



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

Humanização e Cuidado Especializado em Cuidados Intensivos

Humanization and Specialized Care in Intensive Care

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Bárbara Tavares Morgado

Lisboa, 2025



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

Humanização e Cuidado Especializado em Cuidados Intensivos

Humanization and Specialized Care in Intensive Care

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por:

Bárbara Tavares Morgado

Orientadora Prof. Doutora Isabel Cristina Mascarenhas Rabiais

Lisboa, 2025

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que é o apoio de todos os dias e de todas as maneiras possíveis. Nenhuma palavra será suficiente para agradecer.

Aos meus amigos que sempre me incentivaram.

À minha equipa, que foi um suporte e contribuiu para que tudo fosse possível. Às enfermeiras Sandra Spencer e Inês Cardoso por sempre me motivarem.

À Sr.^a Prof.^a Dr.^a Susana Miguel e Sr.^a Prof.^a Dr.^a Isabel Rabiais pela disponibilidade e apoio constantes.

Aos enfermeiros orientadores e a toda equipa presentes nos contextos que me ajudaram no meu percurso.

E obrigada ao meu pai, o verdadeiro impulsionador de continuar sempre a aprender.

RESUMO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa elaborei o presente relatório baseado no percurso ao longo do curso.

A realização dos estágios em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, que ocorreram no período de 6 de setembro a 17 de dezembro de 2024, permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências específicas de cuidados à pessoa em situação crítica, promovendo uma prática baseada na evidência científica, centrada na pessoa e na família e apoiada em princípios éticos e científicos.

Ao longo do relatório, destacam-se como enquadramento conceptual a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria da Auto-Transcendência de Pamela Reed. Estas teorias permitiram compreender e acompanhar os processos de transição experienciados pelos doentes e pelas suas famílias, baseando a prática numa abordagem holística que considera não apenas a dimensão física, mas também os aspetos psicológicos, emocionais e espirituais do cuidado.

Durante este percurso, foram desenvolvidas competências científicas, técnicas, éticas e relacionais essenciais para o contexto da unidade de cuidados intensivos, nomeadamente a gestão da dor em doentes sedados e ventilados, a comunicação eficaz com doentes e famílias em estado crítico, bem como, intervenções com foco no controlo de infeção e intervenções para melhorar a atuação em situações de emergência e catástrofe.

Por fim, o relatório inclui uma vertente de investigação com o desenvolvimento de uma revisão scoping intitulada “Estratégias de Controlo da Temperatura Corporal em Pessoas em Situação Neurocrítica”, que foi apresentada sob a forma de um e-poster num evento científico, com o intuito de partilhar conhecimento e reforçar a importância da prática baseada na evidência.

Descritores e Palavras-Chaves: enfermeiro especialista; enfermagem médico-cirúrgica; controlo de temperatura corporal; teoria das transições.

ABSTRACT

As part of the curricular unit “Final Internship and Report” included in the Master's Degree in Nursing, with a specialization in Medical-Surgical Nursing at the Portuguese Catholic University. I have prepared this report based on the journey throughout the course.

The internships carried out in the context of the Intensive Care Unit, which took place from September 6 to December 17, 2024, enabled the acquisition and development of specific competencies in caring for individuals in critical conditions, promoting scientific evidence-based practice centered on the person and their family, and supported by ethical and scientific principles.

Throughout the report, the conceptual framework is grounded in Afaf Meleis’ Theory of Transitions and Pamela Reed’s Theory of Self-Transcendence. These theories provided a foundation for understanding and supporting the transition processes experienced by patients and their families, guiding practice with a holistic approach that considers not only the physical dimension but also the psychological, emotional, and spiritual aspects of care.

During this journey, scientific, technical, ethical, and relational skills essential to the intensive care unit context were developed, particularly in pain management for sedated and ventilated patients, effective communication with critically ill patients and their families, as well as interventions focused on infection control and strategies to enhance performance in emergency and disaster situations.

Finally, the report includes a research component with the development of a scoping review entitled “Strategies for Body Temperature Control in Neurocritical Care Patients,” which was presented as an e-poster at a scientific event, with the aim of sharing knowledge and reinforcing the importance of evidence-based practice.

Descriptors and Keywords: specialist nurse; medical-surgical nursing; body temperature control; theory of transitions.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behaviour Pain Scale

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

CPOT – Critical – Care Pain Observation Tool

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEMC – Enfermeira/o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

HSA – Hemorragia Subaracnóidea

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem de Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSF – Open Science Framework

PCC – Participantes, Conceito, Contexto

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SU – Serviço de Urgências

TCE - Traumatismo Cranioencefálico

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	12
1.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	13
1.2. Teoria da Auto-Transcedência de Pamela Reed	14
2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO.....	17
2.1. Estágio nos Cuidados Intensivos Polivalente	17
2.2. Estágio nos Cuidados Intensivos no Âmbito Cirúrgico	18
3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	22
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	22
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	23
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	24
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	26
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	27
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	29
3.2.1. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	30
4. ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DA TEMPERATURA CORPORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA	42
CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” integrada no Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa.

A realização do relatório tem o intuito de descrever os conhecimentos e competências, comuns e específicas como Enfermeira Especialista (EE) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e de Mestre, de acordo com o artigo 15.º publicado em Diário da República adquiridas ao longo do percurso académico e aperfeiçoadas, principalmente, durante os estágios que, posteriormente, serão aplicadas no contexto profissional.

Além disso, é a oportunidade de refletir sobre o processo de aprendizagem e do desenvolvimento de competências adquiridas, sobre os cuidados de enfermagem a partir de objetivos e resultados de aprendizagem definidos de acordo com o contexto.

Ao longo deste percurso, é esperado que, como futura Especialista, demonstre cuidados focados no doente e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) tem uma responsabilidade importante na elaboração de plano de cuidados e de intervenção, sob um olhar crítico na observação e colheita de dados, de forma a prevenir problemas e necessidades.

A Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, com uma carga horária de 750 horas (h) ocorreu entre 6 de setembro de 2024 e 16 de dezembro de 2024. Inclui a realização de dois estágios, tendo cada estágio uma carga horária de 180 h de contacto, que ocorreram ambos em Hospitais de Lisboa, nomeadamente, o primeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC), de forma a poder prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Designa-se pessoa em situação crítica, segundo a Ordem dos Enfermeiros “(...) *aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua*

recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p.856).

A passagem por uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é imprescindível visto que, o cuidado ao doente crítico e à sua família é um dos objetivos do mestrado. É uma área multidisciplinar que aborda a “(...) *prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).*” (Penedo et al., 2013, p.30).

Logo, utilizei a experiência vivida no contexto da unidade de cuidados intensivos para implementar “(...) *as intervenções planeadas tendentes à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.*” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19361).

A exigência requerida para garantir cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa e à família, relembra ao enfermeiro especialista da importância da atualização contínua dos seus conhecimentos na área, visto que “(...) *reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhora contínua.*” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p.4747).

Além das competências de especialista e por forma a desenvolver competências de mestre, em termos de investigação foi realizada uma revisão *scoping* sobre estratégias de controlo da temperatura corporal na pessoa em situação neurocrítica.

O objetivo ao elaborar o presente relatório é o de ter a oportunidade de refletir criticamente sobre as aprendizagens durante os estágios, bem como relacionar com as competências pretendidas de um enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica. Irei utilizar um método expositivo e descritivo com base na sequência temporal dos contextos práticos.

O relatório inicia-se com o enquadramento teórico e conceptual, onde são referenciados os conceitos da temática a abordar, com base na evidência científica e a mobilização de

referenciais teóricos: a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis (Teoria das Transições) e a Teoria da Auto-Transcedência de Pamela Reed.

A segunda parte remete para a descrição dos objetivos deste trabalho e, seguida uma caracterização dos locais de estágios e reflexão sobre as competências adquiridas, utilizando como referência os indicadores de resultado preconizados no início de cada estágio e as atividades realizadas para os obter. Por último, será apresentada a conclusão, as referências bibliográficas e os respectivos anexos e apêndices.

Este trabalho encontra-se redigido de acordo com as normas fornecidas pela Universidade Católica, conforme indicado no guia de normas, e as referências bibliográficas e citações foram feitas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 7.^a edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Neste capítulo, é realizada uma abordagem ao enquadramento teórico e conceptual que serve de base para aprofundar o conhecimento dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à família.

Para corresponder às necessidades da população e ao ambiente envolvente, o enfermeiro precisa de desenvolver competências especializadas da sua área de intervenção, e, assim, diferenciar o seu pensamento crítico e as intervenções que realiza. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), as competências específicas são aquelas que resultam das respostas humanas aos problemas de saúde e das intervenções escolhidas para cada área de especialidade, adequadas de acordo com as necessidades de saúde dos doentes.

Enfermagem como disciplina surge com Florence Nightingale, que em meados do século XIX, deu uma nova imagem à enfermagem ao valorizar a sua dimensão de investigação e contribuiu com avanços práticos, científicos e éticos que transformaram o cuidado com os doentes e estabeleceram as bases da enfermagem como uma disciplina profissional respeitada. Além disso, focou-se na prevenção da doença e na própria pessoa, alvo de cuidados (Silva, 2001). Desde então, os conceitos de enfermagem ao longo do tempo refletem a evolução da disciplina.

Além disso, Florence Nightingale foi pioneira ao defender que a enfermagem deveria ser uma profissão baseada no conhecimento, e não apenas uma atividade voluntária. Transformou uma ocupação informal em uma profissão respeitada, estruturada em conhecimento técnico e científico, comprometida com a saúde pública, com o bem-estar do doente e com o rigor ético. A sua influência permanece nos princípios, na formação e na prática de diversos enfermeiros.

Porém, apenas com a descrição do conceito de metaparadigma é que foi possível caracterizar a disciplina de enfermagem. Segundo Fawcett (2023), o metaparadigma de enfermagem é o estudo das relações entre seres humanos/pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, sendo que são considerados essenciais para compreender o cuidado de enfermagem em qualquer contexto.

O metaparadigma da enfermagem é um conceito central que orienta o pensamento teórico e prático da profissão, representando a estrutura mais ampla e fundamental da disciplina de enfermagem. As teorias de enfermagem distinguem-se entre elas pela definição que atribuem

a cada conceito metaparadigmáticos, contribuindo assim, para a construção de uma identidade profissional, diferenciando a enfermagem de outras disciplinas da saúde.

Segundo Polit & Beck (2024), as teorias de enfermagem têm diferentes classificações dependendo dos seus princípios, isto é, podem ser Metateoria, Grande Teoria, Teoria de Médio Alcance e Teoria Prática. *Metateoria* é a teoria que identifica fenômenos específicos através de conceitos abstratos. *Grande Teoria* providencia um mapa conceptual com conceitos chave e os princípios da disciplina que podem ser identificados. A *Teoria de Médio Alcance* é a mais precisa e analisa unicamente uma situação particular com um número limitado de variáveis, tendo apenas um único foco de interesse, por forma a poderem ser aplicados na prática (Leandro et al., 2020). Estas teorias não pretendem esclarecer o todo, mas sim desenvolver explicações para as partes, que são baseadas em teorias maiores ou parte delas e são compostas por conceitos (Leandro et al., 2020).

A partir dos cuidados prestados no local de estágio, sensibilizei-me particularmente de como, o internamento na UCI influencia a dinâmica e a qualidade de vida, do doente e da família, bem como a responsabilidade fundamental que o enfermeiro tem ao agilizar todo o processo vivenciado neste período mais frágil para os intervenientes. Sendo assim, as teorias que melhor se enquadraram aos meus objetivos foram a “Teoria das Transições”, de Afaf Meleis e a “Teoria da Auto – Transcendência” de Pamela Reed.

1.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Para enquadrar o estudo desenvolvido durante os estágios, aprofundi com mais detalhe a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Optei, por esta teoria, dado que, tem como objetivo principal, ajudar os profissionais de enfermagem, a compreender, avaliar e facilitar as transições que os doentes enfrentam, promovendo uma adaptação saudável.

Permite descrever, compreender ou interpretar os fenômenos específicos da enfermagem que refletem e emergem da prática. A transição pode ser considerada como uma mudança, processo, resultado e ocorre tanto a nível pessoal como familiar (Meleis, 2010).

Meleis (2010), define o conceito de transição como uma passagem que é desencadeada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no próprio ambiente, que podem ser classificadas em diferentes tipos de transição, sendo eles: saúde-doença; situacional; desenvolvimento e organizacional. Envolve também mudanças no comportamento, identidade, papéis, habilidades e padrões de vida.

No presente relatório, o foco será a transição de saúde-doença, bem como a transição situacional, uma vez que, o doente crítico e a família vivenciam mais estas transições durante um período de internamento na UCI. A primeira transição refere-se ao momento em que o doente experimenta uma mudança relacionada com um diagnóstico de doença, um internamento numa unidade de saúde, ou mesmo, o momento da alta hospitalar. A transição situacional, por sua vez, consiste na mudança de circunstância, como, por exemplo, ser internado em ambiente hospitalar durante algumas semanas, sofrendo alterações na sua rotina.

