. M. da C. & Faria de Carvalho, A. L. R. (2018) Emotional intelligence: influencing factors and impact on nurses in intensive care. *Rev da Rede Enferm do Nord* [Internet]. 19: e33229. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/33229/pdf>.
- Fernandes, A. M. M. L. & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, Nº 4, 37 – 48.
- Filipe, L. A. M. (2017). *Inteligência Emocional Percebida do Enfermeiro e a Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fragata, J. (2009). *Gestão do Risco. Governação dos Hospitais*. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal Editores, 75 – 105
- Gandra, M. M. G. (2016). *A importância da inteligência emocional nas competências de gestão - Um estudo de caso num operador logístico português* [Internet]. Universidade Lusófona do Porto: Faculdade de Ciências Económicas, Sociais e da Empresa. Disponível em: <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/7174/1/Dissertação.pdf>.
- George, J. M. (2000). *Emotions and leadership: The role of emotional intelligence*. *Hum Relations* [Internet]. 53(8):1027–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0018726700538001>.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. Sábado; 1–419
- Goleman, D. (2015). *Como se faz um líder?* In: *Inteligência Emocional: HBR 10 artigos essenciais*. Lisboa: Conjuntura Actual Editora. 1–36.
- Gomes, J. R. A. A., Corgozinho, M. M., Lourencini, J. C. & Horan, L. M. (2013). A Prática do Enfermeiro como Instrumentador Cirúrgico. *Rev. SOBECC*, São Paulo, 18(1), 54-63
- Gomes, N. C. R. P. (2010). *Cuidar do Doente Crítico nos Diferentes Contextos da Prática*. (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica). Lisboa
- Guedes, L., Rebelo, H., Oliveira, R. & Neves, A. (2012). Analgesia Regional em Cuidados Intensivos. *Rev Bras Anesthesiol*, 62 (5), 719-730.

- Haresabadi, M., Seyed Sharifi, S. & Yaghubi, M. M. (2016). The relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses. *J North Khorasan Univ Med Sci* [Internet]. 7(3): 527–36. Disponível em: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-634-en.html>.
- INEM. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 2ª edição
- Jacobi, J., Bircher, N., Krinsley, J., Agus, M., Braithwaite, S. S. & Schunemann, H. (2012). Guidelines for the use of an insulin infusion for the management of hyperglycemia in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 40 (12), 3251-3276.
- Jones, A. (2013). *Patient safety and gaps management by registered nurses*. (Tese de Doutorado, Deakin University). Disponível em: <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30066360/jones-patientsafety-2014A.pdf>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z. (2018). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. on behalf of the University of Adelaide, Joanna Briggs Institute. DOI: 10.1097/XEB.000000000000155. Disponível em: https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2019/03000/the_updated_joanna_briggs_institute_model_of.8.aspx
- Jurado, S. R., Gomes, J. B., & Dias, R. R. (2014). Dissemination of knowledge in nursing: from elaboration to the publication of a scientific paper. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 252–260. DOI: 10.5935/1415-2762.20140019.
- Khalaila, R. (2012). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1172-1182.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care*. New York: Springer.
- Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006). Comfort Theory, A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36 (11), 538-544.
- Koukouli, S., Lambraki, M., Sigala, E., Alevizaki, A. & Stavropoulou, A. (2017). The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive & Critical Care Nursing*, 45:44-51.
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives*. 7ª ed. Disponível em: <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/construire-lescompetences-individuelles-et-collectives-9782212562255>

