



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**ENFERMEIROS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES: PROMOÇÃO PARA  
UM CUIDADO ESPECIALIZADO**

**EMOTIONALLY INTELLIGENT NURSES: PROMOTION OF A SPECIALIZED  
CARE**

Por:

Cátia Vanessa Lampreia

Lisboa, 2021





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**ENFERMEIROS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES: PROMOÇÃO PARA  
UM CUIDADO ESPECIALIZADO**

**EMOTIONALLY INTELLIGENT NURSES: PROMOTION OF A SPECIALIZED  
CARE**

Por:

Cátia Vanessa Lampreia

Sob orientação da Prof. Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2021



*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.*

*Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry



## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo deste percurso várias pessoas contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Algumas já existiam na minha vida, enquanto outras entraram e permaneceram.

Agradeço à Prof. Doutora Manuela Madureira, pela disponibilidade, dedicação e orientação durante todo este percurso.

À Prof. Doutora Isabel Rabiais e à Prof. Doutora Silvia Caldeira por toda a ajuda, disponibilidade e contributo na realização da revisão de literatura.

Ao meu colega, Pedro Correia com quem partilhei a realização da revisão de literatura.

Ao Enf. Edgar Pires e à Enf. Helena Freitas por me terem acolhido amavelmente e contribuído para o meu desenvolvimento de competências, nesta altura difícil da nossa vida pessoal e profissional.

Aos enfermeiros responsáveis dos serviços onde realizei os meus estágios por me receberem nos seus serviços neste momento crítico.

Aos meus colegas de trabalho pela força, apoio e compreensão.

Às minhas amigas pela ajuda, coragem e incentivo que me transmitiram.

Por fim, e não menos importante, agradeço aos meus pais, à minha avó, ao meu irmão e ao meu marido por toda a compreensão, apoio e motivação para alcançar este objetivo da minha vida.



## RESUMO

O presente relatório reflete todo o trabalho desenvolvido no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica. Neste documento acadêmico são identificadas situações experienciadas nos diferentes contextos de prática clínica e analisadas recorrendo à crítica reflexiva justificando, assim, todo o meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências nesta área de especialidade.

Paralelamente, foi desenvolvido um tema matriz sobre a “Inteligência Emocional dos Enfermeiros de Cuidados Críticos”, fundamentado com base na evidência científica. Através da divulgação desta revisão de literatura, pretende-se que os enfermeiros que trabalham em serviços de cuidados críticos desenvolvam competências de inteligência emocional contribuindo para uma promoção do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família.

Este longo percurso inicia-se previamente à declaração de pandemia pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), prolongando-se durante todo o período de adaptação das unidades de saúde a esta nova exigência. Os estágios que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista foram realizados em contexto de serviço de urgência geral e em unidade de cuidados intensivos e cuidados intermédios.

Apesar de toda a instabilidade que se verifica nas unidades de saúde devido à constante necessidade de adaptação e reorganização, foi possível partilhar os resultados obtidos com a pesquisa científica nos locais de estágio, contribuindo para uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica.

**Palavras-Chave:** Inteligência Emocional; Cuidado Especializado; Pessoa em Situação Crítica; Competência Profissional.



## **ABSTRACT**

This report reflects the work developed during the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing within the Area of Person in Critical Situation. Through a critical and reflective analysis, this report identifies and describes several practice-based experiences on different contexts of clinical practice as well as skills developed as a nurse specialist on people with critical conditions.

At the same time and based on scientific evidence, a ground theme on the “Emotional Intelligence of Critical Care Nurses” was developed. Through the dissemination of this literature review, it is intended that nurses who work in critical care services develop emotional intelligence skills, contributing to the promotion of specialized nursing care to the critical care patient and their families.

This long journey begins before the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) outbreak was declared as a global pandemic, extending throughout the adaptation period that the healthcare units went through facing this new reality. The internships that contributed to my development as a future specialist nurse were carried out in the context of a general emergency service as well as intensive and intermediate care units.

Despite all the instability that arises in healthcare units due to the constant need for adaptation and reorganization, it was possible to share the obtained results with scientific research conducted within the internships, thus contributing to an improvement of specialized nursing care.

**Key Words:** Emotional Intelligence; Specialized Care; Critical Patient; Professional Competence



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**ACIR** – Área de Cuidados Intensivos e Recobro

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BO** – Bloco Operatório

**COVID-19** – *Coronavírus Disease-2019*

**EEI** – Equipa de Emergência Interna

**ERAS** – *Enhanced Recovery After Surgery*

**GSC** – *Glasgow Coma Scale*

**SARS-CoV-2** – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

**TC** – Tomografia Computorizada

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UTI** – Unidade de Técnicas Invasivas



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. REVISÃO DE LITERATURA: “INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS CRÍTICOS”</b> .....	23
<b>1.1. Introdução</b> .....	23
<b>1.2. Enquadramento Metodológico</b> .....	27
<b>1.3. Estratégia de Pesquisa</b> .....	27
<b>1.4. Apresentação dos Resultados</b> .....	30
<b>1.5. Discussão</b> .....	34
<b>1.6. Conclusão</b> .....	38
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA – REFLEXÃO CRÍTICA</b> .....	39
<b>2.1. Prática Clínica: A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica</b> .....	40
2.1.2. Serviço de Urgência Geral .....	40
2.1.3. Área de Cuidados Intensivos e Recobro .....	46
<b>2.2. Prática Clínica: Estágio Final e Relatório</b> .....	48
2.2.1. Área de Cuidados Intensivos e Recobro .....	48
2.2.2. Serviço de Urgência Geral .....	61
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69
<b>APÊNDICES</b> .....	77
<b>Apresentação III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem</b> .....	77
<b>Poster “Inteligência Emocional dos Enfermeiros de Cuidados Críticos”</b> .....	85



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Seleção dos Estudos.....	29
<b>Figura 2:</b> Síntese dos principais resultados do estudo .....	37

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?.....	30
<b>Tabela 2:</b> Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional? .....	32
<b>Tabela 3:</b> Qual a relação entre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos, o comportamento de cidadania organizacional e a cultura de segurança do doente?.....	33



## INTRODUÇÃO

A complexidade dos problemas de saúde, a mudança de paradigma e do perfil da população desencadeou o aumento do grau de exigência nos cuidados de saúde, intimando que os enfermeiros adquiram e desenvolvam competências ao longo do seu percurso profissional (Serrano et al., 2011; Leal et al., 2018).

Esta exigência técnica e científica dos cuidados de saúde providencia a diferenciação e especialização dos enfermeiros de forma a promover a sua atualização de conhecimentos e aquisição de competências para um cuidado especializado suportado por um pensamento crítico, analítico e raciocínio clínico (Einarsen & Giske, 2019).

Aos enfermeiros é-lhes exigida a aquisição de novas habilidades, mais qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem e melhor adaptação às alterações do ser humano como um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual. As diferentes equipas das instituições de saúde estão cada vez mais despertas para a prática baseada na evidência, pelo que é fundamental que o enfermeiro aprofunde os seus conhecimentos e se especialize em determinada área de enfermagem com o propósito de realizar uma intervenção fundamentada (Silva et al., 2018).

Os saberes empírico, científico, ético, pessoal e estético constituem os padrões de conhecimento da enfermagem definidos por Carper e, promovem o desenvolvimento de competências no enfermeiro, no que diz respeito a aptidões cognitivas, capacidades afetivas, habilitações estéticas e reflexivas (Serrano et al., 2011).

De forma a dar resposta a esta transformação, a profissão de enfermagem alterou o seu paradigma e, em 1998 com a criação da Ordem dos Enfermeiros, foram definidos os padrões de qualidade e o perfil de competências profissionais, passando a atribuir títulos de enfermeiro especialista (Serrano et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2019), sendo que se entende por enfermeiro especialista,

*“aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*

(Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 1).

A Ordem dos Enfermeiros enumerou as competências comuns do enfermeiro especialista, sendo apresentadas em quatro domínios, correspondendo à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica deve adquirir competências específicas que lhe permitam cuidar da pessoa, família/cuidador que se encontra a experienciar situações complexas de doença crítica e/ou falência orgânica, atuar face a situações de emergência, exceção e catástrofe e, também contribuir para a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos de acordo com a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A pessoa em situação crítica é definida como “ (...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362). A pessoa que se encontra em risco de vida imediato, necessita de cuidados prestados por um profissional com competências teórica e técnica atualizadas com o objetivo de prevenir complicações e evitar incapacidades, de forma a proporcionar a sua recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica presta cuidados que envolvam tanto o indivíduo como a sua família/cuidador com o objetivo de recolher a informação necessária e prestar cuidados de enfermagem na área da prevenção de complicações, permitindo assim uma intervenção exata, objetiva, eficaz e realizada em tempo útil ao doente (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente relatório é constituído por dois capítulos que refletem todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família, que decorreu ao longo de 540 horas de estágio realizadas em contexto de serviço de urgência geral e unidade de cuidados intensivos e intermédios.

O primeiro capítulo contempla a revisão de literatura desenvolvida em conjunto com o meu colega de mestrado, Pedro Correia, abordando o tema “Inteligência Emocional dos Enfermeiros de Cuidados Críticos” e, tem como finalidade a promoção de um cuidado especializado ao doente em situação crítica através do desenvolvimento de competências de inteligência emocional pelos enfermeiros que trabalham nessa realidade.

No segundo capítulo, são partilhadas algumas experiências vivenciadas em contexto de prática clínica que contribuíram para todo o processo de obtenção e desenvolvimento de

competências, com base numa prática fundamentada na evidência científica e apoiado no Regulamento nº 140/2019 referente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento nº 429/2018 alusivo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A Ordem dos Enfermeiros também defende que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve promover a sua autoformação mediante a realização de projetos de investigação, de forma a aumentar e atualizar os seus conhecimentos e, concomitantemente, desenvolver competências na sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2018), daí ser nosso propósito darmos continuidade a esta dimensão.

Este trabalho foi redigido de acordo com o Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” da Universidade Católica Portuguesa. As referências bibliográficas utilizadas estão escritas em concordância com a norma *American Psychological Association 7th Edition* com recurso ao *software* de gestão de referências bibliográficas *Mendeley Desktop*.



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

O tema desenvolvido sobre a “Inteligência Emocional dos Enfermeiros de Cuidados Críticos”, no formato de *scoping review*, surge pelo emergente interesse da Enfermagem pela pertinência desta temática na prestação de cuidados. Foi realizado em conjunto com o meu colega de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Pedro Correia, contando também com a colaboração da Prof. Doutora Maria Manuela Madureira, Prof. Doutora Isabel Rabiais e pela Prof. Doutora Silvia Caldeira.

### **1.1. Introdução**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **1.2. Enquadramento Metodológico**

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

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

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

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

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

## **1.3. Estratégia de Pesquisa**

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

A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados, tendo sido realizada em três etapas. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada do MEDLINE e CINAHL, seguida de uma análise das palavras do texto contidas no título e no resumo e dos termos do índice usados para descrever os artigos. Numa segunda fase, foram usadas todas as palavras-chave identificadas e termos do índice, realizada em todas as bases de dados incluídas. Numa terceira e última etapa, as listas de referências de todos os artigos foram pesquisadas para estudos adicionais. Estudos publicados em inglês e português

nos últimos dez anos foram considerados para inclusão nesta revisão, a fim de capturar esse assunto ao longo do tempo.