Os enfermeiros assumem uma responsabilidade determinante no processo de transição, visto que, é através do planeamento de intervenções que promovem o bem-estar e por consequência, através da sua implementação que é possível tornar o processo mais fácil de vivenciar para o doente e para a família e assim, de se integrar novamente no regresso à normalidade (Meleis, 2010). As intervenções consistem em educar, dar apoio emocional ou encaminhar para recursos. A mudança vivida pelos intervenientes determina que sintam emoções diferentes, tais como, medo, sofrimento e ansiedade (Mendes, 2015).

A compreensão das propriedades e condições intrínsecas ao processo de transição, conduzem ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem que sejam congruentes com a experiência única vivenciada pelos doentes, originando respostas saudáveis a esta mesma transição (Meleis, 2010).

1.2. Teoria da Auto-Transcedência de Pamela Reed

Aprofundei, também, com mais detalhe a teoria de enfermagem designada da Auto - Transcendência de Pamela Reed. Optei por esta teoria, dado que, *“(...) foi criada a partir de uma perspetiva desenvolvimentista dos processos humano-ambientais de saúde. A palavra desenvolvimento é usada na teoria para enfatizar processos de mudança inerentes que são contínuos, inovadores e relacionados ao contexto.”* (Reed, 2014, p.109).

Em qualquer contexto de cuidados em que o foco seja a pessoa em situação crítica, observa-se uma etapa de mudança que pode ocorrer tanto ao nível biológico/físico quanto ao nível psicológico. Muitas dessas alterações manifestam-se, por vezes, a longo prazo. Reed (2014), aborda sobre estratégias que podem ser utilizadas nos processos de transição, especialmente quando a pessoa e a família enfrentam perdas ou doenças, com o objetivo de poderem manter o bem-estar.

De acordo com Smith et al., (2023), a teoria da Auto-transcendência é uma teoria empírica da enfermagem. Surgiu ao reconhecer o ser humano como um ser em constante desenvolvimento. O ponto inicial da teoria foi compreender o conceito de bem-estar na etapa adulta da pessoa, e tem como objetivo, integrar os conceitos de vida, envelhecimento e morte.

Assim, a partir desta teoria, podem definir-se três conceitos: auto-transcendência, bem-estar e vulnerabilidade.

Auto-transcendência: É um processo de desenvolvimento intrínseco em que são definidos os limites que temos apenas com o nosso (eu). Este processo de desenvolvimento é gradual e acontece por existir uma consciência acrescida do ambiente envolvente e da nossa interação com o mesmo. Ou seja, a pessoa tem a capacidade de se adaptar e expandir os seus limites em diferentes domínios: intrapessoal, interpessoal, temporal (a teoria refere que, para conseguirmos desenvolver as várias dimensões da nossa vida, devemos conseguir olhar para o passado e para o futuro, com um olhar crítico) e transpessoal (Alligood, 2014; Reed, 2014).

Bem-estar: O bem-estar é o conceito que descreve a sensação de plenitude, de ser completo e saudável. É um conceito subjetivo por se definir de acordo com os critérios pessoais de saúde e de integridade. É possível alcançar o bem-estar através de experiências de auto-transcendência, pois estas são positivas e desenvolvem a própria pessoa (Alligood, 2014; Reed, 2014).

Vulnerabilidade: Designa-se como a consciência que a pessoa tem sobre a sua própria mortalidade, ou a experiência de momentos difíceis na vida. Este conceito surge de acontecimentos marcantes, tais como o sofrimento de uma doença crónica, uma incapacidade, ou a parentalidade. Para Reed (2014), a auto-transcendência surge de forma natural, nas experiências que as pessoas têm de plena saúde, confrontando-as com o pesadelo da mortalidade (Alligood, 2014) e (Reed, 2014).

Assim, os três conceitos relacionam-se entre si de diversos modos. A mudança de vulnerabilidade está diretamente ligada à mudança da auto-transcendência, sendo que o aumento significativo de vulnerabilidade se reflete, com frequência, num aumento da auto-transcendência. Relativamente à ligação entre os conceitos de bem-estar e auto-transcendência, estes estão diretamente ligados, visto que representa a transição de um momento atual para uma direção diferente de vida, com o objetivo de sensação de bem-estar.

Por último, a auto-transcendência também funciona como um mediador de bem-estar, dado que é possível atingir o bem-estar, mesmo em situações complicadas ou ameaçadoras de vida. (Reed, 2014).

Desde o início do meu percurso académico e profissional em enfermagem, observo e considero a pessoa alvo dos meus cuidados como um ser multidimensional. Pretendo ser, também, um elemento facilitador do bem-estar e reduzir o *stress* e as dificuldades inerentes ao processo de transição vivenciado pela pessoa e pela família, principalmente, quando se encontram numa situação de saúde crítica.

Optei por esta teoria por me identificar com os seus pressupostos, visto que o enfermeiro se distingue na equipa multidisciplinar como um elemento essencial para ajudar a pessoa a encontrar o seu bem-estar, sendo este um princípio de cuidados de enfermagem de excelência.

Reforça-se assim, que a auto-transcendência é um conceito que passa igualmente pelo profissional de saúde, dado que ajuda o doente a ultrapassar os seus limites, e a capacitá-lo para novas perspetivas, mantendo constantemente, uma atitude, de ver para além do óbvio, querer fazer diferente, e, de ser inovador nos cuidados. No entanto, para que isso aconteça, necessita de investir na sua formação, disponibilizar-se para novas experiências e desafiar-se, de modo a conseguir adaptar-se a qualquer situação, sempre, com pensamento crítico e realizando um cuidado diferenciado.

Durante a realização dos estágios, foi possível colocar em prática os pressupostos da teoria de Pamela Reed, ao desenvolver algumas das competências específicas do enfermeiro especialista como por exemplo, as estratégias de comunicação com um doente ventilado ou a aplicação de diferentes métodos de avaliação e gestão de dor do doente sedado.

Ao delinear os principais conceitos que fundamentam a prática e o pensamento em enfermagem, foi possível clarificar as Teorias de enfermagem que orientaram a prática clínica. Assim, os capítulos seguintes abordarão a descrição dos contextos de estágio e os objetivos delineados, bem como o desenvolvimento de competências em enfermagem.

2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO

2.1. Estágio nos Cuidados Intensivos Polivalente

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final” inserida no Mestrado em Enfermagem, realizei um estágio no primeiro contexto, que decorreu entre 6 de setembro e 25 de outubro de 2024 no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente numa Unidade Hospitalar da periferia de Lisboa, tendo realizado 180 horas de contacto. De seguida, realizei o segundo estágio no mesmo local, mas com o objetivo de me focar nos doentes que se encontravam em situação crítica no âmbito cirúrgico.

O serviço de cuidados intensivos tem como a população-alvo, pessoas adultas, isto é, desde os 18 anos. Integra-se na Unidade Local de Saúde da região e funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, para todas as áreas clínicas. As equipas são multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, técnicos de saúde e administrativos, que se encontram organizados em equipas mais pequenas e, tendencialmente, fazem os mesmos turnos.

A equipa de enfermagem segue o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados prestados ao doente que lhe foi atribuído, método este, que contribui para estreitar laços de confiança na relação entre enfermeiro e doente/família.

A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe, e cada serviço tem um enfermeiro responsável que tem a seu cargo cerca de 10 enfermeiros, sendo a maioria enfermeiros especialistas, quer seja, na área médico-cirúrgica da pessoa em situação crítica, ou em reabilitação. Também existem enfermeiros que fazem parte da Equipa Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), dando apoio aos vários serviços do hospital.

O serviço divide-se em 3 unidades de cuidados intensivos. Cada unidade tem entre 6 a 13 vagas, incluindo quartos de isolamento de pressão negativa. Duas delas são polivalentes, direcionadas para o cuidado a doentes com diversas patologias e tratamentos médicos. A mais pequena está direcionada para o doente cirúrgico.

Cada serviço é constituído por unidades abertas, separadas apenas por cortinas, de modo a garantir a privacidade. Em cada unidade do doente existe uma cama articulada, saída de oxigénio, vácuo e ar comprimido, sistema de aspiração, ventilador, seringas, bombas de perfusão, estetoscópio, elétrodos e monitor de monitorização. Na unidade, é possível proceder à realização de radiografias, broncofibroscopias, técnicas de diálise, colocação de

dispositivos de monitorização invasiva de pressão arterial e cateter venoso central, realização de toracentese e paracentese.

Em todo o serviço verifica-se a exposição de diferentes *posters* com informações relativamente a cuidados e técnicas de enfermagem baseados em evidências científicas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e atuar ao nível do controlo da infeção. Alguns exemplos são: colheita de córnea para transplante, orientações para higiene das mãos, orientações do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) sobre infeções associadas com os cuidados de saúde e estudos sobre preparação da equipa multidisciplinar relativamente ao treino numa situação de emergência.

Efetuem-se frequentemente auditorias relativamente ao controlo de infeção durante os cuidados de enfermagem, controlo de higiene das mãos ou às intervenções para prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central. Os resultados são publicados numa plataforma do hospital para, mais tarde, serem publicados e discutidos pela equipa multidisciplinar com o propósito de perceber os aspetos a melhorar.

Neste estágio, determinei um objetivo principal e dois objetivos específicos:

Desenvolver competências técnico-científicas, éticas, morais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade especializados à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos.

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica a necessitar de ventilação mecânica em falência multiorgânica, em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, no âmbito da atuação emergente intra-hospitalar.

2.2. Estágio nos Cuidados Intensivos no Âmbito Cirúrgico

O segundo estágio da Unidade Curricular “Relatório Final” ocorreu no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos numa Unidade Hospitalar, direcionado para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família no âmbito cirúrgico. Ocorreu entre 29 de outubro e 19 de dezembro de 2024, estando preconizadas 180 horas de contacto.

A unidade de estágio foi a mesma frequentada previamente, o que favoreceu uma maior integração na equipa e permitiu aprofundar competências específicas, nomeadamente no acompanhamento da pessoa no pós-operatório imediato, após intervenções cirúrgicas de elevada complexidade, como cirurgias ortopédicas, abdominais ou neurológicas.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com foco na pessoa em situação crítica, assume uma responsabilidade essencial na gestão clínica do doente pós-operatório em UCI, assegurando vigilância intensiva, estabilização hemodinâmica, controlo da dor, prevenção de infeções e apoio psicossocial à pessoa e família. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), compete ao enfermeiro otimizar o ambiente terapêutico e intervir em processos clínicos complexos, assegurando a gestão da dor, da função respiratória, da perfusão tecidual e da função renal, bem como “(...) maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19359).

A dor pós-operatória é uma das dimensões prioritárias da vigilância de enfermagem. Lavand`homme (2017) demonstra que o controlo inadequado da dor pode comprometer a recuperação funcional, aumentar o risco de complicações como atelectasias, retenção urinária e íleus paralítico, além de contribuir para o desenvolvimento de dor crónica pós-cirúrgica. Além disso, Know et al. (2024) refere que, níveis de dor elevados resultam em infeções hospitalares, dificuldade respiratórias e, por consequência, um maior período de internamento. Assim, a avaliação contínua da dor - utilizando escalas validadas como a EVA ou a Escala Comportamental em doentes não comunicantes - e a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, são fundamentais para promover o conforto.

Outro aspeto, em foco é a prevenção de infeções pós-operatórias, nomeadamente infeções da ferida cirúrgica, pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e infeções do trato urinário relacionadas a dispositivos invasivos. O enfermeiro assume uma responsabilidade particular na implementação de medidas para prevenir infeções, como a higiene das mãos, cuidados assépticos com cateteres e dispositivos, posicionamento adequado e mobilização precoce.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2020), estas estratégias em enfermagem têm uma consequência na redução de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), o que significa uma diminuição da morbilidade e a duração dos internamentos.

Além dos aspetos clínicos, é essencial que o enfermeiro garanta o suporte emocional à pessoa e à família, promovendo uma comunicação eficaz, empatia e esclarecimentos, de acordo com o estado clínico e plano de cuidados. Estar internado numa UCI após uma cirurgia é muitas vezes associado a sentimentos de medo, desorientação e vulnerabilidade, o que reforça a importância da abordagem centrada no doente, respeitando a dignidade, autonomia e necessidades individuais.

O período pós-operatório é considerado um momento de vulnerabilidade para o doente, em consequência de alterações físicas, emocionais e sociais. Assim sendo, os cuidados de enfermagem são fundamentais na promoção de uma transição segura e positiva da condição de saúde da pessoa. Como referido anteriormente, a Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, oferece uma estrutura conceitual para orientar a prática de enfermagem, ao considerar o processo de transição como uma experiência complexa e multifacetada que precisa de apoio sistemático.