- Leininger, M. (2001). *Culture Care diversity and universality: a Theory of Nursing*. Canada: Jones and Bartlett Publishers Inc. and national League for Nursing, 2001. 0-7637-1825-4
- Ljungqvist, O., Scott, M. & Fearon, K. (2017). “Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292-298. Doi:10.1001/jamasurg.2016.4952. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2595921>
- Locsin, R. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing - A model for Practice*. (S. T. T. International, Ed.). Indianapolis.
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Mackie, B. R., Mitchell, M., & Marshall, P. A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian*, 25(1), 131–140. DOI: 10.1016/j.colegn.2017.01.006.
- Martins, P. (2006). *A Via Epidural em Analgesia Pós-operatória. Biblioteca da dor. Permanyer Portugal*, 1 – 48.
- Martins, A., Pinto, A. A., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., Almeida, M. P. P., Mendes, O. S. & Santos, R. M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. Vol. 12 N.º 2, 2º Semestre.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? In: *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educacional Implications*. New York: *BasicBooks*; 3–34.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta.
- Mestre, J. M., Brackett, M. A., Guil, R. & Salovey, P. (2008). *Inteligencia emocional: definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de mayer y salovey*. In: *Motivación y Emoción [Internet]*. McGraw-HillEditors: F. Palmero, F. Martínez-Sánchez. [cited 2020 May 25]. 407–38. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/259998138_inteligencia_emocional_definicion_evaluacion_y_aplicaciones_desde_el_modelo_de_habilidades_de_mayer_y_salovey.

- Ministério da Saúde. (1996). Despacho n.º 242/96, publicado a 13 de agosto. *Diário da República*, 2ª série, n.º 187 de 13 de agosto de 1996. Disponível em: https://iasaude.pt/UPS/legislacao/242_96.pdf
- Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. *Diário da República*. - I Série-A. N.º 93 de 21 de abril de 1998. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/175784>
- Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro: Missão e atribuições. *Diário da República*, 1.ª série — n.º 32 — 14 de fevereiro de 2012. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/543036>
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados intensivos*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série – N.º 28 - 10 de fevereiro de 2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med [Internet]. Jul 21;6(7): e1000097. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Nagel, Y., Towell, A., Nel, E. & Foxall, F. (2016). *The emotional intelligence of registered nurses commencing critical care nursing*. Curationis [Internet]. nov 29 [cited 2020 Mar 30];39(1): e1–7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28155300>.
- Oliveira, C., Nunes, E. (2014). Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na prática interpessoal do acolhimento. *Texto Contexto Enferm*, 23(4), 954-63
- OE (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- OE. (2009). *Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.

- OE. (2009). Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série - n.º 180 -16 de setembro de 2009). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/490239>
- OE. Conselho Jurisdicional (2013). *Comunicação de óbito aos familiares dos utentes*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_153_2013_ComunicacaoMorte.pdf
- OE. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série - n.º 181 -16 de setembro de 2015). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- OE. (2017). Parecer n.º 61/2017 da OE. Atribuição de tempo para a passagem de turno. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuiçaoTempoPassagemTurno.pdf
- OE. (2018). Regulamento n.º 76/2018: Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2.ª série - n.º 21 - 30 de janeiro de 2018; Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- OE. (2018). Regulamento n.º 226/2018. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115116048>
- OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 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 135-16 de julho de 2018); Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- OE. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série - n.º 26 - 6 de Fevereiro de 2019); Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- OE. (2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série - n.º 184 - 25 de setembro de 2019; Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

- Peplau, H. E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O. & Martins, M. A. C. S. C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n.º 7, 55-62.
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews* (2020 version). In: Aromataris E MZ, editor. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª ed.) Loures, Portugal: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didáctico, Lda. 3-162. ISBN 972-8383-80-75-38-3
- Rabiais, I. C. M. (2016) - *A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar*. Berlin: Novas Edições Acadêmicas, 585. ISBN 978-3-330-74488-2.
- Rezaei, S. & Salehi, S. (2018). A Study of the Relationship between Emotional Intelligence and Patient Safety Culture among Emergency Nurses in Selected Hospitals in Shiraz in 2017. *J Res Med Dent Sci* [Internet]. 6(2):276–83. Disponível em: <https://www.jrmds.in/articles/a-study-of-the-relationship-between-emotional-intelligence-and-patient-safety-culture-among-emergency-nurses-in-selected.pdf>.
- Ribeiro, R. A. R. (2013). *A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro*. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20rakel-tese.pdf>
- Rodrigues, V., Ferreira, A. (2011). Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19(4). 1-9. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_23.pdf
- Saça, C. S., Carmo, F. A., Arbuleia, J. P. S., Souza, R. C. X., Alves, S. A. & Rosa, B. Â. (2010). *A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *J Health Sci Inst.*, 28(1):35-41.
- Saiote, E., Mendes, F. (2011). A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 219 -225

- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Instituto Politécnico de Beja.
- Sharif, F., Rezaie, S., Keshavarzi, S., Mansoori, P. & Ghadakpoor, S. (2013). Teaching emotional intelligence to intensive care unit nurses and their general health: a randomized clinical trial. *Int J Occup Environ Med* [Internet]. Jul [cited 2020 May 8];4(3):141–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23860544>.
- Silva, R. M. (2014). *Fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica*. (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.
- SPCI. (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor - Grupo Avaliação Dor*. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>, 40
- SPCI. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Solano Ruiz, M. C., Hernández Vidal, P., Vizcaya Moreno, M. F. & Reig Ferrer, A. (2002). Burnout's syndrome in critical care nursing professionals. *Enferm Intensiva* [Internet]. 13(1): 9–16. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(02\)78049-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(02)78049-8).
- Thalita, R. O. (2013). A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. *Enfermeria Global*. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, nº 30, 91-105.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Tofighi, M., Tirgari, B., Fooladvandi, M., Rasouli, F. & Jalali, M. (2015). Relationship between emotional intelligence and organizational citizenship behavior in critical and emergency nurses in south east of Iran. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. Jan 1 [cited 2020 Apr 28];25(1):79–88. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25733788>.
- Torre, M., Santos Popper, M. C. & Bergesio, (2019). A. Burnout prevalence in intensive care nurses in Argentina. *Enfermería Intensiva* (English ed) [Internet]. Jul [cited 2020 Jul 20];30(3): 108–15. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2529984019300400>.
- Towell, A., Nel, W. E. & Muller, A. (2015). Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa. *Heal*

- SA *Gesondheid* [Internet]. 20(1): 1–10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hsag.2015.04.001>.
- Towell, A, Nel, E. & Müller, A. (2013). The emotional intelligence of a group of critical-care nurses in South Africa. *Heal SA Gesondheid* [Internet]. nov 20;18(1): 1–10. Disponível em: <https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/674>.
 - UCP. (2012). Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional.
 - UCP. (2015). Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem.
 - UCP. (2016). Aviso n.º 3127/2016: Regulamento de creditação. *Diário da República*, 2.^a série - n.º 47 - 8 de Março de 2016; Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/73807508>
 - UCP. (2016/2017). Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado de natureza profissional.
 - Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Thelan's – Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008. 321- 572.
 - Veiga, B. S. & Henriques, E. (2008). *Administração Central do Sistema de Saúde – Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 280
 - Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. (1ªed.). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 113. ISBN 972-8383-37-1
 - Wenham, T. & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 9(6), 178-183. Disponível em: <https://academic.oup.com/bjaed/article/9/6/178/378580>

APÊNDICE I

Poster: “Inteligência emocional dos Enfermeiros de cuidados críticos.”

Divulgado nos contextos de estágio

Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos

Critical care nurses' emotional intelligence

Autores: Lampreia, Cátia¹; Correia, Pedro²; Rábias, Isabel³; Madureira, Maria⁴; Caldeira, Sílvia⁵

XIII Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica - Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

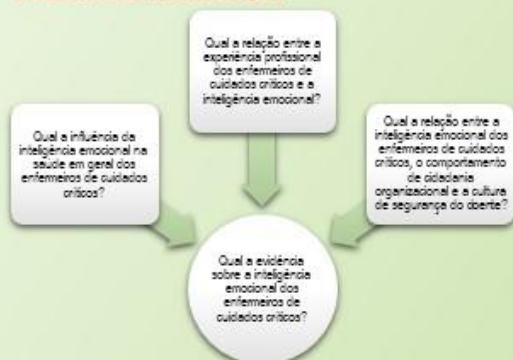
A inteligência emocional consiste na habilidade de gerir as nossas emoções e as dos outros, distinguindo-as entre si e utilizando as informações obtidas para organizar o nosso processo de pensamento e ação¹. A falta de competências de inteligência emocional torna a pessoa emocional e socialmente incapacitada². As pessoas que recorrem ao uso das suas emoções são mais eficazes no seu meio profissional, nos seus relacionamentos e no seu bem-estar e saúde³. O modelo de capacidade desenvolvido por Salovey e Mayer apresenta maior evidência científica, sendo o mais utilizado para avaliar a inteligência emocional em enfermagem⁴.