Numa UCI de âmbito cirúrgico, o pós-operatório é caracterizado como uma transição situacional e de saúde/doença, que exige reestruturação física e emocional por parte do doente.

De acordo com Meleis (2010), para que uma transição seja considerada saudável, o doente deve mostrar sinais de adaptação, envolvimento no processo de recuperação e desenvolver estratégias para lidar com a sua situação. O enfermeiro ajuda o doente nesse processo ao facilitar a transição, utilizando escuta ativa e criando um ambiente de cuidados que respeite as individualidades e experiências do doente.

O objetivo principal delineado para este contexto foi:

Desenvolver competências técnico-científicas, éticas, morais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos.

Os objetivos específicos foram os seguintes:

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto de Unidade de Cuidados intensivos no âmbito da gestão da dor.
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com alteração neurológica, no âmbito do controlo da temperatura.

3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estabelecer objetivos concretos no início do estágio permitiu orientar a minha pesquisa. A vantagem de estabelecer os meus próprios objetivos é o facto de serem adaptados ao contexto e ao que pretendo da minha aprendizagem.

Com a aprovação do enfermeiro/a orientador/a, estabeleci objetivos direcionados para desenvolver competências técnico-científicas, éticas, morais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade especializados à pessoa em situação crítica e à família, em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos. A partir desse princípio, delineei objetivos específicos relativamente ao cuidado especializado à pessoa em situação crítica, permitindo desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/1996), ao enfermeiro especialista é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem e deverá desenvolver competências especializadas que decorrem do aprofundamento dos domínios como Enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A profissão exige, cada vez mais, por parte do enfermeiro que se diferencie e especialize. As competências comuns do enfermeiro especialista “(...) *envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

As competências comuns estão referenciadas no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019, publicado no Diário da República, como sendo organizadas por domínios, nomeadamente, Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em comum, todas requerem, por parte, do enfermeiro especialista uma atitude diferenciada de “(...) *conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional*

especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Seguidamente, serão abordadas as competências comuns que foram desenvolvidas durante a realização dos estágios.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Aprofundei este domínio em todos os contextos mencionados anteriormente ao delinear o objetivo geral: desenvolver competências técnico-científicas, éticas, morais e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade especializados à pessoa em situação crítica e à família em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos.

Em qualquer contexto, o enfermeiro especialista deve demonstrar um “(...) *exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4746).

Num contexto hospitalar, qualquer que seja o serviço, o ambiente que envolve o enfermeiro é *stressante*, complexo e hostil, sendo desafiante manter uma prática profissional baseada em princípios éticos e legais. Em várias ocasiões, os enfermeiros são confrontados com questões éticas que entram em conflito com valores pessoais. Tal dilema resulta em tomadas de decisão difíceis, e por vezes, em pouco tempo.

Felizmente, nos dias atuais, a pessoa já não é tida, apenas, na perspetiva de um ser biológico, mas também na esfera biopsicossocial e espiritual, o que exige ao enfermeiro uma maior atenção durante os cuidados, devido à complexidade inerente, garantindo assim, que se mantenha a sua humanização e o respeito pela dignidade.

Além disso, os momentos em que, os doentes se apresentam instáveis clinicamente, origina uma dificuldade acrescida para a equipa de enfermagem, sendo exigido aos enfermeiros especialistas que consigam adaptar-se e organizar-se em equipa, mantendo o respeito pelos princípios éticos, legais e deontológicos, preservando a qualidade e a humanização dos cuidados. Toda a prática clínica deve reger-se por este domínio, que deve ser aprimorado com os conhecimentos e a experiência adquirida durante a referida prática.

Ao realizar estes estágios, foquei-me em desenvolver competências éticas e aplicá-las na prática, com base nas orientações mais atualizadas e posteriormente, refletir sobre as minhas ações e definir os pontos a melhorar.

A estrutura da unidade de cuidados intensivos exige um maior cuidado para preservar o respeito pela intimidade do doente, visto ser uma unidade aberta e por isso, a utilização de cortinas é indispensável como uma barreira física em relação ao ambiente em redor. Sempre que os doentes precisavam de se deslocar para fora do serviço, era verificado se estavam apresentáveis, de forma a salvaguardar a sua dignidade. Durante a realização de procedimentos clínicos, tais como, os cuidados de higiene, aspiração de secreções ou tratamento de feridas, era assegurada a presença no local de profissionais estritamente necessários, de modo a garantir a privacidade e a confidencialidade dos cuidados prestados.

À posteriori, consigo aferir que respeitei o direito à confidencialidade da informação sobre os doentes, quer seja em passagem de turno, nos apontamentos retirados e história clínica recolhida do processo. Além disso, todos os dados retirados do processo do doente foram usados apenas para fins académicos e mantendo a sua privacidade. Este dever está contemplado no artigo 106º. da Deontologia Profissional:

“1 — O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;”.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Conforme o Regulamento n.º 140/2019, já mencionado, no domínio da melhoria contínua da qualidade é exigido um papel dinamizador na formulação e implementação de estratégias institucionais, bem como na supervisão de práticas integradas em programas de qualidade, garantido um ambiente de cuidados seguro.

A Organização Mundial de Saúde (2020), reconhece que a qualidade dos cuidados de saúde pode ter definições diferentes, porém, devem ser eficazes e baseados em evidências científicas atualizadas. Devem caracterizar-se por serem seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos e eficientes (World Health Organization, 2020).

Assim sendo, é expectável que o enfermeiro mobilize conhecimentos e práticas atualizadas e utilize essa informação para orientar projetos de qualidade, de modo a partilhar as

experiências divulgadas consideradas de sucesso. Para o efeito, promove a elaboração de protocolos, avaliação das intervenções implementadas, a realização de auditorias e divulgação dos resultados das atividades institucionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ao longo do tempo, foi possível observar a existência de vários programas de qualidade dos cuidados de enfermagem, o que se relevou de extrema importância, por ser uma via de partilha de conhecimento baseado na evidência científica, exigindo um contínuo aperfeiçoamento das competências teóricas e práticas, bem como a supervisão dos cuidados com o intuito de detetar erros. Normalmente, o processo consiste na realização de auditorias por parte dos enfermeiros da instituição, nomeadamente, perceber os pontos a melhorar com base nos resultados e avaliar as necessidades formativas da equipa.

Colaborei com o enfermeiro orientador na realização de auditorias clínicas centradas na avaliação do cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção no serviço de enfermagem médico-cirúrgica, com especial enfoque no cuidado ao doente crítico. Tive a oportunidade de conhecer e utilizar o software institucional destinado à aplicação de questionários normativos, elaborados com base nos critérios definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS), permitindo uma vigilância da conformidade com as boas práticas de prevenção e controlo de infeção. No âmbito da auditoria, participei na observação direta dos profissionais de saúde, com o objetivo de conferir a adesão às recomendações preconizadas, nomeadamente na higienização das mãos, uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), gestão de resíduos e assepsia de dispositivos invasivos. Posteriormente, o enfermeiro orientador, apresentou como exemplo, os resultados da última auditoria sob a forma de representações gráficas, utilizadas para facilitar a análise crítica da melhoria contínua na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Com o objetivo de contribuir para um ambiente de cuidados seguro, nomeadamente, a segurança na comunicação, utilizei a técnica ISBAR durante os momentos de passagem de informação a outro enfermeiro. A mnemónica diz respeito a I – Identificação; S – Situação Atual; B – Antecedentes; A – Avaliação; R- Recomendação (Direção-Geral da Saúde, 2017), permitindo que a informação clínica seja transmitida de forma organizada e esclarecedora.

Ao longo do período de estágio, verificou-se que a formação contínua constitui uma componente essencial da prática profissional, sendo operacionalizada através da realização periódica de ações formativas em Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte Imediato de Vida (SIV). Estas formações visam não apenas a consolidação dos conhecimentos

previamente adquiridos, mas também a atualização dos profissionais face às alterações introduzidas nas *guidelines* internacionais. Para além destas formações estruturadas, incentiva-se a participação dos enfermeiros em outras áreas formativas relevantes, fomentando-se a disseminação do conhecimento adquirido no seio da equipa multidisciplinar, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio, é solicitado ao Enfermeiro Especialista (EE) que, ao gerir os cuidados de enfermagem, seja capaz de otimizar a resposta da sua equipa, adaptando a liderança e a gestão de recursos à situação e ao contexto, mantendo assim, a garantia da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Inicialmente, para perceber o funcionamento e a dinâmica dos contextos, de forma aprofundada, foi fundamental realizar uma leitura das normas e protocolos do serviço e compreender como se orientavam num turno, qual a articulação que existia com outros profissionais de saúde e outros serviços da instituição. Esta preparação permitiu uma melhor integração na equipa multidisciplinar e no serviço.

Relativamente à colaboração na tomada de decisão, tive várias oportunidades de ser voz ativa junto à equipa de Enfermagem, com o objetivo de discutir situações clínicas e agir de acordo com o que seria mais benéfico para o doente (ex: administração da terapêutica intravenosa de acordo com a compatibilidade, avaliação de uma ferida ou úlcera por pressão, escolha de tratamento e avaliar quando se deve realizar a aspiração de secreções a um doente).

Houve momentos que a colaboração com outros profissionais de saúde, nomeadamente, com fisioterapeutas ou terapeutas da fala, referenciados pela equipa médica, foram cruciais para melhorar a avaliação do doente e ajudar a capacitá-lo, de forma a torná-lo mais independente nas atividades de vida diárias.

Em relação à questão da gestão de recursos disponíveis e adaptação da liderança de acordo com o local de trabalho e a equipa, tive a oportunidade de desenvolver em profundidade esta competência, solicitando para acompanhar de perto a atuação do chefe de equipa em alguns turnos e participar nas atividades, ou na gestão da sua liderança. Por exemplo, as tarefas efetuadas em cada turno, tal como, contagem de estupefacientes, verificação diária do carro

de emergência e a verificação de ventiladores, acrescentando ainda, as estratégias utilizadas para gerir a falta de recursos materiais ou de profissionais.

Em ambos os contextos, constatei que a colaboração entre a equipa nos cuidados, promove um ambiente positivo e traduz-se em profissionais mais satisfeitos e motivados. A liderança constitui um elemento estruturante no desempenho das equipas de enfermagem, influenciando diretamente a eficácia dos cuidados prestados e o ambiente de trabalho. A capacidade do líder em gerir conflitos, antecipar problemas, conseguir comunicar e resolver situações complexas de forma assertiva e empática, seja com profissionais de saúde, doentes ou familiares, pode ser determinante para assegurar um turno funcional e mais sereno. De acordo com Cummings et al. (2018), líderes com competências em inteligência emocional, comunicação eficaz e pensamento crítico, demonstram maior aptidão para interpretar o estado emocional da equipa e conseguir colaborar com diferentes personalidades, o que contribui significativamente para a criação de um ambiente de trabalho calmo, colaborativo e produtivo. Neste contexto, a liderança proativa, centrada nas pessoas e demonstrando-se presente para a equipa, revela-se essencial para a promoção da coesão e da segurança dos cuidados em enfermagem.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No decorrer do estágio em contexto de cuidados intensivos, um dos objetivos centrais foi o aprofundamento de conhecimentos específicos relacionados com as práticas clínicas e as dinâmicas particulares do serviço. Essa envolvência permitiu o contacto direto com temáticas complexas e diferenciadas, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências especializadas e para o reforço do raciocínio clínico em momentos críticos.

Os cuidados de saúde, especificamente os de Enfermagem, exigem uma atualização constante sobre as melhores práticas e devem ser aprofundados conhecimentos com frequência de modo que se reflita numa melhor prática. Por isso, o desenvolvimento do autoconhecimento e da *praxis* clínica é uma competência imposta para o enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De acordo com Benner (2019), o enfermeiro que se integra num novo contexto clínico, deve basear-se nas suas experiências anteriores, para o desenvolvimento de competências mais avançadas, num percurso que evolui do nível principiante ao nível de perito, através da experiência prática e da reflexão sobre a ação.

No meu caso, os dois contextos de estágio representaram uma experiência totalmente nova, dado que, durante a licenciatura e na prática profissional até ao momento, não estagiei ou exerci em serviços com características semelhantes, nomeadamente no âmbito dos cuidados intensivos polivalente e unidade de pós-operatório da pessoa em situação crítica.

Esta ausência de familiaridade inicial exigiu uma maior capacidade de adaptação, aprendizagem ativa e construção progressiva de conhecimentos específicos. Adicionalmente, o Modelo de Desenvolvimento de Competências de Dreyfus e Dreyfus (1986), que Benner adaptou à enfermagem, reforça a ideia, de que a passagem de um nível inicial para níveis mais avançados de competência ocorre gradualmente, à medida que o profissional é exposto a situações reais, repetitivas e complexas.

Desde o início, avaliei quais os meus pontos fortes e fracos como enfermeira de cuidados gerais, ou seja, quais as competências já adquiridas na minha experiência profissional que poderiam ser utilizadas durante o estágio e quais as competências que teria de desenvolver. Os objetivos definidos de acordo com o contexto e em consonância com o enfermeiro orientador, permitiram delinear uma estratégia de aprendizagem.

Ao longo deste percurso académico, julgo que demonstrei como ponto forte, a minha capacidade de comunicação e de criar uma relação empática e transmitir segurança para o doente e para a família. Penso ter conseguido gerir as emoções em situações desafiadoras e experiências novas, tais como, descompensações hemodinâmicas, administração de terapêutica baseada em protocolos complexos (*sugar one*, técnica de substituição renal), e transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Julgo que, desde o primeiro turno me adaptei facilmente à dinâmica da equipa multidisciplinar tendo a capacidade de comunicar e colaborar com todos, garantindo sempre o princípio do respeito e do profissionalismo.

Assim, este estágio e o mestrado em que está inserido, constituiu uma oportunidade de aquisição de competências técnicas e científicas, e também um crescimento profissional e pessoal, permitindo consolidar o raciocínio clínico, desenvolver autonomia e integrar os cuidados de forma segura, ética e centrada no doente.

Durante o mestrado, tive a oportunidade de assistir a um “Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem” entre 17 e 18 de outubro de 2024 (ANEXO I), que teve o foco na educação em enfermagem em Portugal e com apresentação de trabalhos

de investigação na área de enfermagem, através de *posters* ou comunicações. O evento permitiu a partilha de experiências entre enfermeiros, docentes e alunos e assim, promoveu a reflexão sobre as práticas pedagógicas e a necessidade de adaptá-las ao corpo estudantil. A apresentação de trabalhos de investigação lembrou a importância da articulação entre ensino, investigação e prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento contínuo da profissão.

Posteriormente, foi possível participar no “Lusíadas Nursing Summit” (ANEXO II) com o intuito de assistir a diversos debates sobre a tecnologia, inovação e futuro de enfermagem, bem como a sua relevância para a saúde, tendo apresentado um poster com o tema “Estratégias de Controlo de Temperatura Corporal na Pessoa em Situação Neurocrítica: Um Protocolo de Revisão Scoping” (APÊNDICE I).

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Relativamente ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e os objetivos delineados nos projetos de estágio em qualquer contexto são executados de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela OE.

O EEEMC na área à pessoa em situação crítica, presta cuidados de Enfermagem especializados, “(...) *altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362). Deve responder às necessidades afetadas e “(...) *manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no domínio da pessoa em situação crítica, abrangem o doente, a sua família, ou cuidador, sendo necessário promover uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto. A recolha da história clínica associada a uma observação sistemática, permite ao profissional tomar decisões clínicas fundamentadas e implementar intervenções de forma rápida, eficaz e segura. Neste âmbito, o enfermeiro especialista revela-se capacitado a intervir de forma precisa, oportuna e adequada às necessidades identificadas, conforme preconizado no Regulamento n.º 429/2018 publicado pela Ordem dos Enfermeiros.

3.2.1. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

3.2.1.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Neste estágio, decidi aprofundar uma das competências mais significativas do enfermeiro especialista, no que respeita, à relação construída com a família da pessoa em situação crítica. A partir deste conceito, o enfermeiro orientador sugeriu incluir a filha na observação dos cuidados de enfermagem à mãe internada na unidade de cuidados intensivos. Este momento foi possível, após uma conversa com a mesma, assegurar que se sentia preparada para estar presente.

Decorreu no período da manhã, num momento de cuidados de enfermagem à doente Sr.^a M. Por já ter estado ao cuidado do enfermeiro orientador há alguns turnos permitiu, previamente, a existência de interação com a familiar de referência. A Sr.^a M. deu entrada no serviço, por alteração do estado de consciência com possíveis diagnósticos de variante do Síndrome Miller-Fisher vs. Ganglionopatia sensitiva. No início do turno, a doente encontrava-se sob sedação de propofol. No entanto, com o objetivo de ser realizada a avaliação neurológica, foi suspensa a perfusão durante algum tempo.

O momento escolhido para a filha assistir aos cuidados de enfermagem à Sr.^a M., aconteceu quando a doente se encontrava mais reativa, com score de 0/-1 numa escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) e a sua presença permitiu avaliar que tipo de reação a doente teria com a filha.

A filha pôde assistir à realização de alternância de decúbitos, aos cuidados à prótese ventilatória, higiene oral e aspiração de secreções. Não obstante, foram previamente explicados todos os detalhes das intervenções, de forma a não ser surpreendida pelas mesmas. Permaneceu durante todo o processo na unidade da doente, ouvindo as explicações dos cuidados enquanto eram realizados. No final, solicitamos que se aproximasse novamente da mãe, a fim de interagir com a mesma. Todo o momento ocorreu sem percalços e a familiar ficou agradecida por ter sido incluída nos cuidados.

A situação reforçou a importância de promover o envolvimento da família nos cuidados e ter essa iniciativa é, uma particularidade que diferencia o enfermeiro especialista, mostrando

a qualidade dos cuidados prestados, a atenção e a disponibilidade para envolver a família da pessoa em situação crítica.

A família é muito importante no processo de transição saúde-doença e na recuperação do doente crítico. Como referido em Hope, (2020), o internamento do doente numa UCI influencia também a família negativamente com ansiedade, depressão ou problemas financeiros. Logo é, de sobressair, que o nosso cuidado e preocupação também devem envolver a mesma.

Este momento revelou-se um momento de aprendizagem a nível pessoal e profissional. Foi, assim possível, experienciar a auto-transcendência, como descrita por Pamela Reed. Pela perspetiva intrapessoal, originou uma reflexão sobre o impacto que a atuação do enfermeiro tem tanto no doente, como sobre os seus familiares. Reconheci o meu valor como ponte entre o sofrimento e o alívio, entre a incerteza e a confiança.

No plano interpessoal, a relação estabelecida com a filha foi genuína e terapêutica. A partilha de informação clara, o acolhimento e o cuidado com o seu bem-estar, criaram um ambiente de segurança emocional, tão essencial no contexto da UCI. Ao integrá-la no cuidado, mesmo que tenha sido apenas a observar, promovi um espaço onde o vínculo afetivo foi valorizado.

Por fim, este momento caracteriza-se por valorizar a técnica e a eficácia clínica, mas predominantemente, a espiritualidade do cuidado ao materializar o conceito de humanização do cuidado em ambientes altamente tecnológicos, muitas vezes marcados pela frieza dos procedimentos.

Ao longo do estágio, foi evidente a necessidade de atuar de modo a assegurar o bem-estar físico do doente, mas também, apoiar emocionalmente os seus familiares ou cuidadores. Com o objetivo de evitar os efeitos cognitivos e comportamentais dos traumas das famílias realizei intervenções que transmitam segurança e confiança.

Uma das primeiras intervenções relevantes, consiste no acolhimento da família, especialmente no momento do primeiro contacto com a unidade. Esta abordagem incluiu a apresentação do espaço físico, explicação dos equipamentos presentes e esclarecimento das regras da unidade. Isto, com o intuito de reduzir o impacto emocional e a ansiedade inerentes à hospitalização em ambiente crítico e assim, aumentar a confiança na equipa (Shirasaki, K., et al. (2024). A utilização de uma comunicação clara, empática e adaptada ao nível de literacia da família é significativo para a construção de uma relação terapêutica baseada em

confiança, caracterizada por uma escuta ativa e partilha de informação, de forma contínua de ambas as partes.

Apesar disso, ainda ocorre com frequência os familiares terem pouca informação ou muita vaga, relativamente à condição clínica (Nygaard A., 2022) e como pude comprovar, no contacto com a filha da Sr.^a M., só um dos médicos é que lhe transmitiu informação mais direta e simplificada. Assim sendo, disponibilizei-me para esclarecer questões relativamente à área de enfermagem e informei o médico responsável pela doente que, a filha gostaria de receber mais informações clínicas.

Ao longo da permanência do doente na UCI, procurei envolver a família nos cuidados, sempre que fosse clinicamente viável, reconhecendo o seu contributo para a estabilidade emocional do doente e a sua influência positiva no processo de recuperação. Num contexto de unidade de cuidados intensivos é mais difícil encontrar intervenções nas quais os familiares possam participar devido aos riscos associados. A promoção da participação da família em cuidados simples (como o toque, a hidratação dos lábios ou a verbalização de apoio) demonstrou ser uma estratégia eficaz para manter o vínculo afetivo e humanizar o ambiente de cuidados.

Outro eixo fundamental do apoio prestado foi o acompanhamento emocional, estando particularmente atenta a momentos de maior fragilidade emocional por parte dos familiares, frequentemente marcados por sentimentos de medo, incerteza ou frustração. Nesses momentos, procurei demonstrar uma postura de escuta empática e validação das emoções expressas, oferecendo suporte emocional e esclarecimentos relativamente à área de enfermagem, por exemplo, explicar a rotina diária do doente, informar sobre o seu estado clínico com uma linguagem adequada e/ou explicar todo o equipamento inserido no ambiente do doente e a sua função.

Para envolver no tratamento, alguns exemplos de estratégias a utilizar são a flexibilidade no horário das visitas, a comunicação frequente entre profissionais de saúde e família, e o envolvimento da família em decisões relativamente a limitação de terapêuticas ou planos de alta, sempre que, possível e apropriado, com o objetivo de contribuir para uma maior aceitação e satisfação com os cuidados prestados (Curtis et al., 2016). Em particular, neste caso, foi permitido que, por viver longe, a filha visitasse a mãe num horário diferente do estipulado. Em diferentes ocasiões, foi o enfermeiro responsável pela Sr.^a M. que fez a ponte de ligação entre a filha e o médico assistente.

Estas experiências vieram reforçar o ponto de que, o enfermeiro, no contexto da UCI, não cuida apenas da pessoa em situação crítica, mas também da sua família. Esta vertente permite o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, éticas e técnicas, sendo fundamental para a qualidade global dos cuidados prestados.

a) Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

Ao longo do processo de estágio, colaborei nos cuidados a doentes com sedação no pós-operatório e à realização da avaliação da dor utilizando diferentes escalas adaptadas à pessoa e à sua situação clínica. Pelas diferentes experiências que vivenciei, consigo perceber que a avaliação da dor, é uma intervenção que precisa de aperfeiçoamento e de ter um conhecimento aprofundado sobre as diferentes escalas. Utilizam-se escalas de avaliação de dor, de acordo com o nível de sedação do doente.

Segundo a DGS (2011), a dor é um dos sinais vitais mais complexos de perceber e envolve dimensões biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais e comportamentais. Trata-se de um fator de extrema importância para o bem-estar da pessoa, especialmente no período pós-operatório. Cabe ao enfermeiro reconhecer a relevância da avaliação da dor e saber adequar os diferentes instrumentos disponíveis às necessidades de cada pessoa e à sua condição clínica.

O ponto de partida para aprofundar a competência sobre a gestão e avaliação da dor ocorreu no período da manhã, quando, em colaboração com o enfermeiro orientador, prestávamos os cuidados a um doente em pós-operatório submetido a uma antrectomia, com montagem da gastroenterostomia em Y-Roux e duodenostomia suportada por Foley. No início do turno, encontrava-se sob sedação de propofol, avaliado com um score de -5 na escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale). Nesse momento, foi utilizada a escala BPS (Behaviour Pain Scale). Quando o doente apresentou maior reatividade e foi avaliado com um *score* de 0 na escala de RASS, tornou-se possível sua colaboração na heteroavaliação da dor.

Permitiu assim adaptar as diferentes escalas de avaliação de dor à situação clínica do doente, consoante o seu estado de consciência e por conseguinte, colocar em prática os meus conhecimentos neste âmbito.

No geral, sinto que a avaliação e gestão da dor correram bem e que as escalas foram sempre aplicadas de forma adequada. Aparentemente, o doente manteve-se sempre confortável. Sempre que estava consciente e era questionado em relação a avaliação da dor, confirmava que não sentia dor. O ponto que contribuiu para garantir que o doente não tivesse dor, ou que esta fosse mínima, foi o facto de ter prescrita analgesia em esquema. No entanto, as intervenções não farmacológicas também são significativas para a redução da dor e consequentemente, da ansiedade e complicações associadas ao *stress*.

Neste caso, considerando que o doente, durante a maioria do turno, encontrava-se em -5 na escala de RASS, as estratégias utilizadas foram adaptadas à sua situação clínica. Assim sendo, proporcionar um ambiente tranquilo, com iluminação suave, temperatura adequada e privacidade, favorece o relaxamento e diminui os estímulos que possam aumentar a dor. A presença empática do enfermeiro, a observação contínua e escuta ativa são fundamentais, principalmente quando o próprio não consegue verbalizar. Sempre que possível, o envolvimento da família ou cuidadores, reforça o suporte psicológico e contribui para o conforto do doente. Exercícios respiratórios e mudanças de decúbito frequentes, adaptadas à condição do doente também contribuíram para prevenir a dor descontrolada.