MODELO DE CAPACIDADE DE SALOVEY & MAYER⁵

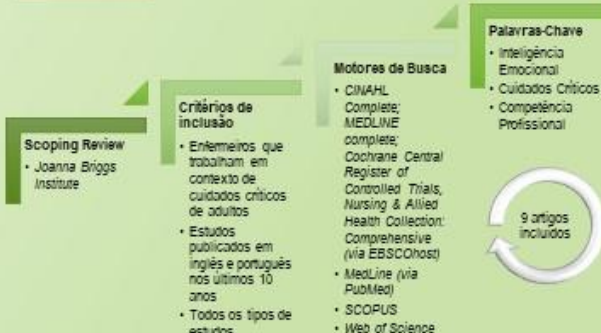


OBJETIVO Mapear o conhecimento acerca da inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO



METODOLOGIA



RESULTADOS

◆ Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?



◆ Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?



◆ Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?

Enfermeiros emocionalmente inteligentes apresentam um comportamento de cidadania organizacional, permitindo-lhes estabelecer uma relação de confiança com os doentes, aumentando a cultura de segurança dos mesmos^{1,5,16}

CONCLUSÃO

Os enfermeiros são expostos a fatores de stress conduzindo à desmotivação profissional, sentimentos de tristeza, esgotamento físico e psicológico, culminando em algumas situações com o abandono da profissão. A inteligência emocional tem um impacto positivo nos enfermeiros de cuidados críticos pelo que deverá ser desenvolvida por estes profissionais, de forma a proporcionar um cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS



APÊNDICE II

Apresentação “Inteligência emocional dos Enfermeiros de cuidados críticos.”

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP Lisboa com o tema:
"Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro".



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO
27 de novembro de 2020 | edição online



**Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos: revisão
scoping**

Critical care nurses' emotional intelligence: a scoping review

Autores: Lampreia, Cátia¹; Correia, Pedro¹; Rabiais, Isabel²; Madureira, Maria³; Caldeira, Sílvia⁴

¹Enfermeiro(a); ²Mestre em Ciências da Educação e Doutora em Enfermagem; ³Mestre em Cuidados Paliativos e Doutora em Enfermagem; ⁴Mestre em Bioética e Doutora em Enfermagem

XIII Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Universidade Católica Portuguesa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO
27 de novembro de 2020 | edição online

Sumário

Inteligência Emocional: Definição

Modelo de Capacidade de Salovey & Mayer

Objetivo e questão de revisão

Metodologia

Resultados e Discussão

Conclusão

Implicações para o cuidado de enfermagem especializado



Definição

A inteligência emocional consiste na habilidade de gerir as nossas emoções e as dos outros, distinguindo-as entre si e utilizando as informações obtidas para organizar o nosso processo de pensamento e ação¹.

A falta de competências de inteligência emocional torna a pessoa emocional e socialmente incapacitada².

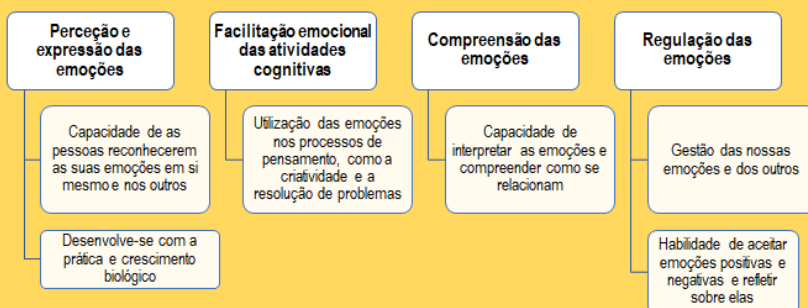
As pessoas que recorrem ao uso das suas emoções são mais eficazes no seu meio profissional, nos seus relacionamentos e no seu bem-estar e saúde³.