Outras intervenções não farmacológicas muito utilizadas em pós-operatório são físicas, como a aplicação de calor local (em situações apropriadas) para promover a vasodilatação e o relaxamento muscular, ou o frio para reduzir o edema e a inflamação.

Como referido por Marques R. et al. (2022), a dor é multidimensional e subjetiva, sendo mais eficaz se a avaliação for feita pela própria pessoa. Porém, isto não é possível em doentes sedados e ventilados em contexto de unidades de cuidados intensivos. Continua a ser um desafio a avaliação da dor em doentes sedados, por não conseguirem expressar o que sentem. A escala Behaviour Pain Scale é utilizada nestes casos específicos por abranger expressões faciais, movimentos das extremidades dos membros superiores e conforto com o ventilador (Wandrey, J. D. et al. (2023). Foi esta a escala utilizada na situação retratada. Porém, alguns estudos como o de Batalha et al. (2013), referem as suas limitações, como não ser possível avaliar a localização, a intensidade ou tipo de dor. Além disso, os pontos utilizados para avaliação, como a capacidade de mobilização dos membros podem ser influenciados por farmacologia, contensão física ou fraqueza do doente.

À posteriori, decidi procurar mais escalas de avaliação de dor para o contexto de unidade de cuidados intensivos. No mesmo artigo de Marques R. et al. (2022), é mencionada a escala

Critical – Care Pain Observation Tool (CPOT), escala utilizada com frequência nestas situações e é constituída por quatro categorias diferentes que abrangem as expressões faciais, movimentos corporais, tensão muscular e conforto com o ventilador (para doentes ventilados) ou vocalização (para doentes não ventilados). Pode ser usada em doentes que não conseguem comunicar verbalmente ou utilizar gestos, estando ou não ventilados. Segundo Latorre-Marco I. et al (2015), ao comparar a escala BPS e CPOT refere que o total de pontos é sempre menor do que o score das escalas numéricas ou visuais. Para colmatar esta falha, o referido artigo, propõe a utilização da Campbell Scale, elaborada especificamente para avaliação e quantificação da dor, constituída por cinco indicadores comportamentais: musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, resposta verbal e confortabilidade. O total de pontos varia entre 0-10, que se assemelha mais à escala numérica mais utilizada. No entanto, ainda não é uma escala validada.

Durante o estágio na UCI, utilizei a escala para avaliar a dor de alguns doentes e assim, poder comparar resultados com a escala designada no serviço. No entanto, neste caso, não foi partilhado com a equipa por não existirem resultados suficientes.

A minha perceção, é de que a avaliação e a gestão da dor são temas muito complexos, contudo, efetivamente, não podem ser desvalorizados, e, tem uma maior importância no âmbito cirúrgico. Apesar de existirem várias escalas de avaliação de dor validadas e que são utilizadas na prática clínica, é essencial que o enfermeiro especialista procure por informação mais atualizada relativamente a escalas de avaliação de dor, de modo a identificar quais as que fazem mais sentido, para utilizar no contexto de cuidados intensivos.

Consequentemente, a aplicação de intervenções não farmacológicas no pós-operatório também deve ser integrada no plano de cuidados, e se, forem planeadas e executadas de acordo com o tipo de cirurgia, a condição clínica do doente e as suas necessidades, são indispensáveis para uma boa recuperação.

b) Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Outra característica que deve ser aprofundada por um enfermeiro especialista, principalmente, num contexto de cuidados intensivos, é a comunicação com o doente ventilado/sedado.

No decorrer do presente estágio, a partir de uma situação que ocorrera durante um turno, foquei-me em desenvolver a competência relativa à comunicação. Este caso envolvia o Sr. J., que foi admitido na unidade de cuidados intensivos por hipercalcemia grave e alteração do estado de consciência.

Nos turnos anteriores, encontrava-se sedado com propofol e sob ventilação mecânica invasiva. O plano de ação nesse turno era realizar desmame da sedação, para uma eventual avaliação neurológica. Portanto, o doente apresentava-se mais reativo aos estímulos verbais, com abertura ocular espontânea e a cumprir ordens simples.

Assim, permitiu que ao longo do turno, interagíssemos por gestos e estabelecemos comunicação não-verbal. Em vários momentos, quando o Sr. J. se apresentava consciente, foram realizadas tentativas de comunicação utilizando diferentes estratégias. Primeiro, comecei por avaliar se o doente estava consciente a fim de entender, o que lhe transmitia e se, apesar de estar a ser reduzida a sedação não se encontrava muito agitado e conseguiria colaborar com a equipa.

Houve um momento em que conseguimos que respondesse a questões simples, através de gestos como “pisar os olhos” ou “apertar a mão”. Porém, no final das interações, estas tentativas de comunicação, desencadearam a agitação do doente, devido a querer manifestar-se e tentar falar. De imediato, foi reforçado, que ele não poderia falar atendendo aos riscos de ainda estar ventilado. Por conseguinte, o processo de comunicação foi interrompido.

Ao analisar a situação *à posteriori*, percebi a importância de construir uma relação de confiança com o doente, permitir que conheça o enfermeiro e se sinta à vontade numa situação que, por si só, pode ser considerada desafiante e assustadora na perspectiva do mesmo. Da situação descrita, é possível realçar como a comunicação pode fazer diferença no tratamento, visto que “(...) a comunicação é um elemento essencial na interação humana e, conseqüentemente, nos cuidados de enfermagem. Diversos estudos evidenciam dificuldades de comunicação em doentes ventilados em Unidades de Cuidados Intensivos, e como conseqüências negativas para os doentes destacam-se o stress, o medo a raiva e ainda o sentimento de frustração.” (Pina et al., 2020, p.2).

Saber as diferentes estratégias para ultrapassar a barreira da comunicação e adaptá-las ao doente e à sua situação clínica é essencial. Numa situação futura, ajudará ter disponíveis diferentes instrumentos a utilizar numa comunicação não verbal como “(...) por exemplo, discurso, texto, gestos, linguagem gestual, símbolos, imagens, dispositivos eletrônicos

geradores de fala, entre outros.” (Pina et al., 2020, p.2). As variadas formas de comunicação têm de ser utilizadas conforme a pessoa, as suas características, a sua condição e o ambiente que envolve. Como referido em Pina et al., (2020), os instrumentos utilizados podem variar ao longo do internamento do doente, tendo de se ter em consideração o nível de sedação e o contexto clínico, além do objetivo da comunicação.

O controlo do ambiente que envolve o doente é um fator importante para atingir melhores resultados, visto que, se fosse mais silencioso e calmo, o doente estaria mais tranquilo e iria compreender-nos mais claramente. Os vários momentos em que ocorreu a interação aconteceram espontaneamente após realizar alternância de decúbitos ou a administração de terapêutica.

Ao pesquisar sobre o tema, informei-me melhor sobre a Comunicação Aumentativa e Alternativa, técnicas utilizadas em doentes ventilados nos cuidados intensivos. A primeira técnica refere-se ao tipo de comunicação que não seja a fala e a aumentativa consiste em promover e apoiar a fala. Dividem-se em quatro componentes: símbolos, produtos de apoio, técnicas e estratégias (Beukelman & Light, 2020). Os símbolos podem ser usados pelo próprio indivíduo ou utilizando objetos. Os produtos de apoio referem-se ao material utilizado para transmitir a mensagem e as técnicas consistem na forma como a mensagem é transmitida.

A situação reforçou a importância da comunicação no processo clínico do doente, principalmente internado numa unidade de cuidados intensivos e por consequência a sua influência na colaboração dos cuidados. Um doente, como o Sr. J., por estar ventilado mecanicamente, limita a comunicação verbal e prejudica também a relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro (Pina S. et al., 2020).

Para o meu futuro profissional é uma temática relevante devido às vantagens que proporciona ao doente, à família e à equipa multidisciplinar no processo saúde-doença, sendo que, no âmbito do cuidar são transversais e a sua aplicação reflete-se na prática ao evitar o surgimento de *stress*, medo, raiva, frustração e desesperança.

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

As formações permitem que os enfermeiros se adaptem a novas normas, podendo ser a nível teórico ou prático, como acontece, na realização de simulacros. Tive a oportunidade de assistir a um simulacro na área da prevenção de catástrofes.

A participação no simulacro permitiu compreender melhor o protocolo institucional, como é aplicado na prática e as competências técnicas integradas num simulacro. Realçou, também, a importância de uma comunicação clara, de gestão eficiente do tempo e dos recursos, bem como da capacidade de tomar decisões rápidas sob pressão. Além disso, reforçou o quanto é essencial a gestão das emoções e do trabalho em equipa em cenários de elevada complexidade.

Define-se catástrofe como um acontecimento que origina danos, quer seja material ou perdas humanas. Porém, numa escala de grande dimensão e com necessidade de auxílio vindo de fora da zona atingida (ICN, 2019). E segundo Tavares (2021), esta ocorrência gera desordem e caos, por isso, a existência de uma equipa multidisciplinar, com gestão no âmbito organizacional, possibilita minimizar as consequências dos danos.

Os enfermeiros têm de estar preparados para reagir na eventualidade da ocorrência de uma situação de emergência ou catástrofe. No primeiro estágio, que realizei num serviço de urgência, por ser um centro de trauma de Lisboa, é frequente proceder-se à realização de simulacros com o envolvimento da equipa multidisciplinar da instituição, e envolvendo a atuação com entidades externas para assegurar uma boa coordenação e sensibilizar os profissionais. A situação que presenciei teve a intervenção do aeroporto, de várias viaturas médicas, atores caracterizados para o momento, bem como com uma equipa multidisciplinar, preparados com a função que têm definida, conforme registado em fotografias (APÊNDICE II).

Nas situações de catástrofe, procede-se à realização de Triagem Primária, seguindo a lógica de ABC, que permite identificar o doente crítico e não-crítico, bem como, classificar em diferentes categorias dependendo da gravidade do seu quadro clínico. A cada doente é atribuída uma prioridade: verde, amarelo ou vermelho. De seguida, são distribuídos por zonas diferentes de acordo com a sua prioridade. É essencial a realização da triagem secundária, pois existe a probabilidade de o doente sofrer alterações no seu estado clínico e consequentemente, ter de mudar a prioridade e ser necessário, ter outro tipo de vigilância.

O sistema de ativação de ajuda em situações de emergência divide-se em três etapas. A primeira etapa, denominada - Fase de Alerta, na qual, ocorre um contacto telefónico com a instituição e rapidamente, deverá ser comunicado ao chefe de equipa do SU, ou, ao diretor clínico do referido serviço. A segunda etapa - Fase de Alarme, em que se coordenam todas as ações dirigidas à resolução deste acontecimento, de acordo com o nível de gravidade declarado. Por último, a - Fase de Execução, em que são notificadas as diferentes áreas do Hospital, para a execução de procedimentos de emergência externos, específicos para as áreas respetivas.

Durante o simulacro, tive a oportunidade de observar detalhadamente a Fase de Execução, na qual foram distribuídos a todos os elementos cartões de ação, que identificam o setor em que se integram, bem como a definição de recursos, áreas e a reestruturação dos vários serviços de apoio, como a farmácia e o serviço de imuno-hemoterapia. Além disso, foi possível depreender que as prestações de cuidados consideradas prioritárias são: controlo de hemorragias, imobilização, monitorização, bem como gestão das vias aéreas, com dispositivos apropriados em contexto de trauma. A execução de todos estes procedimentos, foram executados sem descurar a implementação de medidas de controlo de infeção, em todos os momentos.

As urgências são o principal centro de referência dos cuidados às populações em situações de catástrofes ou emergências e por vezes, a maior dificuldade sentida é a quantidade enorme de doentes em situação crítica que necessitam de cuidados especializados em simultâneo. Para garantir que o maior número de doentes recebe cuidados de qualidade, é necessário que haja uma boa gestão dos recursos e de prioridades. Utiliza-se, por isso, a aplicação do método de triagem em massa, identificando prioridades de atendimento.

Prepararem-se para estas situações é difícil pela afluência de trabalho constante neste serviço, existindo menos tempo disponível para consciencializar a equipa e pôr em prática os conhecimentos. Assim sendo, é necessário preparar a equipa para possuir competências comportamentais, nomeadamente, capacidade de atuar sob pressão, demonstrando controlo emocional, resiliência e adaptação a ambientes hostis e imprevisíveis.

Por fim, deve ser realizada uma reflexão crítica sobre as decisões tomadas e identificação de áreas a melhorar com o *debriefing*.

A partir desta situação, depreendi que o enfermeiro tem um papel importante na coordenação e divulgação do plano de emergência e catástrofe junto da equipa, garantindo que os

simulacros são realizados periodicamente, principalmente, para perceber as principais falhas. Adapta a resposta conforme a situação e implementa medidas para corrigir inconformidades.

Participa ativamente na revisão e atualização deste plano, em conjunto com a equipa multidisciplinar. Demonstra conhecimento sobre os diferentes tipos de catástrofes e as respetivas implicações para a saúde, tal como os protocolos da instituição.

Na gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção ou catástrofe, lidera a distribuição de tarefas entre os membros da equipa, avaliando continuamente a articulação e eficiência da mesma.

No estágio da UCI, a equipa de enfermagem integrava a equipa de resposta rápida da unidade hospitalar e teve a oportunidade de colaborar com o enfermeiro orientador, na elaboração de um instrumento de apoio à situação de emergência intra-hospitalar (APÊNDICE III). Este documento foi estruturado de forma a ser de fácil leitura e preenchimento, com o objetivo de auxiliar o enfermeiro na recolha e obtenção do máximo de informação possível, e ser posteriormente registada no sistema. Tive também a oportunidade de aplicar este instrumento numa situação real, o que me permitiu identificar falhas e proceder às respetivas melhorias.

3.2.1.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Em qualquer contexto, é de extrema importância a atuação do enfermeiro especialista no controlo de infeção, quer seja, na utilização de equipamento de proteção individual ou na gestão do espaço. Por exemplo, uma intervenção considerada diferenciadora passa por ter o cuidado de colocar uma pessoa imunodeprimida numa zona mais resguardada da sala de ambulatório, a fim de evitar infeções cruzadas.

Esta ação relembra que, decisões clínicas aparentemente simples podem influenciar significativamente a evolução do estado de saúde do doente, promovendo melhores desfechos clínicos, através da prevenção de complicações. Simultaneamente, é da responsabilidade do enfermeiro identificar e comunicar à equipa multidisciplinar práticas de risco, promover medidas de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde

(IACS), assegurar a adesão às diretrizes institucionais e monitorizar a sua correta execução, implementando planos de ação e programas de formação contínua.

“Considerando o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita, quer sejam de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida, o enfermeiro responde eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Em ambos os contextos, verifiquei a existência de programas de qualidade para controlo da infeção, constituídos por uma equipa multidisciplinar, nomeadamente, enfermeiros especialistas, dado que têm um papel importante em demonstrar *“(...) conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362) ao divulgar o seu conhecimento pela equipa.

Ao longo do estágio na UCI, verifiquei que a admissão de um novo doente representa um momento crítico, pois, frequentemente, o diagnóstico etiológico completo ainda não foi estabelecido, o que aumenta o risco de exposição a agentes patogénicos, incluindo microrganismos multirresistentes ou infeções emergentes (World Health Organization [WHO], 2020).

O uso rigoroso de EPI, como luvas, bata, máscara cirúrgica ou respirador (conforme avaliação do risco), proteção ocular e outros equipamentos conforme protocolo, diminui significativamente a probabilidade de transmissão cruzada e protege os profissionais em procedimentos de risco, como intubação, aspiração traqueal ou manipulação de fluidos corporais.

Ademais, é fundamental que os profissionais de saúde recebam formação contínua sobre o uso, colocação, remoção e descarte apropriado dos EPI, assim como, sobre a importância da adesão a protocolos de precauções padrão e por transmissão, reforçando a cultura de segurança institucional (Silva et al., 2021).

4. ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DA TEMPERATURA CORPORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA

O mestrado em Enfermagem constitui uma etapa fundamental na formação avançada do enfermeiro, promovendo o desenvolvimento de competências de investigação, éticas e de gestão, que serão necessárias para uma prática profissional qualificada e baseada em evidências científicas. Simultaneamente, o processo de elaboração da *scoping* ajuda no desenvolvimento de competências científicas desenvolvidas no âmbito do mestrado.

No cuidado à pessoa em situação neurocrítica, a atuação do enfermeiro exige competências específicas relacionadas à monitorização contínua, à tomada de decisões rápidas e fundamentadas, bem como à implementação de intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível. Uma dessas intervenções de destaque refere-se às estratégias de controlo da temperatura corporal, que desempenham um papel crucial na evolução clínica de doentes neurocríticos.

A elaboração de uma revisão de *scoping* pode acontecer por diversas razões, sendo que, neste caso, ter como objetivo mapear os conceitos-chave de um determinado tema e assim, esclarecer definições e limites conceptuais de um tema (Arksey & O'Malley, 2005).

A temperatura corporal, sendo um dos cinco sinais vitais, é inerente à prática dos cuidados de enfermagem em qualquer contexto, pelo que o enfermeiro deverá conhecer o seu significado e intervir no mesmo. No entanto, em unidades como, o serviço de urgência ou unidade de cuidado intensivos, a importância do controlo de temperatura aumenta, porque o doente alvo destes ambientes, encontra-se frequentemente, instável a nível hemodinâmico e com o risco acrescido de infeção devido a todos os dispositivos implantados. O aumento ou a diminuição da temperatura corporal é considerado um sinal de alerta e além disso, uma influência para o quadro clínico, nomeadamente, em doentes neurocríticos.

O controlo da temperatura corporal é uma componente fundamental na prestação de cuidados ao doente neurocrítico. Após uma lesão neurológica, o cérebro encontra-se mais vulnerável a danos secundários tais como isquémia, edema, alterações metabólicas, entre outros que podem aumentar a zona da lesão (Madden et al., 2017).

A pessoa que se encontra em situação crítica é, segundo a Ordem dos Enfermeiros, “(...) *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.” (Diário da República, 2018).

Esta revisão sistemática foca a pesquisa na pessoa em situação crítica com patologias que afetam o sistema neurológico, destacando o traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral (isquémico, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnóidea), estado mal epilético entre outras (Neurocritical Care Society, 2024).

Alterações da temperatura corporal, tais como, a hipotermia e a hipertermia, têm sido associadas a um pior prognóstico na pessoa em situação neurocrítica (Thompson et al., 2010; Madden et al., 2017).

A hipertermia pode contribuir para o aparecimento de lesões secundárias, e consequentemente, resultando numa maior morbilidade e mortalidade (Madden et al., 2017). Ao existir o aumento do metabolismo, aumenta também, a necessidade de oxigénio e glucose. Num cérebro comprometido com alterações na autorregulação, estas situações podem aumentar o fluxo sanguíneo cerebral e por consequência, a pressão intracraniana (Cairns & Andrews, 2002).

Além disso, a hipotermia é reconhecida pela sua capacidade de preservação tecidual e celular perante alterações metabólicas. Pode ser classificada em hipotermia leve (32.°C-35.°C), moderada (28.°C-32.°C) ou severa (<28.°C). A alteração da temperatura corporal pode resultar em complicações, tais como a coagulopatia, imunossupressão e arritmias cardíacas (Thompson et al., 2010; Carney et al., 2016).

Cairns & Andrews (2002), Madden et al. (2017), Thompson et al. (2010) e Carney et al. (2016) têm desenvolvido os dois conceitos anteriormente mencionados, de modo a compreender o real impacto que podem ter no doente crítico ou neste caso no doente neurocrítico. Apesar dos vários estudos atuais, ainda é um desafio identificar quais são as estratégias de controlo da temperatura corporal mais eficazes e seguras, bem como o impacto que têm na mortalidade e morbilidade destes doentes.

Os cuidados de enfermagem “(...) *exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, (...) de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.*” (Diário da República, 2018, p.1).

De entre as variadas estratégias descritas na literatura para controlo da temperatura corporal, destacam-se as farmacológicas, as não farmacológicas ou uso de dispositivos invasivos. É possível medir utilizando diferentes métodos como, por exemplo, a temperatura timpânica, sonda de temperatura na axila ou virilha, dispositivos invasivos (sonda vesical ou esofágica), bem como sensores colocados no parênquima cerebral que permitem a monitorização da temperatura central (Lopes, H., 2011). Essa diversidade de abordagens inovadoras realça a necessidade de mapear e sintetizar as evidências existentes.

Uma busca preliminar nas bases de dados não identificou revisões sistemáticas ou de *scoping* recentes ou em desenvolvimento sobre estratégias de controlo de temperatura no doente neurocrítico, o que reforça o interesse desta revisão.

Pretende-se explorar a diferença entre o conceito de hipotermia induzida *versus* normotermia controlada, identificando as estratégias que podem ser aplicadas no controlo da temperatura corporal, bem como as possíveis consequências das mesmas, nomeadamente relacionadas com o tempo de indução de hipotermia, de manutenção e ritmo de reaquecimento.

A revisão *scoping* pretende dar resposta à questão: Quais são as estratégias de controlo da temperatura corporal na pessoa em situação neurocrítica?

Esperamos que a síntese desse conhecimento possa contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação neurocrítica.

Após uma primeira investigação sobre o tema, foram seleccionados critérios de inclusão, segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters, et al., 2020), e estabelecidos critérios de elegibilidade baseados nos componentes de Participantes, Conceito e Contexto (PCC).

Os participantes consistem numa população adulta com idade igual ou superior a 18 anos com patologias neurocríticas: Hemorragia Subaracnóidea (HSA), Traumatismo Cranioencefálico (TCE), Acidente Vascular Cerebral hemorrágico e isquémico (AVC). O conceito engloba estudos que abordem estratégias de controlo da temperatura. O contexto inclui estudos realizados no âmbito dos cuidados intensivos, unidade de cuidados intensivos polivalente e unidades de cuidados intensivos neurocríticos.

Esta revisão *scoping* considerou diversos desenhos de estudo para inclusão. Incluiu, também, estudos experimentais e quase-experimentais, tais como: ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos não randomizados e estudos comparativos. Além disso, considerou estudos

observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte, estudos de caso-controle, análises *post hoc*, e estudos transversais analíticos que explorem associações entre variáveis e desfechos clínicos.

Esta revisão também inclui estudos descritivos e estudos de prevalência que documentam a ocorrência de fenômenos específicos e suas características. Revisões de literatura, incluindo revisões sistemáticas, revisões narrativas e revisões de consenso baseadas em metodologias estruturadas, como o método Delphi, foram incluídas devido à sua capacidade de sintetizar evidências existentes, desde que sejam relevantes para a questão de investigação e cumpram os critérios de inclusão.

Neste sentido, a realização da revisão *scoping* prende-se com a necessidade de mapear a evidência encontrada sobre as estratégias de controle da temperatura e a sua importância do controle da temperatura no doente neurocrítico. Deste modo, é possível identificar lacunas de conhecimento, podendo constituir uma ferramenta informativa importante para apoiar a tomada de decisão e orientar a prática clínica dos enfermeiros.

A estratégia de pesquisa foi desenhada segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, a fim de identificar fontes primárias de evidência publicadas e não publicadas (literatura cinza ou difícil de localizar), bem como revisões. Nesta revisão foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três etapas.

Numa primeira fase, realizou-se uma pesquisa preliminar nas bases de dados Open Science Framework (OSF), PubMed e JBI Evidence Synthesis. Esta pesquisa foi importante para a identificação de termos-chave e termos de pesquisa, bem como garantir que não existiam outras revisões sistemáticas sobre o mesmo tema.

Numa segunda fase, definiram-se os termos de pesquisa e a construção da estratégia de pesquisa completa para as diferentes bases de dados e literatura cinzenta. Utilizaram-se as bases de dados eletrônicas CINAHL Complete, MEDLINE e Web of Science. A pesquisa de estudos não publicados incluiu o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

No que diz respeito à definição da estratégia de pesquisa, foram utilizados descritores controlados nas bases MeSH e CINAHL. Para a população, os descritores MeSH selecionados foram: "*Brain Injuries*", "*Brain Diseases*" e "*Coma, Post-Head Injury*", enquanto na CINAHL foram utilizados "*Brain Injuries+*" e "*Brain Diseases+*". Em relação

ao conceito, os descritores na MeSH incluíram: "*Body Temperature Changes*", "*Body Temperature*", "*Hypothermia*" e "*Body Temperature Regulation*"; os mesmos termos foram aplicados na CINAHL. Por fim, para o contexto, os descritores utilizados tanto na MeSH quanto na CINAHL foram "*Intensive Care Units*" e "*Critical Care*".

Por último, realizou-se uma pesquisa complementar para garantir a inclusão de estudos que possam não terem sido recuperados. Esta etapa envolveu a verificação de referências de estudos primários, revisões sistemáticas e outros trabalhos relevantes.

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram reunidas e carregadas no software Rayyan, e os duplicados removidos. Os títulos e resumos foram triados por três revisores independentes, de "forma cega", para avaliação em relação aos critérios de inclusão da revisão.

As razões para exclusão das fontes de evidência que não atendam aos critérios de inclusão estão registradas e relatadas na revisão *scoping*. As divergências encontradas em qualquer etapa do processo de seleção foram resolvidas entre os três revisores, não sendo necessário um revisor adicional. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão estão relatados na íntegra na revisão *scoping* final e apresentados num diagrama de fluxo PRISMA.