Este documento é propriedade intelectual da Católica Instituto de Ciências da Saúde. É proibida a reprodução, total ou parcial, sem a autorização expressa da Católica Instituto de Ciências da Saúde. A utilização não autorizada é considerada uma infração da lei de direitos de autor e pode ser punida com sanções legais.



Modelo de Capacidade de *Salovey & Mayer*



Este documento é propriedade intelectual da Católica Instituto de Ciências da Saúde. É proibida a reprodução, total ou parcial, sem a autorização expressa da Católica Instituto de Ciências da Saúde. A utilização não autorizada é considerada uma infração da lei de direitos de autor e pode ser punida com sanções legais.



Objetivo

Mapear o conhecimento acerca da inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos.

Questão de revisão

Qual a evidência sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos?

Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?

Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?

Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?



Metodologia

Scoping Review
(JBI)

P - Enfermeiros

C – Inteligência Emocional

C – Cuidados Críticos

Crítérios de inclusão

- Enfermeiros que trabalham em contexto de cuidados críticos de adultos
- Estudos publicados em inglês e português nos últimos 10 anos
- Todos os tipos de estudos

Motores de Busca

- CINAHL Complete;
- MEDLINE complete;
- Cochrane Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCOhost)
- MedLine (via PubMed)
- SCOPUS
- Web of Science

Palavras-Chave

- Inteligência Emocional
- Cuidados Críticos
- Competência Profissional

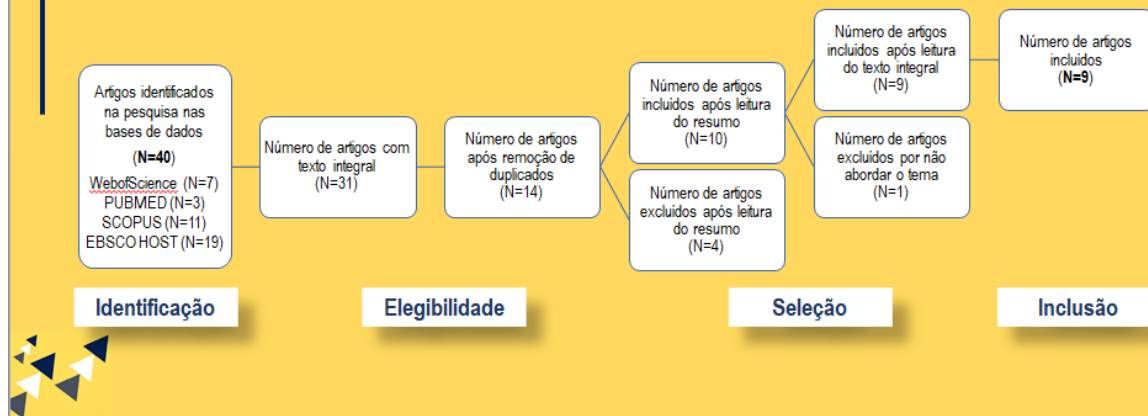


III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

27 de novembro de 2020 | edição online

PRISMA ScR



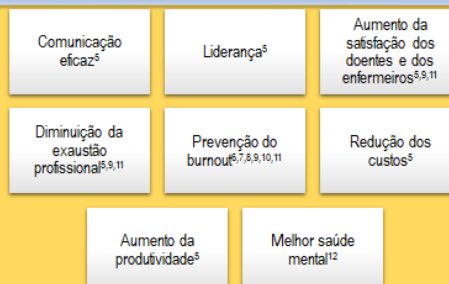
III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

27 de novembro de 2020 | edição online

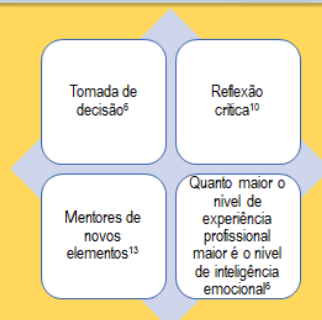
Resultados e Discussão

Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?



Resultados e Discussão

Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?



Resultados e Discussão

Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?

Enfermeiros emocionalmente inteligentes apresentam um comportamento de cidadania organizacional, permitindo-lhes estabelecer uma relação de confiança com os doentes, aumentando a cultura de segurança dos mesmos^{14,15}

Conclusão

Os enfermeiros são expostos a fatores de stress conduzindo à desmotivação profissional, sentimentos de tristeza, esgotamento físico e psicológico, culminando em algumas situações com o abandono da profissão.

A inteligência emocional tem um impacto positivo nos enfermeiros de cuidados críticos pelo que deverá ser desenvolvida por estes profissionais, de forma a proporcionar um cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

Implicações para o cuidado de enfermagem especializado

Identifica e responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade:

Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos;

Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação;

Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO
27 de novembro de 2020 | edição online

Implicações para o cuidado de enfermagem especializado

Os resultados obtidos com a realização desta revisão permitiram conhecer a evidência sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos e sublinhar a importância do desenvolvimento desta habilidade nestes profissionais.

Estes achados poderão inspirar a realização de investigações futuras sobre a inteligência emocional dos enfermeiros portugueses de cuidados críticos.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO
27 de novembro de 2020 | edição online

Obrigado pela vossa atenção...



ANEXO I

Certificado de participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Enfermagem especializada: Protagonista no presente Inovadora no futuro

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) Pedro Nogueira RODRIGUES CORREIA, participou no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia 27 de novembro de 2020, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Aluno n.º 192019072



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

PROGRAMA

9:00 –Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Luís Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)

Ana Rebotim (Mestranda do 13º CME, SIP) - "Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde"

Margarida Carvalho (Mestranda do 13º CME, SIP) - "Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos"

Matilde Carvalho (Mestre em Enfermagem, SIP) - "Promover a Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro"

10:00 –CONFERÊNCIA INAUGURAL–"The role of ICN in enhancing the value of Nursing"
Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

10:30 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL–"Realidade da enfermeira especializada em Espanha"
Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha)

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:30 –Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Marisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)

Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) - "Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2"

Laurina Gomes (Mestranda do 13º CME-EC) - "Saúde Escolar em Tempo de Pandemia"

Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - "Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável"

14:00 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL–"A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura"

Maria Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

14:30 –Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)

Cátia Lampreia (Mestrando do 13º CME, MC) - "Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro"

António Borges (Mestrando do 13º CME, MC) - "Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro"

Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - "Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro"

15:30 –MOMENTO CULTURAL

16:00 –ENCERRAMENTO



ANEXO II
Certificado do SAV 2019
American Heart Association



Certifica-se que **Pedro Miguel Rodrigues Correia**, nascido em 23/04/1988, com o Número de Identificação Civil 13392148, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da American Heart Association, que decorreu de 07/10/2019 a 08/10/2019, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 8 de Outubro de 2019

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**



Certificado nº 19174-3/2019

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Estabelecer prioridades nos cuidados de SBV entre a aplicação de compressões e a integração do DAE; reconhecer e iniciar o tratamento de imediato nas situações de peri-paragem que possam resultar em paragem cardíaca ou complicar a evolução da reanimação; atuar em situações de bradicardia ou taquicardia; reconhecer uma situação de paragem cardíaca e atuar até ao retorno da circulação espontânea, transferência para o próximo nível de cuidados ou cessação da reanimação; aplicar o algoritmo de SAV, como executante e como líder de equipa; identificar a dor torácica de origem isquémica e agilizar os cuidados ao utente com síndrome coronário agudo; reconhecer outras situações clínicas potencialmente fatais tais como o AVC e aplicar os cuidados iniciais necessários; demonstrar boa comunicação como membro ou líder de uma equipa de reanimação e reconhecer o impacto da dinâmica da equipa sobre o seu desempenho.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Avaliação inicial de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida	60 min.
// Paragem respiratória	60 min.
// Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa	60 min.
// Conceito de ressuscitação em equipa	60 min.
// Paragem cardíaca (FV/TV sem pulso)	120 min.
// Síndrome coronário agudo	60 min.
// Acidente vascular cerebral	60 min.
// Bradicardia estável e instável	60 min.
// Paragem cardíaca (assistolia e atividade elétrica sem pulso)	120 min.
// Taquicardia estável e instável	60 min.
// Avaliação teórica e de competências	240 min.
Total:	16 horas