Os dados extraídos dos documentos estão incluídos na revisão *scoping* pelos três revisores independentes, utilizando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos investigadores. Incluem detalhes específicos sobre o título do artigo, ano da publicação, autores, país, objetivo do estudo, tipo/desenho de estudo, população/amostra e principais conclusões e resultados relevantes para a questão da revisão.

Os mesmos foram organizados de forma sistemática em tabelas, de modo a garantir clareza e acessibilidade dos resultados.

Diversos estudos destacaram que a hipotermia terapêutica é uma estratégia promissora, embora controversa (Seder et al., 2009; Liu-DeRyke & Rhoney, 2010; Andrews et al., 2015; Meng et al., 2023; Lavinio et al., 2024). Enquanto alguns ensaios clínicos evidenciam a sua eficácia na redução da pressão intracraniana (PIC) e no controlo da febre refratária (Hoedemaekers et al., 2007; Liu-DeRyke & Rhoney, 2010; Muengtaweepongsa & Srivilaithon, 2017; Lavinio et al., 2024), outros apontam para ausência de melhoria nas conclusões funcionais e até aumento da mortalidade, quando utilizada de forma precoce ou agressiva (Andrews et al., 2015; Wilson & Penna, 2016; Andrews et al., 2017; Kajiwara et

al., 2021; Drewry & Mohr, 2022). Por outro lado, a normotermia induzida, muitas vezes alcançada com dispositivos intravasculares como o *Cool Line*, tem demonstrado ser eficaz na redução do “*fever burden*” e da PIC, com menor risco de complicações associadas (Puccio et al., 2009; Liu-DeRyke & Rhoney, 2010; Kajiwara et al., 2021; Drewry & Mohr, 2022; Lavinio et al., 2024).

Métodos de arrefecimento invasivos (como os sistemas de troca de calor intravascular) mostraram superioridade na indução e manutenção de temperaturas alvo, especialmente quando comparados a estratégias não invasivas, como mantas ou packs de gelo. No entanto, estas técnicas requerem recursos tecnológicos e formação adequada, além de implicarem riscos como infecções, shivering e alterações hemodinâmicas. O controlo eficaz do *shivering* surge como elemento-chave para o sucesso da modulação térmica, sendo apontado como um dos principais desafios em vários estudos (Puccio et al., 2009; Liu-DeRyke et al., 2010; Wilson & Penna, 2016; Muengtaweepongsa & Srivilaithon, 2017; Drewry & Mohr, 2022; Meng et al., 2023; Lavinio et al., 2023)

A febre, frequentemente de origem neurogénica e não infecciosa, tem sido associada a pior prognóstico neurológico. Assim, a monitorização contínua da temperatura central e a utilização de protocolos institucionais claros e individualizados são amplamente recomendadas. Revisões recentes reforçam a importância da normotermia controlada (entre 36,0°C e 37,5°C), com ajustes baseados na gravidade da lesão, tipo de patologia e resposta individual ao tratamento (Puccio et al., 2009; Liu-DeRyke et al., 2010; Kajiwara et al., 2021; Drewry & Mohr, 2022; Lavinio et al., 2024).

Em síntese, embora não exista ainda consenso absoluto sobre a melhor estratégia terapêutica, a literatura aponta para a normotermia induzida como abordagem segura e eficaz, especialmente quando integrada numa abordagem multidisciplinar e protocolada. A hipotermia terapêutica poderá ter utilidade em contextos específicos e refratários, mas deve ser aplicada com precaução e monitorização rigorosa. O avanço tecnológico e a padronização de práticas poderão, no futuro, proporcionar melhores desfechos neurológicos a esta população crítica.

CONCLUSÃO

Ao elaborar o presente relatório, foi possível relatar e descrever os estágios realizados, bem como relacionar os objetivos delineados e as atividades efetuadas relacionando-as com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Foi uma oportunidade de desenvolver uma prática reflexiva relativamente ao percurso académico e profissional, com foco nas competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e à família. O desenvolvimento destas competências ocorre a partir das experiências vividas nos contextos de estágio, do estudo autónomo e da orientação dos enfermeiros especialistas.

Considero que o facto de ter realizado os estágios em instituições diferentes da minha, proporcionou-me diferentes valências e novas estratégias de adaptação, quer seja, no que diz respeito ao ambiente, à equipa, ou à organização e dinâmica dos turnos. Por se tratar de um ambiente e um contexto diferente do habitual, à minha prática profissional, permitiu-me ultrapassar desafios e desenvolver competências, que ainda não tinha conseguido adquirir no meu percurso profissional.

O cuidado à pessoa e à família em situação crítica é exigente, por isso, tive de adaptar-me rapidamente a todas as situações, desenvolver raciocínio clínico e aperfeiçoar técnicas de forma eficaz, sem nunca descuidar o respeito pela privacidade, dignidade e a humanização do cuidado. O acesso e a leitura dos protocolos foram fatores importantes para me adaptar mais rapidamente ao contexto e esclarecer várias dúvidas.

Elaborar reflexões críticas durante os estágios permitiu aprofundar conhecimentos e pesquisar a evidência científica mais atualizada, bem como relacionar as mesmas, com as intervenções praticadas, percebendo quais os aspetos a serem melhorados em situações futuras.

De um modo geral, penso que, consegui atingir os objetivos propostos no início de cada estágio com alterações de temáticas ou métodos de como as realizar, de acordo com as necessidades para cada contexto. Dei prioridade ao cuidado de enfermagem ao doente ventilado, com enfoque nas estratégias de comunicação com o mesmo, os métodos de avaliação e gestão farmacológica e não farmacológica da dor.

Relativamente à competência da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe como enfermeiro especialista preparei-me com a leitura de protocolos institucionais, dialoguei com elementos pertencentes à equipa, informei-me com *guidelines* e observei a prática com a participação em simulacro.

A adaptação ao serviço e integração com a equipa multidisciplinar não considerei que fosse um desafio, sendo que, senti uma disponibilidade de todos os elementos para partilhar as minhas dúvidas e houve um enorme sentimento de entreajuda. Ajudou, que em todos os estágios, julgo, ter demonstrado uma postura de respeito e vontade para aprender, de forma a aprofundar os meus conhecimentos teóricos, a técnicas e a competências relacionais.

Além disso, penso que consegui desenvolver a competência de mestrado na área da investigação com a realização de uma revisão sistemática da literatura sobre as estratégias do controlo de temperatura na pessoa em situação neurocrítica. Permitiu utilizar bases de dados e efetuar a análise e discussão dos resultados obtidos em grupo. Culminou na elaboração de um *e-poster* apresentado no *Lusíadas Nursing Summit*.

Todo este processo obrigou a uma difícil gestão das obrigações laborais com conciliação de horas dedicadas ao estágio e do trabalho autónomo. Torna-se desafiante conseguir aproveitar o tempo disponível para fazer pesquisas e adquirir novos conhecimentos como pretendido.

Com esta experiência, reforcei a importância da atualização constante do saber a nível de conhecimento e de técnicas. Com o objetivo de atingir a excelência dos cuidados de enfermagem, deve ser uma aprendizagem contínua, desafiadora e reger-se por um pensamento crítico sobre nós próprios.

Este relatório evidencia um percurso marcado pelo crescimento pessoal e profissional, demonstrando o compromisso com a humanização dos cuidados, a excelência clínica e a adaptação às exigências de contextos de elevada complexidade. A reflexão crítica realizada permite reconhecer os avanços nas competências adquiridas, destacando a responsabilidade do enfermeiro especialista como agente ativo na promoção da qualidade, segurança e dignidade nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

No entanto, a principal conclusão que retiro desta experiência, é que a busca pela excelência do cuidar caracteriza-se, principalmente, pelo saber-estar e o saber-ser, por ter um olhar atento e empático, evitar ter atitudes de julgamento e respeitar a pessoa alvo dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, L., et al. (2024). *Manual JBI para Síntese de Evidências*. Joanna Briggs Institute, University of Adelaide. Disponível em <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). Elsevier.
- Andrews, P. J. D., Harris, B. A., Rodriguez, A., Battison, C. G., Rhodes, J. K., Whittle, I. R., ... & Murray, G. D. (2017). Mortality risk stratification after traumatic brain injury and hazard of death with titrated hypothermia in the Eurotherm trial. *Critical Care Medicine*, 45(5), 780–785. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002321>
- Andrews, P. J., Sinclair, H. L., Rodriguez, A., Harris, B. A., Battison, C. G., Rhodes, J. K., ... & Murray, G. D. (2015). Hypothermia for intracranial hypertension after traumatic brain injury. *New England Journal of Medicine*, 373(25), 2403–2412. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1507581>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 7–16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Benner, P. (2019). Skill acquisition and clinical judgement in nursing practice: Towards expertise and practical wisdom. In *Practice Wisdom: Values and Interpretations* (pp. 225–240). Brill. https://doi.org/10.1163/9789004410497_019
- Beukelman, D. R., & Light, J. C. (2020). *Augmentative & alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs* (5th ed.). Paul H. Brookes Publishing Co
- Cairns, C. J. S., & Andrews, P. J. D. (2002). Management of hyperthermia in traumatic brain injury. *Current Opinion in Critical Care*, 8(2), 106–110. <https://doi.org/10.1097/00075198-200204000-00003>

- Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W. J., Bell, M. J., ... & Ghajar, J. (2016). *Guidelines for the management of severe traumatic brain injury* (4th ed.). Brain Trauma Foundation.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Curtis, J. R., Kross, E. K., & Stapleton, R. D. (2016). The importance of addressing advance care planning and decisions about do-not-resuscitate orders during novel respiratory illness outbreaks. *Critical Care Medicine*, 44(4), 641–643.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente*. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Drewry, A. M., & Mohr, N. M. (2022). Temperature management in the ICU. *Critical Care Clinics*, 38(2), 287–301. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2021.11.002>
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Free Press.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (Diário da República, I série, n.º 181, p. 8059).
- Fawcett, J. (2023). Thoughts about nursing's metaparadigm: Contemporary status and recommendations for evolution. *Nursing Philosophy*.
- Gunter, O. L., Jr., & Pierrie, S. N. (2010). Severe hypothermia is associated with worse outcome following traumatic brain injury. *Journal of Trauma Nursing*, 17(4), 173–177. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff272e>

- Hoedemaekers, C. W., Ezzahti, M., Gerritsen, A., & van der Hoeven, J. G. (2007). Comparison of cooling methods to induce and maintain normo- and hypothermia in intensive care unit patients: A prospective intervention study. *Critical Care*, 11(4), R91. <https://doi.org/10.1186/cc6118>
- Hope, A. A. (2020). Toward personalizing family support in the ICU. *Chest*, 158(4), 1305–1306. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.06.054>
- International Council of Nurses. (2019). Core competencies in disaster nursing: Version 2.0. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2019-12/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Jasper, M., & Rosser, M. (2013). Reflection and reflective practice. In M. Jasper, M. Rosser, & G. Mooney (Eds.), *Professional development, reflection and decision-making in nursing and health care* (2nd ed.) Wiley-Blackwell.
- Kajiwara, S., Hirayama, T., Nakamura, Y., Ishikawa, M., & Shimizu, K. (2021). Efficacy of a novel prophylactic barbiturate therapy for severe traumatic brain injuries: Step-down infusion of a barbiturate with normothermia. *Brain Injury*, 35(9), 1133–1140. <https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1901361>
- Kwon, J. H., Almeida, A., & Chen, K. (2024). Postoperative pain and risk of clinical complications: The importance of early multimodal analgesia. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 37(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.copan.2024.04.004>
- Latorre – Marco I., Solis-Munoz M., Acevedo-Nuevo M., Hernandez-Sanchez M.L., Lopez-Lopez C., Sanchez-Sanchez M., Wojtysiak-Wojcicka M., Posas-Abri J. (2015) *Validation of the Behavioural Indicators of Pain Scale ESCID for pain assessment in non-communicative and mechanically ventilated critically ill patients: a research protocol*. John Wiley & Sons Ltd.
- Lavand’homme, P. (2017). The progression from acute to chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 30(5), 584–589. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000498>
- Lavinio, A., Andrzejowski, J., Czosnyka, M., & Neuroprotective Therapy Consensus Review (NTCR) Group. (2023). Targeted temperature management in patients with intracerebral haemorrhage, subarachnoid haemorrhage, or acute ischaemic stroke: Updated consensus guideline recommendations by the Neuroprotective Therapy

Consensus Review (NTCR) group. *Critical Care*, 27(1), 90.
<https://doi.org/10.1186/s13054-023-04450-2>

Lavinio, A., Coles, J. P., Robba, C., & ESICM/NACCS Consensus Group. (2024). Targeted temperature control following traumatic brain injury: ESICM/NACCS best practice consensus recommendations. *Intensive Care Medicine*, 50(3), 345–359.
<https://doi.org/10.1007/s00134-024-06789-2>

Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. de O., Araújo, T. L. de, Lima, F. E. T., & Silva, V. M. da. (2020). Development of middle-range theories in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170893. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>

Liu-DeRyke, X., & Rhoney, D. H. (2010). Temperature management in acute neurologic injury: To cool or not to cool. *Pharmacotherapy*, 30(7), 728–744.
<https://doi.org/10.1592/phco.30.7.728>

Lopes, H. (2011). Como eu, Enfermeiro, faço Normotermia no doente neurocrítico Nursing protocol – Normothermia in neurocritical care patients. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 18(3), 77-80.

Madden, L. K., Hill, M., May, T. L., Human, T., Guanci, M. M., Jacobi, J., Moreda, M. V., & Badjatia, N. (2017). The implementation of targeted temperature management. *Neurocritical Care Society*. <https://www.neurocriticalcare.org/About-NCS/About-NCS>

Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(6), 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05

Mendes, A. (2019). *Manual de abordagem, transporte e segurança do doente crítico*. Ocean Medical.

- Meng, L., Zhang, S., Wang, Z., & Chen, L. (2023). Temperature management in the intensive care unit: A practical survey from China. *Critical Care*, 27(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04323-7>
- Muengtaweepongsa, S., & Srivilaithon, W. (2017). Targeted temperature management in neurological intensive care unit. *Neurology International*, 9(1), 43–45. <https://doi.org/10.4081/ni.2017.7274>
- Nygaard, A. M., Haugdahl, H. S., Brinchmann, B. S., & Lind, R. (2023). Interprofessional care for the ICU patient’s family: Solitary teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 37(1), 11–20. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2038548>
- Neurocritical Care Society. (2017). Evidence-based guideline from the Neurocritical Care Society. *Neurocritical Care*, 27(3), 468–487. <https://doi.org/10.1007/s12028-017-0469-5>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros* (p. 856). Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 152, 8 de agosto de 2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-110682669>
- Penedo, J., Amaral, A., Costa, L., & Silva, M. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: Relatório final*. Administração Central do Sistema de Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Cuidados_Intensivos/Relatorio%20de%20Avaliacao%20da%20Situacao%20Nacional%20das%20UCI%202013.pdf
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., ... Godfrey, C. M. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Duarte, I. (2020). Augmentative and alternative communication in ventilated patients: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2024). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Puccio, A. M., Fischer, M. R., Jankowitz, B. T., Yonas, H., & Okonkwo, D. O. (2009). Induced normothermia attenuates intracranial hypertension and reduces fever burden after severe traumatic brain injury. *Neurocritical Care*, 11(1), 82–87. <https://doi.org/10.1007/s12028-009-9205-5>
- Reed, P. (2014). The Theory of Self-Transcendence. In Smith & Liehr, *Middle Range Theory for Nursing* (Third edition, pp. 109-139). New York, United States of America: Springer Publishing Company, LLC.
- Seder, D. B., Van der Kloot, T. E., & McGillicuddy, D. C. (2009). Methods of cooling: Practical aspects of therapeutic temperature management. *Critical Care Medicine*, 37(7 Suppl), S211–S222. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181aa5e2f>
- Shirasaki K, Hifumi T, Nakanishi N, Nosaka N, Miyamoto K, Komachi MH, et al. Postintensive care syndrome family: A comprehensive review. *Acute Med Surg*. 2024;11:e939. <https://doi.org/10.1002/ams2.93>
- Silva, H. (2001). A concepção de cuidados de enfermagem em Florence Nightingale. Sua influência na educação e na prática em enfermagem. *Nursing*. 13(154), p. 32-33.
- Silva, M. J., Andrade, A. C., & Pereira, R. L. (2021). Práticas de biossegurança na unidade de terapia intensiva: desafios e estratégias de prevenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 1), e20201123. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1123>
- Smith, M. J., Liehr, P. R., & Carpenter, R. D. (Eds.). (2023). *Middle Range Theory for Nursing* (5th ed.). Springer Publishing Company
- Tavares, C. (2021). Catástrofe em aviação civil. In N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 381–387). Lidel.
- Thompson, H. J., Kirkness, C. J., & Mitchell, P. H. (2010). Hypothermia and rapid rewarming is associated with worse outcome following traumatic brain injury.

Journal of Trauma Nursing, 17(4), 173–177.

<https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff272e>

Toomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Wandrey, J. D., Behnel, N., Weidner, E., Dummin, U., von Dincklage, F., & Tafelski, S. (2023). *Behaviour- based pain scales: Validity and interrater reliability of BPS- NI and PAINAD- G on general wards*. *European Journal of Pain*, 27, 201–211. <https://doi.org/10.1002/ejp.2051>.

Wilson, M., & Della Penna, A. (2016). Targeted temperature modulation in the neuroscience patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 28(3), 311–323. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.04.005>


World Health Organization. (2020). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection* (2nd ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed>

World Health Organization. (2020). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages*. [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)

APÊNDICES

APÊNDICE I- E-poster: “Estratégias de Controlo de Temperatura Corporal na Pessoa em Situação Neurocrítica: Um Protocolo de Revisão Scoping”


APÊNDICE I: E-poster “Estratégias de Controlo de Temperatura Corporal na Pessoa em Situação Neurocrítica: Um Protocolo de Revisão Scoping”



“Estratégias de Controlo da Temperatura Corporal na Pessoa em Situação Neurocrítica: Um Protocolo de Revisão Scoping”

Martinho, Ana Filipa¹; Morgado, Barbara¹; Cardoso, Madalena¹; Martins, Lurdes²; Rabiais, Isabel^{2,3}

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
² Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa - Faculdade Ciências da Saúde e Enfermagem - Escola de Enfermagem.
³ Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Atlântica.



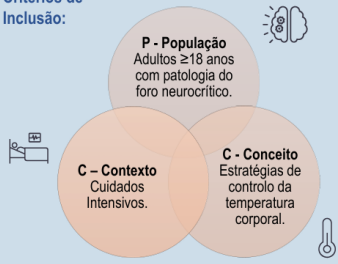
Introdução:

- ✓ O controlo da temperatura corporal é descrito na literatura como um componente fundamental na prestação de cuidados ao doente neurocrítico.
- ✓ Alterações da temperatura corporal, tais como a hipotermia e a hipertermia, têm sido associadas a pior prognóstico na pessoa em situação neurocrítica (Thompson et al., 2010; Madden et al., 2017).
- ✓ Constitui um desafio identificar quais as estratégias de controlo da temperatura corporal mais eficazes e seguras, bem como o impacto que têm na mortalidade e morbilidade destas pessoas.
- ✓ Existem várias estratégias descritas na literatura para controlo da temperatura corporal, desde farmacológicos, a não farmacológicos, uso de dispositivos invasivos entre outros.
- ✓ Importa assim, abordar o conceito de hipotermia induzida versus normotermia controlada, identificando as estratégias que podem ser aplicadas no controlo da temperatura corporal, bem como as possíveis consequências das mesmas.

Métodos:

- ✓ Revisão conduzida segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute (Peters, et al., 2020).
- ✓ Serão incluídos na revisão estudos oriundos das bases de dados CINAHL Complete, Pubmed e Web of Science, bem como via Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal;
- ✓ Estudos publicados em espanhol, português e inglês serão considerados, sem limite temporal de publicação.
- ✓ A seleção dos estudos será realizada por 3 revisores independentes, de forma “cega”, via software Rayyan.
- ✓ Artigos elegíveis passarão por leitura integral para posterior extração de dados.
- ✓ Todos os estudos serão avaliados com base nos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Crítérios de Inclusão:



Definição dos Termos de Pesquisa:

	Livres	MeSH	CINAHL
População	"brain injur*" OR "Brain Disease*" OR "brain bleeding" OR neurocritical* OR "Intracranial Hemorrhage*" OR "brain Hemorrhage*" OR "Intracranial bleeding" OR "Head Injury Coma"	"Brain Injuries" OR "Brain Diseases" OR "Coma, Post-Head Injury"	"Brain Injuries*" OR "Brain Diseases*"
AND			
Conceito	temperature OR "body temperature" OR Hypothermia OR normothermia	"Body Temperature Changes" OR "Body Temperature" OR Hypothermia OR "Body Temperature Regulation"	"Body Temperature Changes" OR "Body Temperature" OR Hypothermia OR "Body Temperature Regulation"
AND			
Contexto	ICU OR "intensive care unit*" OR "critical care"	"intensive care units" OR "critical care"	"intensive care units" OR "critical care"
AND			
População	pediatric* OR neonatal OR newborn* OR infant* OR child* OR adolescen* OR teen*	Pediatrics OR "infant, newborn" OR infant OR child OR adolescent	Pediatrics OR "infant, newborn" OR infant OR child OR adolescence


Palavras-Chave: pessoa em situação neurocrítica; temperatura corporal; hipotermia; normotermia; hipertermia

Objetivo: Mapear as Estratégias de Controlo da Temperatura Corporal na Pessoa em Situação Neurocrítica.

Resultados: Os resultados serão apresentados de forma narrativa, recorrendo ao uso de tabelas, sempre que se justifique, para sintetizar as estratégias de controlo da temperatura corporal na pessoa em situação neurocrítica, promotoras da qualidade dos cuidados.

Conclusão: Pretende-se que a presente revisão scoping contribua para uma prática de enfermagem baseada na evidência, promotora de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Referências Bibliográficas:



APÊNDICE II – Fotografias do simulacro de emergência e catástrofe

APÊNDICE II – Fotografias do simulacro de emergência e catástrofe

Fonte: Fotografia de autoria própria, 2025



Fotografia 1: “Doente” chega de ambulância ao serviço de urgência



Fotografia 2: Triagem primária



Fotografia 3: Observação na sala de reanimação

APÊNDICE III: Instrumento para a Equipa de Emergência Médica

ANEXOS

**ANEXO I: Certificado “Encontro Nacional e Simpósio Internacional de
Docentes de Enfermagem”**

ANEXO I: Certificado “Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem”

Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que **Bárbara Tavares Morgado**, estudante n.º 192023055 do 17º Mestrado em Enfermagem, participou no **Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem**, nos **dias 17 e 18 de outubro de 2024**, que teve lugar no *campus* da Palma de Cima, organizado pelas Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) e Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 18 de outubro de 2024.

Pl' Os Diretores das Escolas de Enfermagem (Lisboa E Porto) UCP



Amélia Simões Figueiredo
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

#ENSIDE@Católica

2024

Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem



PROGRAMA CIENTÍFICO

17 / 10 / 2024

14h00 | Sessão de Abertura

14h30 | Conferência “Ensinar enfermagem em Portugal”

Prof^a Doutora Margarida Vieira (UCP-Porto) e Prof^a Doutora Lucília Nunes (IP Setúbal)

Moderador: Prof^a Doutora Amélia Simões Figueiredo (UCP-Lisboa)

15h30 | Comunicações Livres – Salas Simultâneas

18/10/2024

9h00 | Conferência “Strategies for sustaining and enhancing nursing knowledge into education”

Dr. Heather Herdman (University of Wisconsin – Green Bay, EUA)

Moderadora: Prof^a Doutora Sílvia Caldeira (UCP-Lisboa)

09h45 | Mesa Redonda “Políticas educativas em enfermagem”

Prof^a Doutora Lilian Ferrer Lagunas (Pontificia Universidad Católica de Chile)

Prof^a Doutora Conceição Bento

Prof^a Doutora Margarida Mano (Vice-Reitora UCP)

Moderadora: Prof^a Doutora Patrícia Pontífice Sousa (UCP-Lisboa)

11h30 | Apresentação de Posters

14h00 | “A enfermagem em Portugal em 2030”

Prof. Doutor Abel Paiva (Escola Superior de Enfermagem de Porto)

#ENSIDE@Católica

2024

Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermag

15h00 | Prémios, próxima edição e Encerramento



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE E ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Moderador: Prof. Doutor Paulo Alves (UCP-Porto)

#ENSIDE@Católica

2024

ANEXO II: Certificado “Lusíadas Nursing Summit”

ANEXO II: Certificado “Lusíadas Nursing Summit”



Lusíadas Nursing Summit | Janeiro 2025

— *Certificado*

EMITIDO POR:

Lusíadas Knowledge Center
Rua Quinta do Pinheiro, n.º 5. Portela de Carnaxide | 2790-143
Carnaxide | Portugal
2790-143 Carnaxide



NOME

Bárbara Morgado

QUALIDADE

Co-autora E-póster

TEMA

Estratégias de Controlo da Temperatura Corporal na Pessoa em Situação Neurocrítica: Um Protocolo de Revisão Scoping

Evento

Lusíadas Nursing Summit | Janeiro 2025
24-01-2025 08:00 → 25-01-2025 13:00



lusiadas.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico
Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE