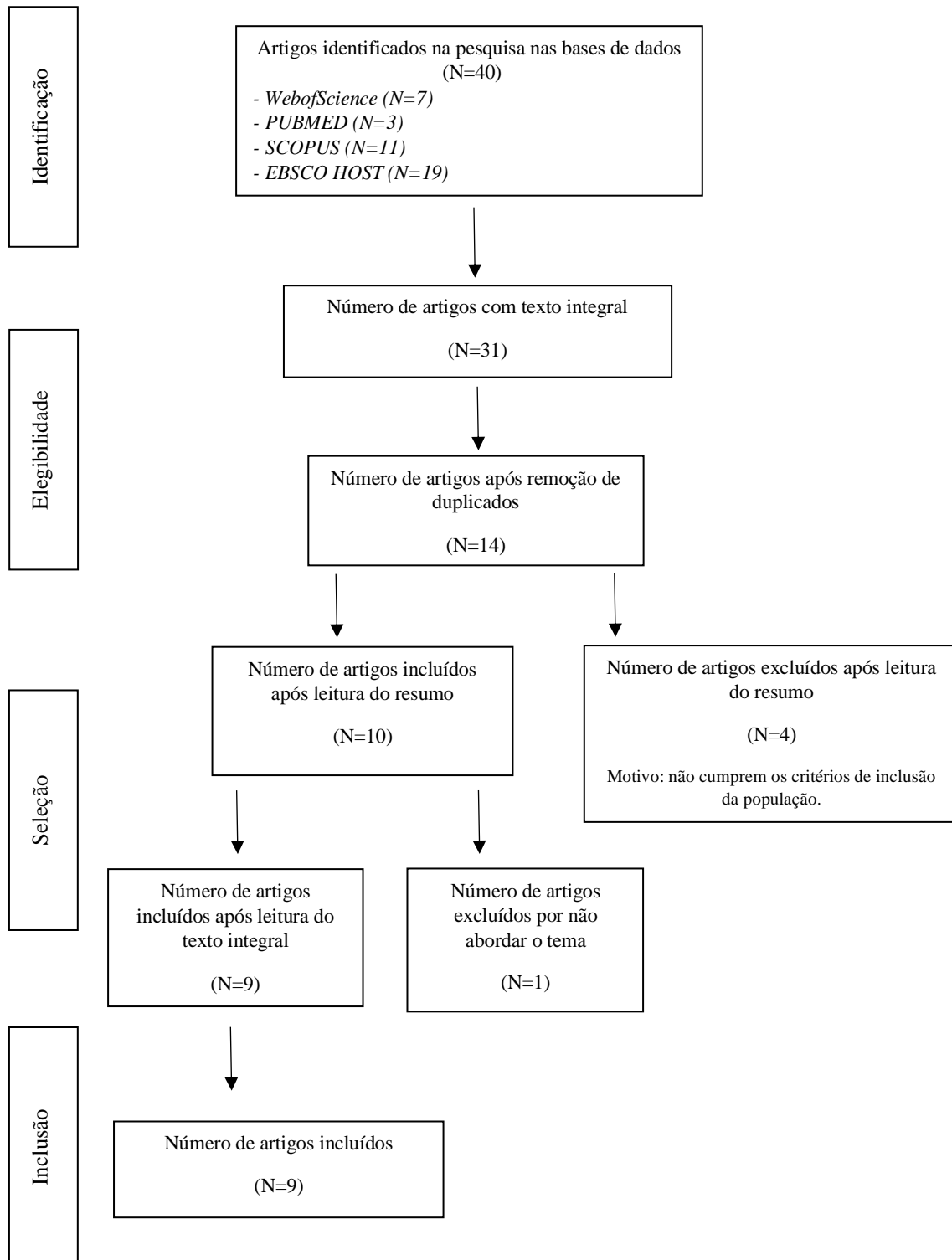
A pesquisa foi efetuada durante o período de abril e maio de 2020, nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE complete*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* (via *EBSCOhost*), *MedLine* (via *PubMed*), *SCOPUS* e *Web of Science*.

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

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

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

**Figura 1:** Seleção dos Estudos



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

## 1.4. Apresentação dos Resultados

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

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

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

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

Autor/ Ano	Artigo	Objetivo do estudo	População/ amostra	Desenho do estudo	Principais conclusões
Codier & Codier, (2015)	Do emergency nurses have enough emotional Intelligence ?	Descrever o trabalho emocional e a importância das habilidades de inteligência emocional para os enfermeiros de emergência	-	Artigo de opinião com fundamentação teórica	Enfermeiros emocionalmente inteligentes são mais competentes. Modelo de Habilidade de <i>Salovey &amp; Mayer</i> é o que mais se identifica com a enfermagem, sendo essencial para melhorar a satisfação dos enfermeiros e prevenir o <i>burnout</i> .
Towell et al. (2013)	The emotional intelligence of a group of critical-care nurses in South Africa	Identificar a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos que trabalham em diferentes contextos	220 enfermeiros	Estudo descritivo, quantitativo e não experimental	Enfermeiros emocionalmente inteligentes apresentam níveis reduzidos de stress e de esgotamento. Foi relacionado o conceito de resiliência com inteligência emocional.

Towell et al. (2015)	Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa	Desenvolver e descrever um modelo de inteligência emocional para facilitar a integração dos enfermeiros nas unidades de cuidados críticos na África do Sul	220 enfermeiros	Projeto de pesquisa teórico-gerador, exploratório, descritivo e contextual	Enfermeiros com mais experiência são mais resilientes e apresentam um elevado score de inteligência emocional. Resiliência e inteligência emocional são conceitos recentes, mas importantes no desenvolvimento dos enfermeiros.
Encarnação et al. (2018)	Inteligência emocional: fatores influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados intensivos	Identificar os fatores que influenciam a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados intensivos	-	Método misto de revisão sistemática da literatura	A inteligência emocional tem impacto nos enfermeiros a nível pessoal, profissional e no processo de cuidar. A personalidade e a formação influenciam a inteligência emocional do enfermeiro de cuidados intensivos.
Sharif et al. (2013)	Teaching Emotional Intelligence to Intensive Care Unit Nurses and their General Health: A Randomized Clinical Trial	Determinar o efeito na saúde geral dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva ao ensinar a inteligência emocional	52 enfermeiros	Ensaio clínico randomizado	Enfermeiros com um nível de inteligência emocional alto apresentam melhor capacidade para enfrentar os desafios da vida e apresentam melhor saúde mental. Verificaram-se efeitos positivos do ensino das componentes da inteligência emocional na saúde geral dos enfermeiros. O ensino de inteligência emocional resultou num efeito positivo na saúde geral dos enfermeiros.
Delpasand et al. (2011)	The relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses in critical care units	Determinar a relação entre <i>burnout</i> ocupacional e inteligência emocional entre os enfermeiros de unidades de terapia intensiva dos hospitais de segurança social em Teerã	150 enfermeiros	Estudo de correlação	Quanto maior o nível de inteligência emocional, menor a taxa de <i>burnout</i> ocupacional em termos de exaustão emocional. Existe relação direta e positiva entre inteligência emocional e realização pessoal. Os profissionais de saúde com elevado nível de inteligência emocional apresentam maior satisfação profissional e mais sucesso na prestação de cuidados, apresentando menor cansaço profissional.

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

<b>Autor/ Ano</b>	<b>Artigo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>População/ amostra</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>Principais conclusões</b>
Towell et al. (2013)	The emotional intelligence of a group of critical-care nurses in South Africa	Identificar a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos que trabalham em diferentes contextos	220 enfermeiros	Estudo descritivo, quantitativo e não experimental	Enfermeiros mais velhos e com experiência profissional que trabalham em unidades de cuidados críticos apresentam níveis elevados de inteligência emocional.
Towell et al. (2015)	Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa	Desenvolver e descrever um modelo de inteligência emocional para facilitar a integração dos enfermeiros nas unidades de cuidados críticos na África do Sul	220 enfermeiros	Projeto de pesquisa teórico-gerador, exploratório, descritivo e contextual	A integração dos enfermeiros nos serviços de terapia intensiva deve ser concretizada por enfermeiros com mais experiência nesta área, pois possuem mais conhecimento teórico e destreza técnica, são mais resilientes e apresentam um elevado score de inteligência emocional.
Nagel et al. (2016)	The emotional intelligence of registered nurses commencing critical care nursing	Explorar e descrever a inteligência emocional dos enfermeiros em integração nas unidades de terapia intensiva num grupo hospitalar privado em Gauteng, África do Sul	30 enfermeiros	Estudo descritivo, quantitativo e não experimental	O nível de inteligência emocional dos enfermeiros em integração encontra-se no grau mais elevado. Enfermeiros mais experientes apresentam níveis mais elevados de inteligência emocional, pelo que vão contribuir para o desenvolvimento da inteligência emocional dos enfermeiros com menos experiência profissional em cuidados intensivos. Níveis elevados de inteligência emocional estão diretamente relacionados com a atualização dos conhecimentos ao longo da carreira profissional.

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

Autor/ Ano	Artigo	Objetivo do estudo	População/ amostra	Desenho do estudo	Principais conclusões
Codier & Codier, (2015)	Do emergency nurses have enough emotional Intelligence ?	Descrever o trabalho emocional e a importância das habilidades de inteligência emocional para os enfermeiros de emergência	-	Artigo de opinião com fundamentação teórica	Modelo de Habilidade de Salovey e Mayer é o que mais se identifica com a enfermagem, sendo essencial para manter a segurança do doente, melhorar o trabalho em equipa, estabelecer uma comunicação interdisciplinar eficaz.
Towell et al. (2015)	Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa	Desenvolver e descrever um modelo de inteligência emocional para facilitar a integração dos enfermeiros nas unidades de cuidados críticos na África do Sul	220 enfermeiros	Projeto de pesquisa teórico-gerador, exploratório, descritivo e contextual	A integração dos enfermeiros nos serviços de terapia intensiva deve ser concretizada por enfermeiros com mais experiência nesta área, pois possuem mais conhecimento teórico e destreza técnica, são mais resilientes e apresentam um elevado score de inteligência emocional. Resiliência e inteligência emocional são conceitos recentes, mas importantes no desenvolvimento dos enfermeiros.
Tofghi et al. (2015)	Relationship between emotional intelligence and organizational citizenship behavior in critical and emergency nurses in south east of Iran	Identificar a relação entre inteligência emocional e comportamento de cidadania organizacional em enfermeiros de cuidados críticos e de emergência em hospitais de ensino supervisionados pela Kerman Medical University, no sudeste do Irão	150 enfermeiros	Desenho transversal descritivo	Existe relação significativa entre algumas categorias da inteligência emocional e o comportamento de cidadania organizacional. Existe uma relação significativa entre a categoria de autogestão da inteligência emocional, a experiência emocional e a idade. Os enfermeiros estão expostos a situações de stress na sua prática de cuidados pelo que a inteligência emocional e a saúde mental podem facilitar um adequado comportamento de cidadania. Os gestores de saúde devem organizar políticas e procedimentos sistemáticos e dinâmicos para lidar com a inteligência emocional e o comportamento da cidadania organizacional para ajudar os enfermeiros de cuidados intensivos e de serviços de urgência.

Rezaei & Salehi (2018)	A Study of the Relationship between Emotional Intelligence and Patient Safety Culture among Emergency Nurses in Selected Hospitals in Shiraz in 2017	Investigar a relação entre as dimensões da inteligência emocional e a cultura de segurança do doente em enfermeiros de serviço de emergência	150 enfermeiros	Estudo analítico-descriptivo	Existe uma relação positiva e significativa entre as dimensões da inteligência emocional e a cultura de segurança do doente. O desenvolvimento da inteligência emocional nos enfermeiros pode promover o seu crescimento pessoal e profissional e melhorar o status da cultura de segurança do doente, aumentando a produtividade dos enfermeiros e a satisfação dos doentes.
------------------------	--	--	-----------------	------------------------------	---

### 1.5. Discussão

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

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

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

A inteligência emocional está relacionada com conceitos como o *burnout*, o stress e a resiliência, com Görgens-Ekermans & Brand (2012) a evidenciar a sua influência nos níveis de stress e de *burnout*. A resiliência permite manter um equilíbrio psicológico saudável e estável face à presença de acontecimentos stressantes (Towell et al., 2013).

Os enfermeiros de cuidados críticos estão constantemente sujeitos a níveis elevados de stress proporcionado pelo próprio ambiente característico em que trabalham, a dilemas éticos a que estão sujeitos diariamente, ao trabalho físico e emocional e à tomada de decisão

que lhes é exigida (Towell et al., 2013). Estes fatores potenciam o desenvolvimento da síndrome de *burnout* nestes enfermeiros, podendo ser responsável pelo stress emocional, rotação de profissionais, despersonalização, sentimentos de insegurança, aparecimento de doenças, desmotivação, insatisfação com a profissão e abandono da mesma, défice na qualidade dos cuidados prestados e conflitos com os colegas da equipa, doentes e familiares de doentes. O *burnout* pode contribuir, também, para o aumento do consumo de álcool ou drogas e alterações de comportamento e das emoções dos enfermeiros de cuidados críticos (Solano Ruiz et al., 2002; Torre et al., 2019).

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

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

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

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

Os enfermeiros com um nível de inteligência emocional alto apresentam melhor capacidade para enfrentar os desafios da vida e apresentam melhor saúde mental, podendo-se afirmar que o ensino de inteligência emocional resulta num efeito positivo na saúde geral dos enfermeiros (Sharif et al., 2013).

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

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

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

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

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

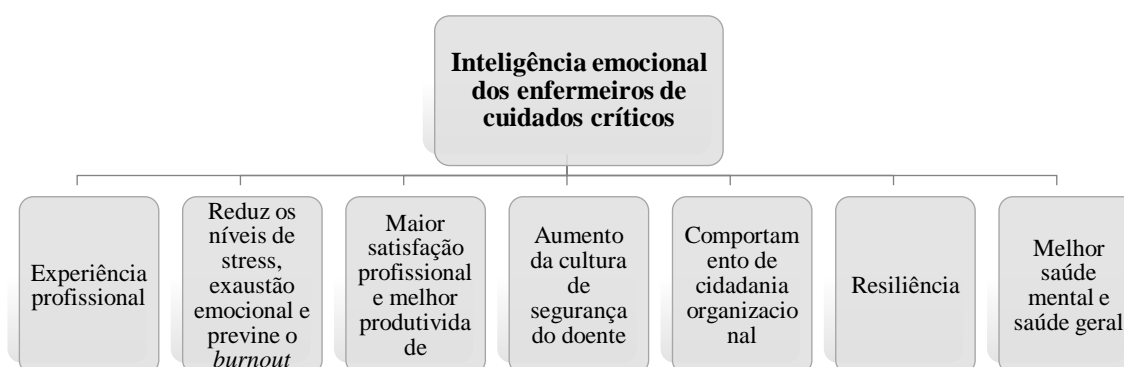
Entende-se por comportamento de cidadania organizacional, o conjunto de atitudes que as pessoas assumem de forma voluntária levando a uma melhor eficácia e eficiência das tarefas e funções da organização (Tofighi et al., 2015).

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

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

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

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



**Figura 2:** Síntese dos principais resultados do estudo

### **Limitações do estudo**

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

### **Contributo para a área de enfermagem**

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

## **1.6. Conclusão**

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

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

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

De acordo com o Modelo de Aquisição de Competências defendido por Benner, pode-se afirmar que os enfermeiros peritos de cuidados críticos apresentam níveis mais elevados de inteligência emocional.

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

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA – REFLEXÃO CRÍTICA**

Com a evolução científico-tecnológica na área da saúde, surge a necessidade de atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, recorrendo aos cursos de pós-licenciatura que as universidades oferecem, com a finalidade de dar resposta às exigências da população atual, constituindo-se como fundamental desenvolver estratégias de formação direcionadas para os princípios pedagógicos que enfoquem o aluno e a pessoa recetora dos cuidados de enfermagem (Lima et al., 2018).

A formação baseada na prática-reflexiva facilita ao estudante de enfermagem especializada a resolução de problemas que surgem durante a sua atividade profissional dado se confrontar com situações complexas que induzem no aluno a capacidade de reflexão sobre determinado acontecimento, relacionando o conhecimento teórico com a componente prática (Lima et al., 2018).

A reflexão surge com uma dúvida, uma inquietação ou uma dificuldade sentida pelo estudante, conduzindo-o à necessidade de pesquisar sobre a temática com o objetivo de ficar esclarecido. É um processo de investigação em que o estudante é desafiado a explorar as suas experiências com a finalidade de originar uma nova situação que seja coerente e pertinente (Peixoto, 2016).

Em enfermagem, a reflexão é um método fundamental na aquisição de competências em que o estudante vai reanalisar uma experiência vivida, reflete sobre a mesma e avalia a sua intervenção ou a da equipa. O ato de refletir permite aos profissionais de enfermagem considerar tanto os seus pontos fortes como sublinhar os aspetos a aprimorar, assim como mobilizar a teoria para a prática de enfermagem, aumentando as competências dos enfermeiros (Peixoto, 2016).

Na prática clínica, o estudante vai transferir todo o conhecimento teórico que adquiriu e, vai recorrer à reflexão crítica quando se confrontar com situações não expectáveis, sendo este um fenómeno necessário para a tomada de decisão. Refletir sobre a prática conduz à formação de profissionais autónomos e críticos, levando à aquisição de competências fundamentais, promovendo a autoconsciência e uma melhor prestação de cuidados de enfermagem tendo por base um comportamento reflexivo (Peixoto, 2016).

Neste capítulo está descrito todo o desenvolvimento de competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica, recorrendo à descrição de experiências vivenciadas nos estágios realizados, suportadas com base na evidência científica e, de acordo com o Regulamento nº140/2019 relativo às competências comuns do enfermeiro especialista e com o Regulamento nº429/2018, artigo 2º e artigo 3º alusivos às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, respetivamente.

## **2.1. Prática Clínica: A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica**

Este estágio foi realizado em dois momentos distintos devido à declaração do estado de emergência a 11 de março de 2020 consequente à pandemia *Coronavírus Disease-2019* (COVID-19).

A prática clínica foi iniciada num serviço de urgência geral de adultos e, posteriormente complementada num serviço de cuidados intensivos e recobro cirúrgico do foro oncológico.

### **2.1.2. Serviço de Urgência Geral**

O serviço de urgência é por norma, o primeiro local onde as pessoas que necessitam de cuidados de saúde urgentes ou emergentes recorrem. Com a crescente afluência de doentes, os serviços de urgência foram categorizados de acordo com as suas especificidades, mantendo sempre uma ligação com os cuidados de saúde primários, de forma a promover um funcionamento eficaz e eficiente e satisfação das necessidades dos doentes (Filipe, 2017).

Entende-se por urgência, o tratamento curativo ou paliativo que necessita de uma rápida avaliação e/ou correção, e por emergência uma situação em que existe risco de vida ou de função vital, sendo necessário uma atuação de forma imediata (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Existem três categorias de serviços de urgência: serviço de urgência polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgico e serviço de urgência básico. Este último, mais simples, é o primeiro nível de admissão, estando localizado próximo da população. O serviço de urgência médico-cirúrgico constitui o segundo nível de atendimento, sendo a unidade de

referenciação do serviço de urgência básico e, encaminha os seus doentes para o serviço de urgência polivalente quando são necessários cuidados mais diferenciados ou a observação por outras especialidades que este tipo de urgência não possui. O serviço de urgência polivalente é o nível mais distinguido, no que diz respeito, à resposta a situações de urgência/emergência e abrange, também, a população da sua área. É constituído por todas as valências que caracterizam o serviço de urgência médico-cirúrgico e outras especialidades mais diferenciadas (Ministério da Saúde, 2014).

Durante o período de 13 de fevereiro a 10 de março de 2020 realizei 86 horas de prática clínica num serviço de urgência médico-cirúrgico num hospital do distrito de Lisboa. O serviço de urgência geral deste hospital funciona 24 horas por dia e tem a missão de prestar cuidados de saúde aos doentes emergentes e urgentes. Inclui, também um serviço de urgência básica da região que acolhe casos menos urgentes que possam ser ali avaliados.

O serviço de urgência geral deste hospital é constituído pelas seguintes áreas: admissão, triagem, medicina, unidade de internamento de curta duração, sala de reanimação, gabinete de atendimento de psiquiatria, área de especialidades cirúrgicas, salas de imagiologia e outros serviços de apoio. A área de medicina é responsável pela assistência a cerca de 60% dos doentes inscritos, onde existem vinte e três *boxes* de atendimento para observação clínica e realização de tratamentos, procedimentos e meios complementares de diagnóstico. Subdivide-se em área de enfermagem I, área de enfermagem II, área de observação médica e contempla uma sala de inalatórios e um gabinete de retriagem.

A unidade de internamento de curta duração tem como objetivo estabilizar clinicamente os doentes provenientes das áreas de atendimento e reanimação, por um período que não deverá ultrapassar as 48h. Passando este tempo, os doentes que não possam regressar para o domicílio deverão ser encaminhados para os serviços de internamento da especialidade correspondente. Esta área é constituída por quatro salas e dois quartos de isolamento com pressão negativa.

A sala de reanimação depende funcionalmente da unidade de internamento de curta duração, para abordagem de todos os doentes emergentes e muito urgentes que necessitem de estabilização imediata. Para a área de especialidades cirúrgicas são encaminhados todos os doentes com patologias cirúrgicas (traumáticas ou não) e patologias osteoarticulares. Este espaço inclui: uma área de internamento (recobro) comum à ortopedia e à cirurgia, onde permanecem os doentes a aguardar decisão clínica. Esta sala é também utilizada como sala de tratamentos que dá apoio às duas especialidades. Uma sala de observação de cirurgia e dois blocos operatórios para pequena cirurgia. O laboratório de urgência, serviço de

imagiologia, urgência de otorrinolaringologia e oftalmologia são serviços de apoio à urgência geral.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por um enfermeiro chefe, quatro enfermeiros responsáveis e cento e quarenta e um enfermeiros (incluindo os enfermeiros do serviço de urgência básica), dos quais doze são enfermeiros especialistas: sete são mestres em enfermagem médico-cirúrgica, em que três são especializados na vertente pessoa em situação crítica; um enfermeiro especialista em saúde materna; dois enfermeiros especialistas em reabilitação e dois enfermeiros especialistas em saúde mental.

Este serviço utiliza o processo clínico eletrónico, *Cerner Sorian*, que tem como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tem, também, a Acreditação *Comparative Health Knowledge System*.

De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018) foi definido o seguinte **objetivo geral**: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família/cuidador e respetivo **objetivo específico**: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de serviço de urgência.

A escolha em realizar o estágio neste hospital prende-se pelo facto de já ter pertencido à equipa de enfermagem desta instituição e conhecer a sua missão e dinâmica. Os primeiros dias de prática clínica foram preenchidos por um misto de sentimentos: insegurança, incerteza e medo do desconhecido. A minha experiência profissional, associada a um conhecimento e contacto prévio com uma parte da dinâmica deste hospital, não foi impeditiva no surgimento das emoções experienciadas por um enfermeiro iniciado neste contexto clínico.

Todos estes momentos contribuíram para uma necessidade em refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem num serviço de urgência fundamentada numa componente teórica consolidada e facilitadora à prática.

A gestão de prioridades num serviço de urgência geral é complexa, principalmente para um enfermeiro que não tem experiência nesta área. Essa competência é adquirida com prática clínica e com experiência profissional (Peixoto, 2016).

Durante o estágio, os enfermeiros utilizam o conhecimento adquirido na escola e outros contextos clínicos, criando conhecimento a partir da nova realidade onde prestam cuidados. Esse novo conhecimento surge da própria experiência profissional, pessoal,

vivências e da sua cognição. Ao longo da prática, os enfermeiros passam por um processo de crescimento constituído por diversas fases: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

No decorrer dessas etapas, o profissional passa a utilizar um pensamento analítico ao invés da confiança, adquire a capacidade de gestão de prioridades e adquire uma participação ativa ao invés de ser apenas observador (Escobar-Castellanos & Jara-Concha, 2019).

Para Benner, é através da experiência adquirida pela prática e pelo conhecimento que se desenvolve a responsabilidade para com as pessoas no decorrer destas fases, sendo estes aspetos fundamentais para uma prática baseada na evidência (Benner, 2001). À medida que o enfermeiro adquire experiência em determinada área desenvolve um conjunto de habilidades práticas e teóricas, tornando-o apto para tomar decisões e agir de acordo com princípios que poderá alterá-los e adaptá-los a cada situação (Escobar-Castellanos & Jara-Concha, 2019).

O Regulamento nº 140/2019, capítulo II, artigo 8º, refere-se às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ressaltando que o enfermeiro especialista preocupa-se com o seu autodesenvolvimento e assertividade e, presta cuidados de enfermagem especializados tendo como fundamento uma prática apoiada na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Perante estas competências da área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados e livros ao longo da prática clínica relativa a diversas temáticas sobre situações que foram surgindo, de forma a manter o conhecimento atualizado, rever alguns conceitos e justificar o cuidado especializado prestado ao doente crítico.

O estágio no serviço de urgência geral, embora curto, foi enriquecedor na aquisição de competências. O enfermeiro orientador prestava cuidados mais focados na gestão, pelo que os turnos eram iniciados a assistir à passagem de turno de todas as áreas do serviço, de forma a ter conhecimento das intercorrências e ter uma visão geral dos doentes que se encontravam naquele serviço, desenvolvendo competências em gestão dos cuidados.

No primeiro dia fiquei com a equipa na triagem tendo ficado a conhecer a Triagem de Manchester. Terminei o turno na sala de reanimação onde deu entrada um doente com cerca de 50 anos, trazido pela viatura médica de emergência e reanimação com um ritmo compatível com taquicardia ventricular, tendo sido identificado um foco de instabilidade. Com supervisão do enfermeiro orientador realizei a abordagem ao doente crítico segundo o algoritmo ABCDE. Apesar de o doente não apresentar sinais de gravidade, o médico cardiologista decidiu realizar cardioversão sincronizada. Participei na realização deste

procedimento técnico complexo e na administração de protocolos terapêuticos com supervisão e colaboração do enfermeiro orientador. A cardioversão decorreu sem intercorrências, apresentando reversão para ritmo de base sinusal. O doente foi transferido para a unidade de cuidados intensivos de cardiologia tendo colaborado no transporte do doente crítico.

Ao longo da semana, foquei-me na aquisição e desenvolvimento de competências na unidade de internamento de curta duração. Sempre que era admitido algum doente na sala de reanimação, a equipa de enfermagem, solicitava o meu apoio, contribuindo para o meu processo de desenvolvimento de aptidões no cuidado especializado ao doente crítico.

Na segunda e terceira semanas estive alocada às salas de reanimação e à unidade de internamento de curta duração. Considero que a sala de reanimação foi o local que me “tirava da zona de conforto”, pois é fundamental agir de imediato, com rapidez e segurança e, concomitantemente, possuir um vasto conhecimento teórico e destreza técnica. Neste local colaborei na ativação da via verde de acidente vascular cerebral (AVC) após identificação de um foco de instabilidade e atuação imediata e eficaz. A via verde AVC é ativada quando há suspeita de AVC de acordo com um período de tempo definido por este protocolo. O procedimento é ativado assim que o doente entra na reanimação com suspeita e que cumpra os critérios do protocolo. É observado pela equipa médica de neurologia sendo transportado ao serviço de imagiologia para realização de tomografia computadorizada (TC). Caso tenha indicação para realização de trombólise, esta é iniciada na sala da TC pela equipa de enfermagem. Nesta situação, o doente apresentava critérios para trombólise, tendo colaborado na administração do protocolo terapêutico, e tendo, também, identificado uma reversão do quadro neurológico durante o transporte de regresso para o serviço de urgência.

Na unidade de internamento de curta duração, colaborei na realização de diversas técnicas como a flebotomia, prestei cuidados especializados a doentes com necessidade de ventilação não invasiva e auxiliei na realização de procedimentos médicos como a colocação de uma drenagem torácica e realização de toracocentese evacuadora e diagnóstica. Nesta unidade de internamento as visitas são restritas e num curto espaço de tempo. Procurei ter sempre a atenção de cuidar das famílias/cuidadores dos doentes, prestando apoio emocional e ao informar sobre os cuidados de enfermagem prestados aos seus familiares/cuidadores, assistindo nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença.

Neste percurso formativo pude ainda assistir a uma formação sobre via intraóssea lecionada pelo meu orientador, no serviço de urgência básica, contribuindo para o meu desenvolvimento de aprendizagem como profissional. A sessão de formação foi constituída

por uma componente teórica e por uma banca prática. A via intraóssea é bastante utilizada em contexto extra-hospitalar, no entanto, os enfermeiros de serviço de urgência já começam a adquirir formação para a sua utilização em caso de impossibilidade de acesso intravenoso com risco de vida iminente.

Na quarta semana de estágio, adquiri competências na gestão de cuidados ao colaborar com o enfermeiro responsável nas intervenções aos doentes assistidos na área de medicina que inclui as *boxes*, macas e sala de inalatórios. O enfermeiro responsável por esta valência tem a autonomia de gerir os doentes nos vários locais que constituem esta unidade.

Esta semana foi conturbada com a declaração de pandemia por COVID-19, pelo que o meu estágio de vigilância e decisão clínica ficou suspenso às 86 horas. Devido a esta situação, não tive a oportunidade de desenvolver competências na área de especialidades cirúrgicas, porém, o próximo estágio possibilitou a aquisição dessas habilidades.

Durante este período de prática clínica, colaborei na prevenção e controlo da infeção, sugerindo algumas medidas de intervenção para melhoria do cuidado especializado à pessoa em situação crítica, desenvolvendo competências em relação ao desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde.

As preocupações com as infeções associadas aos cuidados de saúde surgem com Florence Nightingale, em 1863, sendo considerada a pioneira desta questão ao dinamizar a sua teoria ambientalista, criando bastante impacto mundial, principalmente ao nível da Enfermagem. Nightingale debruçou-se sobre a importância da prevenção das infeções relacionadas com os cuidados de saúde tendo sido precursora na vigilância sanitária e epidemiológica (Martins & Benito, 2016).

Na primeira metade do século XX, os profissionais de saúde deram continuidade à preocupação de Nightingale, debruçando-se sobre a problemática da infeção hospitalar (Lima 2008 cit. por Cardoso, 2015). Inicialmente denominada de infeção nosocomial, mas com o evoluir do paradigma da transição dos cuidados de saúde, este conceito passou a ser designado de infeção associada aos cuidados de saúde (Pine e Peres 2008 cit. por Cardoso, 2015).

Entende-se por infeção associada aos cuidados de saúde “... uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direção-Geral da Saúde, 2007, p. 4).

O objetivo estratégico 9 do plano nacional para a segurança do doente 2015-2020 consiste em prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. O aumento do número de dias de internamento, a morbilidade e a mortalidade deve-se, maioritariamente, às infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados, que constituem um desafio para todos os hospitais. Estudos internacionais concluíram que um terço destas infeções podem, certamente, ser prevenidas (Direção-Geral da Saúde, 2007; Ministério da Saúde, 2015).

Apesar de não ter concluído o total de horas programado, com as experiências vivenciadas e através de uma prática reflexiva, desenvolvi competências no cuidado especializado à pessoa e sua família/cuidadores a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, artigo 3º, nº1, alínea a) do regulamento nº429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

### 2.1.3. Área de Cuidados Intensivos e Recobro

O término do estágio Vigilância e Decisão Clínica decorreu durante o período de 27 de maio a 12 de junho de 2020 numa unidade de cuidados intensivos e recobro de uma instituição de saúde privada direcionada para a vertente oncológica.

A adaptação e integração nesta unidade cirúrgica foi facilitadora, uma vez que pertencço à equipa de enfermagem desta instituição de saúde desde 2017. A Área de Cuidados Intensivos e Recobro (ACIR) integra o centro cirúrgico juntamente com o bloco operatório (BO), o internamento e a Unidade de Técnicas Invasivas (UTI). Ao pertencer à equipa de enfermagem do internamento, a minha integração foi beneficiada pelo facto de conhecer a tipologia de doentes, a equipa multidisciplinar, o sistema informático e os equipamentos auxiliares, como a *pyxis*<sup>®</sup> para remoção de terapêutica e outro material hospitalar.

Todavia, apesar da tipologia de doentes ser a mesma, quando permanecem na ACIR carecem de cuidados diferenciados, sendo necessário conhecimento teórico e destreza técnica para um cuidado especializado ao doente oncológico em estado crítico. Foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados e livros de forma a rever conteúdos e contribuir para uma prática apoiada na evidência, indo de encontro ao referido no artigo 8º, Capítulo II do Regulamento nº 140/2019, que explica que o enfermeiro especialista deve preocupar-se com o seu autodesenvolvimento e assertividade, para garantir o cuidado especializado

baseado numa prática fundamentada pela evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A familiarização com esta instituição de saúde não descartou o aparecimento de sentimentos de insegurança e receio face a uma vertente desconhecida que é o da enfermagem de cuidados intensivos. Recordo-me de uma situação que ocorreu no primeiro dia de estágio em que foi admitido um doente, proveniente do internamento, em choque hemorrágico. O doente dá entrada na ACIR em estado obnubilado, bradipneico e pálido. O dreno cirúrgico abdominal estava bastante funcionante de conteúdo hemático. Foi entubado orotraquealmente e conectado a ventilador, sedado e analgesiado. A equipa de BO de urgência foi ativada de imediato e, enquanto se aguardava pela sua chegada, procedeu-se à estabilização do doente com administração de hemoderivados e fluidoterapia e, posteriormente, foi realizado TC para identificar a origem do foco hemorrágico. Após procedimento cirúrgico, o doente regressa à ACIR ainda com necessidade de suporte ventilatório e aminérgico.

Esta intercorrência gerou alguma ansiedade/stress em toda a equipa, mas foi evidente a pessoa que assumiu o papel de *team* líder, bem como a articulação eficaz e eficiente dos vários elementos na realização dos procedimentos técnicos.

Benner refere no seu modelo de desenvolvimento de competências que é através da experiência que o enfermeiro consegue identificar e gerir prioridades, bem como retirar o significado das mesmas, sendo que essas competências para um cuidado de enfermagem especializado ocorrem quando se adquire habilidade profissional que é apreendida através de uma aprendizagem experiencial (Benner, 2001).

Esta instituição de saúde não tem um serviço físico de urgência, pelo que cabe à equipa da ACIR e do internamento receber doentes em contexto de urgência, de acordo com o seu grau de gravidade. Outra situação que me marcou refere-se a um doente que provém do domicílio para lhe ser colocado um cateter central totalmente implantado para realização de quimioterapia em regime de ambulatório. Este procedimento é protelado, por o doente se encontrar prostrado, pálido, desidratado e com alterações analíticas significativas. É admitido na ACIR, sendo administrados hemoderivados de forma imediata, nomeadamente, plaquetas e unidades de concentrado eritrocitário. Aqui, pude colaborar com a orientadora, nos cuidados imediatos ao doente de acordo com a metodologia ABCDE.

As experiências vivenciadas neste contexto da prática clínica contribuíram para o meu processo de crescimento profissional ao colaborar no cuidado especializado ao doente que se encontrava em situação de risco de vida, tendo, também, identificado focos de

instabilidade, atuando de forma rápida e eficaz, colaborando na execução de cuidados técnicos de elevada complexidade ao aplicar os meus conhecimentos de suporte avançado de vida e na administração de protocolos terapêuticos complexos.

A realização deste estágio permitiu a minha integração no serviço, na equipa multidisciplinar e no conhecimento das normas e protocolos desta unidade. Contribuí, também, para desmitificar o tabu da complexidade das unidades de cuidados intensivos e conhecer a magia de prestar cuidados especializados neste contexto.

## **2.2. Prática Clínica: Estágio Final e Relatório**

A unidade curricular “Estágio Final e Relatório” decorreu ao longo de 360 horas, tendo sido realizada em dois serviços de instituições de saúde distintas. O primeiro contexto foi realizado na ACIR onde, anteriormente, terminei a unidade curricular “Vigilância e Decisão Clínica” e teve a duração de 266 horas. As restantes horas de estágio foram realizadas no serviço de urgência geral de adultos onde iniciei este meu percurso em fevereiro de 2020 que ficou suspenso face à declaração de pandemia devido ao vírus SARS-CoV-2.

### **2.2.1. Área de Cuidados Intensivos e Recobro**

O cancro constitui um problema de saúde pública, quer nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2030 prevê-se, aproximadamente, 22 milhões de casos, 13 milhões de mortes e cerca de 87 milhões de pessoas são sobreviventes com cancro. A aquisição de comportamentos nocivos de estilo de vida, como hábitos tabágicos, ausência de alimentação saudável, défice de realização de exercício físico, bem como o aumento da esperança média de vida são algumas das causas que contribuem para o aumento exponencial de pessoas com cancro (Vieira et al., 2020).

O avanço científico e tecnológico na área da oncologia tem permitido o aumento da expectativa de vida e, muitas vezes a cura dos doentes com cancro. Contudo, os tratamentos dirigidos, como a quimioterapia e a cirurgia oncológica são mais agressivos, tendo aumentado o número de doentes oncológicos nas unidades de cuidados intensivos (UCI) (Hercos et al., 2014; Cunha et al., 2018). A toxicidade por quimioterapia ou radioterapia, doença pulmonar metastizada, insuficiência cardíaca, imunossupressão, infeção respiratória e sépsis são os principais fatores que contribuem para a admissão do doente oncológico nas

UCI, sendo a sépsis a complicação mais frequente, em que a sua prevalência é quatro vezes maior em doentes com cancro do que com outras patologias (Cunha et al., 2018; Valle & Garcia, 2019).

A institucionalização de doentes oncológicos em UCI ainda é um tema de grande controvérsia devido ao seu prognóstico não ser favorável. No entanto, em relação à admissão do doente cirúrgico oncológico em UCI o critério difere, pois estes são submetidos a cirurgias com intenção curativa, tendo melhor prognóstico em relação ao doente clínico oncológico (Valle & Garcia, 2019).

As UCI são caracterizadas por um ambiente complexo que acomoda pessoas em situação crítica adaptadas a uma extensa variedade de aparelhos tecnológicos, exigindo dos profissionais o conhecimento e destreza no seu manuseio. Nestas unidades, os enfermeiros são sujeitos a várias situações de stress que implicam tomada de decisão, são expostos a dilemas éticos, e à dor emocional vivida pelos doentes e seus familiares, sendo fundamental a aquisição de habilidades de forma a prestarem cuidados com qualidade (Towell et al., 2013; Encarnação et al., 2018).

Após esta breve revisão teórica subsidiaria à caracterização do tipo de serviço onde adquire a maioria das competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica, pode-se afirmar que a presença dos enfermeiros nas unidades de cuidados intensivos oncológicas é fundamental, sendo determinante a aquisição de competências técnico-científicas, de liderança e responsabilidade, bem como a capacidade para gerir os seus sentimentos relativamente a situações como a morte, a dor, a angústia e o stress que este tipo de especialidade provoca (Hercos et al., 2014).

O centro cirúrgico desta instituição é constituído pela ACIR, UTI, BO e internamento. Encontra-se em funcionamento desde 2016 e centra a sua atividade em diversas áreas de intervenção oncológica, nomeadamente: patologia mamária, aparelho digestivo, fígado, vias biliares e pâncreas, urologia, ginecologia, cirurgia torácica e pulmonar, radiologia de intervenção percutânea e endovascular.

A ACIR, uma das alas de internamento e o BO (constituído por três salas e, que contém o robot *DaVinci*<sup>®</sup> utilizado para a realização de cirurgia robótica) localizam-se no piso 2, estando interligados entre si. A outra ala de internamento também se localiza no piso 2, mas sem ligação a qualquer outra unidade. A UTI fica situada no piso 1 e contempla uma sala de BO e duas salas para realização de procedimentos como a endoscopia digestiva alta, colonoscopia e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

A ACIR é composta por duas unidades de cuidados intensivos e seis quartos de recobro pós-operatório, em box fechada e individual. Todos os quartos de recobro podem ser convertidos em unidades de cuidados intensivos, assim como as unidades de internamento da UCI podem ser usadas como recobro de forma a rentabilizar a ocupação. As duas alas de internamento compõem um total de 26 quartos individuais. A UTI é constituída por seis unidades individuais para recobro após realização de exames complementares de diagnóstico invasivos, cirurgias e procedimentos de ambulatório.

A filosofia desta instituição de saúde foca-se no conforto e bem-estar do doente, pelo que as unidades de recobro e de intensivos da ACIR estão direcionados para o jardim tropical e para o rio tejo, com o objetivo de promover o processo de recuperação através da tranquilidade que esta visão transmite, sem violação pelo direito à privacidade. Já os quartos de internamento, na sua maioria, estão localizados para o rio tejo.

A equipa multidisciplinar da ACIR é composta por administrativas, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos intensivistas, médicos cirurgiões, médicos anestesistas, fisioterapeutas e nutricionista. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 28 enfermeiros, dos quais nove são especialistas: cinco especialistas em enfermagem de reabilitação e quatro mestres em enfermagem médico-cirúrgica.

Da ACIR fazem, ainda, parte a equipa de emergência interna (EEI) que é acionada por um bip (4444) de urgência/ emergência interno com a possibilidade de intervir em todas as unidades e serviços da instituição. A EEI é constituída pelos enfermeiros da ACIR e pelo médico intensivista que tenham o curso de suporte avançado de vida. Diariamente é atribuído o bip a um enfermeiro em cada turno. Quando acionada dirigem-se ao local acompanhados de monitor/desfibrilhador e mala de transporte, aspirador e ventilador (se necessário) para prestar cuidados imediatos à pessoa em situação crítica. Posteriormente, após observação e avaliação médica e de enfermagem, o doente é encaminhado para o serviço de internamento, ACIR ou para outro hospital.

Uma vez que esta instituição de saúde não detém serviço de urgência físico, cabe à equipa médica e de enfermagem da ACIR ou do internamento assegurar o seu encaminhamento e tratamento em situações de urgência. Para tal, além da EEI existe um contacto de “Urgência Clínica” disponível 24h/dia, sendo a equipa de enfermagem do internamento responsável por triar estas chamadas. Após atendimento da chamada de urgência, os enfermeiros consultam o processo clínico do doente e entram em contato com o médico de urgência interna. Após validação com o médico, o doente poderá ser encaminhado para outro hospital ou poderá ser aconselhado a dirigir-se a esta instituição.

Cabe aos enfermeiros do internamento ou da ACIR, de acordo com o estado geral do doente, realizar o acolhimento do doente e respetivos procedimentos.

Quando há necessidade da UTI permanecer em funcionamento durante o período noturno, por instabilidade hemodinâmica de doentes que realizaram procedimentos em regime de ambulatório, é a equipa de enfermagem da ACIR que assegura o seu funcionamento.

A passagem de turno da equipa de enfermagem é realizada com recurso ao ISBAR que consiste num instrumento normalizado de comunicação em saúde sendo conhecido por promover a segurança do doente em processos de transição de cuidados. A sua mnemónica facilita a tomada de decisão, estimula o raciocínio crítico, reduz o tempo da passagem de ocorrências, facilita a rápida integração dos novos elementos e, funciona como um auxiliar de memória facilitando a memorização de construções complexas para facilitar a transmissão verbal, em que o “I” corresponde à identificação, o “S” à situação atual, o “B” aos antecedentes, o “A” à avaliação e o “R” às recomendações (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Cada vez mais este método de comunicação é utilizado em meio hospitalar, pois permite aumentar o nível de segurança durante as transferências clínicas, sendo bastante facilitador para o doente e para os profissionais de saúde. O objetivo maior é que a técnica ISBAR se torne uma linguagem mundial, sendo utilizada em todas as instituições de saúde (Figueiredo et al., 2019).

O processo de adaptação e integração na ACIR foi facilitado pela realização do estágio correspondente à unidade curricular anterior neste serviço e, também, por pertencer à equipa de enfermagem desta instituição. Esta prática clínica, neste contexto, torna-se mais enriquecedora, pois todas as horas foram destinadas para o desenvolvimento de habilidades e competências no cuidado especializado ao doente oncológico em situação crítica.

A ACIR centra-se na prestação de cuidados ao doente oncológico do foro médico e cirúrgico. Com a situação atual de pandemia devido à COVID-19, todos os doentes com cirurgia ou procedimentos invasivos programados são testados por ensaio de reação em cadeia da polimerase-transcriptase reversa por *swab* nasofaríngeo, 24 a 48 horas antes. À entrada na instituição, todas as pessoas são submetidas a um processo de triagem mediante a avaliação de temperatura e vigilância de sinais e sintomas associados à doença, sendo fornecida uma máscara cirúrgica obrigatória para a circulação no interior. Foi implementada a restrição de visitas e acompanhamento de familiares a consultas ou realização de tratamentos/exames, salvo situações excecionais. Foi criado um “espaço COVID-19” onde são encaminhadas as pessoas que apresentam sinais ou sintomas da doença após a triagem à

entrada da instituição, sendo posteriormente testados e prestados os cuidados médicos e de enfermagem necessários até resultado do teste. Este espaço serve igualmente para o acolhimento de doentes que contactam o telefone de “Urgência Clínica”, onde ficam a aguardar o resultado do teste, sendo prestados nesse local os cuidados necessários. Após resultado negativo, os doentes oncológicos do foro médico são internados na ACIR ou no internamento (mediante disponibilidade de vaga) ou, então, são encaminhados para um hospital à sua escolha. Todos os casos positivos são encaminhados para outro hospital, uma vez que esta instituição de saúde é considerada “*COVID free*”.

Todo o contexto presente nesta descrição remete-nos para um estágio que abrangeu doentes do foro cirúrgico admitidos na ACIR.

De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018) foi definido o seguinte **objetivo geral**: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família/cuidador e respetivos **objetivos específicos**, nomeadamente:

- Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família, em contexto de unidade de cuidados intermédios e cuidados intensivos;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da temática “Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos”.

No que diz respeito às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao longo desta prática clínica recorri à evidência científica para fundamentar o cuidado especializado ao doente no pós-operatório imediato facilitando, também, a identificação das complicações cirúrgicas imediatas mais comuns.

O cuidado de enfermagem ao doente cirúrgico fundamenta-se na prevenção, identificação e atuação eficiente face às complicações que possam surgir no período de pós-operatório imediato, garantindo uma recuperação mais segura (Rossi et al., 2000).

A pessoa submetida a cirurgia de alto risco necessita de ser admitida na UCI para vigilância, monitorização contínua e suporte terapêutico especializado com o objetivo de despistar reações adversas imediatas provocadas pelo stress cirúrgico. As complicações cirúrgicas imediatas mais frequentes resultam em variações na homeostasia do organismo, como a hipotermia, arritmias cardíacas, alteração do padrão respiratório, desequilíbrio hidroelectrolítico, alterações ácido-base e hemorragia (Balsanelli et al., 2006).

De forma a despistar essas complicações, na admissão do doente cirúrgico na UCI é realizada uma avaliação rigorosa do seu estado de consciência, avaliação hemodinâmica, monitorização de balanço hídrico, avaliação do padrão respiratório (ventilação e oxigenação), vigilância da integridade dos pensos operatórios, permeabilidade dos drenos cirúrgicos e sondas. Na recuperação anestésica, a ênfase direciona-se para o estado hemodinâmico e padrão ventilatório do doente (Stracieri, 2008).

O risco de infeção surge devido à manipulação invasiva e ao défice de defesa do organismo. Entre as primeiras 24 a 48 horas de pós-operatório é desencadeado um processo de inflamação para combater possíveis bactérias que possam ter invadido o organismo durante o procedimento cirúrgico. Para além deste fator, é importante considerar o estado avançado da doença, antecedentes pessoais, idade, estado nutricional e metabólico que vão contribuir para um risco aumentado de infeção. Os cateteres também podem contribuir para aumento do risco de infeção pelo que devem ser manipulados de acordo com as normas de controlo de infeção (Rossi et al., 2000).

De forma a controlar a infeção pós-operatória é comum a administração de antibioterapia profilática em que o período de administração deve ser até 60 minutos antes da incisão cirúrgica (Bento, 2015).

A dor, enquanto alteração do conforto, é um diagnóstico de enfermagem que está sempre presente no doente submetido a cirurgia, sendo mais intensa nas primeiras 24 a 36 horas. É considerada o quinto sinal vital e deve ser avaliada, registada e monitorizada (Bento, 2015). A dor não controlada dificulta a recuperação do doente, interferindo com a mobilização das secreções, levando à tosse ineficaz e, conseqüentemente à hipoventilação. Pode ser de causa multifatorial sendo importante despistar a sua origem, podendo ser devida à própria ferida cirúrgica, à estimulação das terminações nervosas por substâncias químicas utilizadas durante o procedimento cirúrgico, a isquémia devido à irrigação sanguínea insuficiente para os tecidos, por pressão, edema ou espasmo muscular (Rossi et al., 2000; Stracieri, 2008).

A mobilidade do doente encontra-se prejudicada por alteração da força muscular e descondicionamento físico, conseqüente à sedação, dor e desconforto. A mobilização precoce deve ser instituída assim que possível, contudo quando tal não é viável, é importante a alternância de decúbitos para prevenção de acumulação de secreções e, posterior, atelectasia pulmonar (Rossi et al., 2000; Stracieri, 2008).

A mobilização do doente cirúrgico é, também, importante na prevenção da trombose venosa profunda resultante do prolongado tempo cirúrgico, de lesões vasculares e a estados

de hipercoagulabilidade. Doentes submetidos a prolongados procedimentos que envolvam uma anestesia são submetidos ao protocolo de prevenção de fenómenos tromboembólicos, que compreende a utilização de meias anti trombóticas ou de meias de compressão pneumática intermitente e a administração de heparina de baixo peso molecular (Bento, 2015).

O doente cirúrgico apresenta um padrão respiratório ineficaz devido às atelectasias secundárias à redução da capacidade pulmonar residual funcional como consequência das alterações da parede abdominal, do fármaco e da dose administrada na anestesia. É importante um controlo rigoroso da dor, realização de cinesiterapia respiratória, mobilização precoce ou alternância de decúbitos de 2/2h, elevação da cabeceira a 30-45° e evitar a hiperhidratação (Bento, 2015).

As atividades sensorial e perceptiva apresentam oscilações devido aos fármacos utilizados para a anestesia geral. A alteração do estado de consciência, a depressão do reflexo da tosse e de deglutição, o aumento da pressão intragástrica e a administração de terapêutica anestésica potenciam o reflexo de vômito, podendo conduzir ao risco de aspiração do mesmo (Rossi et al., 2000).

Após o procedimento cirúrgico, ocorre um aumento dos parâmetros inflamatórios acompanhado de vasoplegia correspondendo a um quadro de hipovolémia. O primeiro cuidado para reverter este estado consiste na administração de fluidoterapia e, posteriormente, fármacos vasoativos como a noradrenalina ou a dopamina de forma a atingir valores de pressão arterial média entre os 60-65 mmHg. A hipertensão pode, também, ser comum sendo uma consequência da presença de dor, hipotermia, hipercapnia ou hipoxemia. Caso o aumento da pressão arterial não se deva a nenhum destes fatores, é importante identificar a causa e iniciar terapêutica dirigida (Bento, 2015).

A hipotermia é outra complicação associada ao procedimento cirúrgico, correspondendo à exposição das reduzidas temperaturas no BO, à alteração do metabolismo devido à administração de fármacos anestésicos, à idade e à vasodilatação. A terapêutica administrada na anestesia geral desencadeia a depressão do centro regulador da temperatura no cérebro e, os medicamentos curarizantes inativam a atividade muscular, impedindo a produção de calor. Estes fatores associados ao ambiente frio do bloco operatório, à administração de fluídos frios e à exposição da ferida cirúrgica contribuem para a diminuição da temperatura corporal. A hipotermia provoca vasoconstrição, bradicardia, aumenta a pressão sanguínea e, consequentemente aumenta o esforço cardíaco. A idade avançada e o

estado debilitado da pessoa aumentam o risco de hipotermia após cirurgias de longas horas (Rossi et al., 2000).

A integridade da pele encontra-se prejudicada devido à presença da ferida cirúrgica, drenos, lesões desencadeadas pelo posicionamento operatório prolongado ou o facto de estes doentes se encontrarem desnutridos e, alguns com idade avançada (Rossi et al., 2000).

A promoção do conforto no doente cirúrgico é essencial para uma recuperação mais rápida e segura. O conforto é considerado uma necessidade humana básica sendo inerente à disciplina de enfermagem. Kolcaba, na sua teoria refere-se ao conforto como uma “experiência imediata, fortalecida por sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, considerando o contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (Cardoso et al., 2019, p. 119).

No decorrer deste estágio, em colaboração com a enfermeira orientadora foi preferencialmente estabelecido o desenvolvimento de competências no cuidado especializado ao doente cirúrgico de alto risco com perfil de intermédios e intensivos, dando ênfase à promoção do bem-estar do doente recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas para atingir uma sensação de alívio, tranquilidade e transcendência.

Recordo um doente com neoplasia do esófago, com cerca de 50 anos e sem antecedentes pessoais relevantes. Encontrava-se com fâcias triste e humor deprimido face a um diagnóstico aliado à restrição de visitas. Durante a prestação de cuidados ao doente, facilitei o contato com a família através de chamadas telefónicas e videochamada, prestei apoio emocional recorrendo à relação de ajuda procurando entender quais os seus receios e medos, desenvolvendo competências no âmbito do cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

Este doente foi submetido a esofagectomia subtotal *Ivor-Lewis* que consiste, inicialmente, na realização de laparotomia, onde é construído um neo-esófago através do estômago e realização de linfadenectomia da porção superior do abdómen. Posteriormente, o doente é posicionado em decúbito lateral esquerdo para iniciar a abordagem posterolateral direita, onde é realizada linfadenectomia e ressecção do esófago. O neo-esófago fixo à pequena curvatura gástrica é deslocado para o tórax para a realização da anastomose final no tórax superior (Coelho, 2009).

O procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências e o pós-operatório imediato foi marcado pela dor intensa com necessidade de terapêutica analgésica em perfusão contínua. No 1º dia após a cirurgia iniciou o levante e hidratação pela jejunostomia, contando

ao 2º dia, com o início da alimentação entérica. Ao 5º dia, iniciou água e chá por via oral. A dor moderada a intensa na região torácica-abdominal e região lombo-sagrada esteve sempre presente, aliviando para ligeira com a administração de analgesia prescrita em esquema. A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica foi realizada a partir da sua avaliação com recurso à escala numérica da dor, seguindo-se a implementação de medidas não farmacológicas como a otimização do posicionamento e o recurso à massagem e, concomitantemente, o reajuste da terapêutica analgésica.

No sétimo dia de pós-operatório, o doente apresenta episódios de tosse produtiva, inicialmente com secreções mucosas que evoluíram para mucopurulentas. Foi administrado contraste oral de azul metileno, por indicação médica, constatando-se saída pelo dreno torácico apical direito. Realizou TC a nível torácico, abdominal e pélvico tendo revelado deiscência da anastomose esófago-gástrica. Após reunião multidisciplinar, decidiu-se realizar endoscopia digestiva alta para colocação de prótese. Durante o procedimento, concluiu-se que a prótese não era alternativa, pois após administração de azul metileno constatou-se extravasamento para a cavidade pleural. Daí haver necessidade de submeter o doente a nova cirurgia com duração de 6 horas, tendo sido realizada desconstrução da anastomose esófago-gástrica e construída esofagostomia e gastrostomia, removendo a jejunostomia. A médica anestesista ainda realizou lavado brônquico com aspiração de secreções mucopurulentas em grande quantidade.

Tive a oportunidade de assistir ao procedimento cirúrgico que decorreu sem intercorrências e sem perdas hemáticas significativas. A equipa de enfermagem e a equipa médica explicou sempre os passos da cirurgia, esclarecendo todas as minhas dúvidas. De acordo com a literatura, a deiscência da anastomose pode ocorrer no pós-operatório imediato (2 a 3 dias) sendo devida a problema técnico; ou pode ser tardia (3 a 7 dias) correspondendo a alterações isquémicas do estômago em que a deiscência ocorre na linha da sutura ou imediatamente abaixo desta. Quando não há possibilidade de conservar a anastomose, procede-se à realização de esofagostomia de derivação e jejunostomia/gastrostomia de alimentação, com reconstrução do neo-esófago num período de 3 a 6 meses, recorrendo ao colon (Coelho, 2009).

O doente foi admitido em contexto de cuidados intensivos, necessitando de ventilação mecânica invasiva e uma rigorosa monitorização do seu estado de doença. Em conjunto com a enfermeira orientadora realizei a admissão do doente na UCI: conectado ao ventilador de acordo com os parâmetros definidos pelo médico intensivista; confirmado nível do tubo oro traqueal na comissura labial e confirmada pressão do *cuff*; realizada higiene

oral para prevenção de infecção; sedado e analgesiado com propofol e remifentanil, respetivamente; avaliada dor através da escala *Behavioural Pain Scale* e avaliada sedação com recurso à escala *Richmond Agitation Sedation Scale* e à monitorização do Índice bispectral; iniciada alimentação parentérica, fluidoterapia e antibioterapia; observada integridade dos pensos operatórios, funcionamento do dreno cirúrgico abdominal e drenos torácicos; gastrostomia clampada, por indicação médica; colocadas meias de compressão pneumática intermitente para prevenção de fenómenos tromboembólicos e, realização de alternância de decúbitos de 2 em 2 horas; realizado balanço hídrico.

Nas primeiras horas de pós-operatório imediato, o doente apresentou um perfil hipotensivo associado a vasoplegia, mas sem necessidade de suporte aminérgico. Taquicárdico e normotérmico. Bem-adaptado ao ventilador, sem necessidade de realização de *toilette* brônquica por não apresentar secreções brônquicas à auscultação pulmonar. Esofagostomia com dreno multitubular a drenar conteúdo sero-hemático vestigial. Normoglicémico com cetonemia negativa. Drenos cirúrgico e torácicos pouco funcionantes de conteúdo sero-hemático, apresentando sempre bons débitos urinários horários. Colhida gasimetria arterial na admissão na UCI e quatro horas após, apresentando ligeira alcalose respiratória. O plano definido pela equipa médica cirúrgica e intensivista consistiu em iniciar o desmame ventilatório e manter alimentação parentérica durante 48 horas.

Ao cuidar deste doente cirúrgico em situação crítica foram desenvolvidas habilidades no cuidar da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica, colaborando no controlo diferenciado da dor e do bem-estar, na administração de terapêutica dirigida ao doente em situação crítica, mobilizando os conhecimentos adquiridos e aptidões com a finalidade de dar resposta em tempo útil com base numa visão holística.

Outra situação que me marcou foi a admissão de um doente com cerca de 60 anos portador de doença hematológica. Foi admitido no “espaço COVID-19” com quadro de febre após realização de quimioterapia. Com o teste negativo à COVID-19, é encaminhado para a ACIR em critério de UCI. À chegada encontrava-se sonolento, pálido, desidratado e asténico. Monitorizei o doente para vigilância hemodinâmica encontrando-se hipotenso e taquicárdico. Apirético. Necessidade de oxigenoterapia por alto fluxo por apresentar valores gasométricos que justificavam o recurso a este modo ventilatório. Auxiliei o médico intensivista na colocação de dispositivos invasivos como o cateter venoso central e linha arterial. Colaborei na preparação e administração de protocolos terapêuticos complexos.

O doente foi admitido com o diagnóstico de choque séptico decorrente de neutropenia febril. No decorrer do turno, foi identificado um foco de instabilidade, dado o

doente apresentar quadro de agitação psicomotora acompanhada de traçado cardíaco compatível com taquicardia supraventricular. Ao identificar antecipadamente este foco de instabilidade, o médico intensivista deu indicação para administrar terapêutica para reversão química, mas sem sucesso. Foram executados cuidados técnicos de alta complexidade ao doente que se encontrava em situação crítica, tendo sido sedado para realização de cardioversão, que decorreu sem intercorrências, revertendo o ritmo para sinusal.

No estágio de serviço de urgência tive, também, a oportunidade de assistir e colaborar na cardioversão de um doente com taquicardia ventricular, pelo que recordei os passos para a realização deste procedimento. O facto de se atuar da mesma forma para realização desta técnica, o ambiente de UCI é um ambiente controlado onde não existem os níveis elevados de stress presentes num serviço de urgência. Os cuidados foram prestados de uma forma calma, controlada e isso permitiu que me concentrasse em tudo o que estava a ocorrer naquele momento.

A ida ao bloco operatório contribuiu para o processo de obtenção de competências ao observar procedimentos cirúrgicos que proporcionaram uma melhor prestação de cuidados de enfermagem especializados. Esta oportunidade permitiu identificar a especificidade de intervenção de cada enfermeiro na sala operatória e conhecer os protocolos orientadores que são realizados antes, durante e após o procedimento cirúrgico, como exemplo o protocolo “Cirurgia Segura”. Outro aspeto importante consistiu em estabelecer uma relação enfermeiro-doente desde a sua admissão pré-operatória até à alta, viabilizando a criação de uma relação terapêutica com o doente, tendo sido prestado apoio emocional face à preocupação e tristeza inerentes à situação de doença.

De acordo com o plano cirúrgico assisti a intervenções a doentes alocados a diversas especialidades, submetidos a ressecção anterior do reto por via robótica, cirurgia de citorredução, histerectomia total com linfadenectomia pélvica, tumorectomia mamária com esvaziamento axilar, tumorectomia mamária com pesquisa de gânglio sentinela. Colaborei com a enfermeira instrumentista e com os cirurgiões tendo observado as cirurgias “*in vivo*” e manuseado alguns instrumentos cirúrgicos. Em relação à cirurgia robótica, observei o procedimento por meio de vídeo complementado com uma explicação do procedimento pelo próprio cirurgião.

A cirurgia de citorredução é considerada uma cirurgia de alto risco que tem como finalidade extrair todo o tumor visível na cavidade peritoneal. É realizada uma incisão desde o apêndice xifoide até à sínfise púbica e, geralmente procede-se à remoção de vísceras de estruturas anatómicas que possam estar afetadas pela doença. Consoante a evolução da

doença poderá ser realizado, também, esplenectomia, ressecção gástrica e/ou cólica e histerectomia (Abreu et al., 2008; Mosca & Barbosa, 2017).

O pós-operatório imediato exige uma avaliação hemodinâmica rigorosa, pois trata-se de uma cirurgia de alto risco com uma duração de, sensivelmente, onze horas. Este doente está incluído no programa de recuperação avançada desenvolvido nesta instituição que tem como finalidade uma recuperação mais rápida, diminuindo o tempo de internamento e complicações associadas.

O pós-operatório tardio deste doente foi marcado com um quadro de *íleos paralítico* que consiste numa disfunção transitória da motilidade intestinal, sendo frequente após uma cirurgia abdominal. A sua prevenção e tratamento consiste na adoção de medidas pré, intra e pós-operatórias, nomeadamente: evitar o jejum prolongado e a realização de preparação intestinal; controlo da dor (colocação de cateter epidural evitando fármacos opióides); cirurgia minimamente invasiva como recurso à cirurgia convencional; restrição de fluidoterapia endovenosa; evitar colocação de sonda nasogástrica e drenos no intraoperatório; alimentação oral, levante e ambulância precoces; administração de terapêutica procinética (Goulart & Martins, 2010).

Ao terceiro dia de pós-operatório, o doente apresentava ausência de trânsito intestinal, abdómen distendido e pouco depressível. À auscultação abdominal verificou-se ausência de ruídos hidroaéreos. Doente refere sensação de náusea que, posteriormente, desencadeou episódio de vômito bilioso em grande quantidade. Mediante observação médica e discussão com equipa de enfermagem, foi colocada sonda nasogástrica para descompressão gástrica, encontrando-se funcionante com saída de conteúdo bilioso. As outras medidas instituídas consistiram em iniciar dieta zero, administração de terapêutica procinética e alimentação parentérica.

No decorrer da prática clínica, colaborei no acolhimento do doente no pós-operatório imediato e, além, de dar prevalência ao doente de carácter intermédio e intensivo, dei também prioridade ao doente cirúrgico abrangido pelo programa de reabilitação avançada.

O programa de reabilitação avançada deriva do programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) e abrange as cirurgias de citorredução, colo-rectal e ginecológica (laparotomia e cirurgia minimamente invasiva), nesta instituição. O programa ERAS consiste na introdução de medidas específicas no momento peri-operatório com o objetivo de estabelecer uma recuperação mais rápida do doente, reduzir o tempo de internamento bem como a morbidade pós-operatória e, por conseguinte, os custos (Martins, 2017).

Este programa inicia-se na fase pré-operatória e consiste na explicação do processo ao doente, na ausência de administração de medicação pré-anestésica, evitado o jejum prolongado, bem como a realização de preparação intestinal na cirurgia colorretal. Na fase intraoperatória, recorre-se a fármacos anestésicos de curta ação e à ausência de colocação de drenagens. Por fim, no pós-operatório está preconizado a remoção de cateteres venosos centrais e arteriais assim que possível, remoção de sonda nasogástrica (se colocada), levante e mobilização precoces e introdução de dieta oral (Martins, 2017).

O jejum prolongado é evitado através da ingestão de carbo-hidratos orais até duas horas antes da cirurgia. A administração de carbo-hidratos em formulação líquida diminui o catabolismo desencadeado pelo jejum, sendo mantidas as reservas de glicogénio, ocorrendo diminuição da resistência à insulina no pós-operatório, potenciando a força muscular (Casanova et al., 2019).

Como já foi referido acima, o *íleos paralítico* é uma complicação decorrente da cirurgia abdominal sendo responsável pelo recurso a terapêutica opióide para controlo da dor. Este programa atua na prevenção do *íleos paralítico* e controlo da dor através da administração prévia de Gabapentina e Celecoxib duas horas antes do procedimento cirúrgico. No que diz respeito à preparação intestinal, existe evidência que é a favor da sua realização na cirurgia abdominal, existindo autores que refutam a sua implementação. No programa de reabilitação avançada desta instituição, é realizada preparação intestinal nos doentes que vão ser submetidos a ressecção anterior do reto, abrangendo a cirurgia de citorredução que inclua a realização deste procedimento (Casanova et al., 2019).

Este programa inclui, também: a profilaxia do tromboembolismo no pós-operatório imediato com recurso à administração de heparina de baixo peso molecular e colocação de meias de compressão intermitente; prevenção do tromboembolismo prolongado com a administração de heparina de baixo peso molecular durante 28 dias após a cirurgia de abordagem laparotómica; ao fim de 24 horas de pós-operatório, toda a terapêutica deve ser administrada por via oral; prevenção de *íleos* através da administração de laxantes e amolecedores de fezes e recurso à pastilha elástica; a drenagem vesical deve ser removida ao fim de 24 horas; realização de exercícios respiratórios (Casanova et al., 2019).

Tal como já foi referido acima, um dos diagnósticos de enfermagem do doente cirúrgico é o risco de infeção. Em todos os momentos de cuidado especializado foram instituídas intervenções na prevenção e controlo da infeção no que diz respeito à preparação e administração de terapêutica, preparação de material para realização de técnicas invasivas, manipulação de cateteres e, na prevenção e controlo de colonização e infeção por

*staphylococcus aureus* resistente à metilina com a realização de higiene corporal com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, a todos os doentes internados na ACIR há mais de 48 horas, durante 5 dias (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Ao longo desta prática clínica foram, também, desenvolvidas competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista, tendo focado o meu cuidado especializado na responsabilidade profissional, ética e legal, contribuí para a melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao fundamentar a minha prática baseada na evidência científica.

### 2.2.2. Serviço de Urgência Geral

A conclusão do estágio final compreendeu-se entre os dias 2 e 12 de novembro de 2020 e realizou-se no mesmo serviço de urgência geral onde iniciei a primeira parte da prática clínica da unidade curricular “Vigilância e Decisão Clínica”, tendo sido orientada pelo mesmo enfermeiro especialista.

Este estágio ficou pendente com a declaração de uma pandemia global pela Organização Mundial de Saúde a 11 de março de 2020 que se deveu ao aparecimento da COVID-19, uma doença clínica causada por um novo coronavírus, designado como SARS-CoV-2, um vírus de genoma de RNA simples de sentido positivo, da família dos coronavírus (Mendes et al., 2020; Silva et al., 2020).

A origem do SARS-CoV-2 é zoonótica e corresponde ao sétimo coronavírus identificado causador de doença humana. Este vírus provoca no ser humano uma pneumonia viral potencialmente grave (Silva et al., 2020).

O período de incubação é de cerca de 4 dias, contudo pode durar até 14 dias. A maioria das pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 (>80%) apresentam sintomas ligeiros sem necessidade de hospitalização, 14% desenvolve sintomatologia mais grave como dispneia, taquipneia e hipoxemia e, 5% da população exposta a este vírus pode desenvolver formas mais graves da doença como a síndrome de dificuldade respiratória aguda, sépsis e/ou falência multiorgânica. Cerca de 6 a 10% da população internada necessita de cuidados especializados em UCI (Mendes et al., 2020; Silva et al., 2020).

Com o aparecimento deste vírus em Portugal, as instituições de saúde tiveram de se reorganizar quer a nível de recursos humanos, de recursos materiais e, também, a nível de prevenção e controlo de infeção. O serviço de urgência geral onde conclui o meu estágio

final foi reestruturado fisicamente, tendo sido notórias as alterações realizadas, em comparação prévia ao aparecimento deste vírus.

A nível físico, esta unidade de saúde foi dividida em duas áreas: “área não respiratória” e “área respiratória”, sendo esta última destinada para doentes com sintomatologia do foro respiratório.

O doente quando se dirige ao serviço de urgência geral para realizar a sua admissão é sujeito a uma “pré-triagem” onde é despistada a presença de sintomatologia respiratória. Caso seja positiva, o doente é encaminhado para a “área respiratória”.

A “área respiratória” está localizada num espaço construído para o efeito, sendo constituída pela sala de triagem, salas de observação médica e sala de inalatórios para doentes que necessitem de administração de oxigenoterapia. Duas das unidades de internamento de curta duração (SO3 e SO4) foram convertidas em áreas de contenção COVID-19, possuindo uma sala de reanimação e um quarto com pressão negativa.

A “área não respiratória” é constituída pelas mesmas valências já referidas no capítulo 2.1.2 à exceção da sala de inalatórios que já não é utilizada para esse efeito e de duas unidades de internamento de curta duração que passaram a ser áreas de contenção COVID-19.

Em relação a recursos humanos, foi aumentado o número de profissionais de saúde, nomeadamente, enfermeiros e auxiliares de ação médica. Foram providenciados também novos recursos materiais, como ventiladores, macas e equipamentos de proteção individual.

A reintegração neste serviço foi facilitadora uma vez que já tinha estabelecido uma relação de confiança com o enfermeiro orientador, conhecia o espaço físico e a maioria da equipa multidisciplinar e, também, o facto de estar familiarizada com o tipo de patologias mais frequentes nos doentes admitidos naquela unidade. A novidade neste serviço de urgência consistiu em contactar diretamente com o doente em situação crítica com diagnóstico de SARS-CoV-2 contribuindo para o meu desenvolvimento de habilidades e competências específicas no cuidado a estes doentes.

De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018) foi definido o seguinte **objetivo geral**: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família/cuidador e respetivos **objetivos específicos**:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de serviço de urgência;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com SARS-CoV-2, em contexto de serviço de urgência.

De forma a cumprir os objetivos definidos, centrei a minha aquisição e desenvolvimento de competências na sala de reanimação da “área não respiratória” por ser o local mais facilitador para o desenvolvimento de competências no cuidado especializado ao doente em situação crítica e, na área de contenção COVID-19 e sala de reanimação da “área respiratória”.

Durante o período que vivenciei experiências na sala de reanimação da “área não respiratória”, recorro a admissão de um doente do sexo masculino com cerca de 80 anos de idade que é trazido pela filha. Foi identificado um foco de instabilidade durante a abordagem ABCDE, tendo sido verificado um traçado cardíaco referente a uma taquicardia de complexos estreitos regulares. Doente com *Glasgow Coma Scale* (GCS) de 15 e com ausência de sinais de gravidade. Ao identificar antecipadamente este foco de instabilidade, foi ativado médico cardiologista que deu indicação para administrar terapêutica para reversão química, mas sem sucesso. Em conjunto com a equipa médica, foi decidido realizar cardioversão elétrica, tendo sido administrada terapêutica sedativa para realização do procedimento. Em colaboração com a restante equipa, foram executados cuidados técnicos de alta complexidade. Após realização de procedimento, doente encontrava-se bradipneico tendo sido colocado adjuvante da via aérea e iniciada oxigenoterapia por máscara de alto débito. Bradicárdico, com traçado cardíaco de ritmo de base sinusal. Hipotenso, tendo sido iniciada perfusão de terapêutica vasoativa. Afundamento do estado de consciência com GCS de 3.

Após discussão com equipa multidisciplinar, foi decidido avançar para ventilação mecânica invasiva e, posterior internamento em UCI e realização de exames complementares de diagnóstico, tendo aplicado os meus conhecimentos de suporte avançado de vida, colaborado na administração de protocolos terapêuticos complexos e no transporte do doente crítico.

Apesar de todas as restrições de visitas ou acompanhamento por familiares no serviço de urgência geral, foi permitida a visita da filha do doente devido ao seu prognóstico reservado.

No regresso ao serviço de urgência, encontrei a filha do doente tendo assistido nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que se encontrava o seu familiar,

providenciando conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação, sendo mais difícil nestes tempos de pandemia em que o abraço e o toque terapêutico sem uso de luvas são gestos terapêuticos que se perderam.

Na área de contenção COVID-19, adquiri competências no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção ao conhecer as normas de utilização dos equipamentos de proteção individual para prestar cuidados ao doente com este diagnóstico. Conheci, também, os circuitos instituídos para entrada e saída nestas áreas de contenção.

De forma a facilitar o meu processo de aquisição de competências e prestar um cuidado especializado ao doente com SARS-CoV-2, realizei pesquisa científica sobre a insuficiência respiratória aguda no doente com COVID-19 e o recurso à utilização da ventilação não invasiva, desenvolvendo autoconhecimento e assertividade e, justificando a minha prática com base na evidência.

No doente com pneumonia por SARS-CoV-2, os principais motivos das alterações nas trocas alvéolo-capilares são a alteração da relação ventilação/perfusão e/ou o *shunt*, sendo necessário recorrer ao uso de oxigenoterapia nasal de alto fluxo ou ventilação por pressão positiva, nomeadamente, ventilação não invasiva ou ventilação mecânica invasiva. Os estudos realizados sobre a insuficiência respiratória grave no doente com COVID-19 são escassos mas dão evidência para o desenvolvimento de hipoxemia grave, identificando-se na imagiologia a presença de *shunt* de 50% e ausência de áreas no pulmão para recrutamento alveolar, pelo que se recorre à utilização de pressão expiratória final positiva e posicionamento ventral para melhorar a relação ventilação/perfusão (Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias, 2020).

Recorre-se à ventilação não invasiva, no doente com patologia SARS-CoV-2 como alternativa à ventilação mecânica invasiva, contudo ainda não existe evidência científica suficiente sobre a vantagem da utilização deste modo ventilatório nesta patologia (Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias, 2020).

Em relação às interfaces, são aconselhadas o uso de máscaras oronasais ou faciais totais não ventiladas e sem válvula de segurança. Deve ser colocado um filtro *high efficiency particulate arrestance* entre a máscara e a porta expiratória e outro entre o circuito e o ventilador ou utilizar circuitos de ramo duplo (Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias, 2020).

A finalidade do uso da ventilação não invasiva consiste em atingir saturações periféricas entre os 92-96% e frequências respiratórias iguais ou inferiores a 20 ciclos por minuto, sem presença de aumento do trabalho respiratório, com volume corrente inferior a

8ml/Kg e Pressão Positiva Inspiratória nas Vias Respiratórias < 30cmH<sub>2</sub>O. Se não for possível atingir estes parâmetros após 1 a 2 horas do início de ventilação não invasiva, deve-se optar pela ventilação mecânica invasiva (Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias, 2020).

Estes doentes devem, preferencialmente, ser alocados em quartos de pressão negativa e com máscara cirúrgica colocada sobre a interface. (Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias, 2020).

Durante o período em que permaneci na área de contenção COVID-19, colaborei na prestação de cuidados especializados ao doente com alta suspeita ou com diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 com necessidade de ventilação mecânica não invasiva. Assisti e colaborei na entubação orotraqueal e conexão a prótese ventilatória e, posterior transporte para a UCI COVID-19 de um doente com cerca de 40 anos com diagnóstico de SARS-CoV-2 na sala de reanimação.

Nos turnos realizados na “área respiratória” foi evidente o cansaço físico e psicológico dos profissionais com os quais tive a oportunidade de partilhar sentimentos, emoções e incertezas. Aliado à carga de trabalho constante, estavam os equipamentos de proteção individual que provocavam sudorese e hiperventilação, aumentando o desgaste físico.

A conclusão do estágio final no mesmo serviço onde iniciei este percurso foi bastante vantajoso, uma vez que me proporcionou uma rápida reintegração, assim como me ofereceu a possibilidade de conhecer o serviço de urgência antes e após o aparecimento desta pandemia, e a sua consequente reestruturação física e o melhoramento em termos materiais, de recursos humanos e de prevenção e controlo de infeção.

Na reta final deste estágio, com competências adquiridas na área da enfermagem à pessoa em situação crítica que me permitem intervir como enfermeira especialista, tive a possibilidade de aumentar o meu conhecimento numa situação de exceção, obtendo novas aptidões no cuidado especializado ao doente em situação crítica em situação de estado de emergência nacional devido à Pandemia por COVID-19. Entende-se por exceção, uma “(...) *situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).



### **3. CONCLUSÃO**

A especialização em enfermagem viabiliza a diferenciação dos enfermeiros de cuidados gerais através do desenvolvimento de competências e de uma prática baseada no conhecimento científico. Esta aquisição de habilidades é fundamental para uma intervenção especializada e capacitada com vista à satisfação das necessidades do doente e sua família/cuidador e, também, para o desenvolvimento do ensino da enfermagem (Silva et al., 2018).

De acordo com a Lei de Bases de Saúde, os enfermeiros têm o direito à sua formação profissional, de forma a promoverem a atualização dos seus conhecimentos e, conseqüentemente, a melhoria contínua dos cuidados prestados (Assembleia da República, 2019).

O trabalho apresentado reflete detalhadamente o percurso desenvolvido para a obtenção do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado especializado à pessoa em situação crítica. O processo de aquisição e desenvolvimento de competências nesta área de especialização em enfermagem teve como alicerce as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista adquiridas e desenvolvidas durante a prática clínica, a confidencialidade, privacidade e segurança do doente foram sempre protegidas, garantindo uma responsabilidade profissional, ética e legal. Os processos de tomada de decisão para a prestação de um cuidado especializado foram discutidos com o enfermeiro orientador e sempre fundamentados através do conhecimento e experiência adquiridos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, foi assegurado um ambiente terapêutico e seguro ao doente e sua família/cuidador, bem como identificadas oportunidades de melhoria, tendo sido justificadas com recurso à evidência científica. A gestão dos cuidados ao doente em situação crítica foi acordada juntamente com os enfermeiros orientadores com o propósito de priorizar os cuidados e garantir a segurança e qualidade do mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ao nível das aprendizagens profissionais, este curso de mestrado estimulou o interesse para outras áreas da enfermagem, como a investigação. Durante este percurso formativo e, simultaneamente, a nível profissional, surgiu a necessidade em investigar sobre determinados assuntos e temáticas, contribuindo para um melhor cuidado especializado e diferenciado.

Foi desenvolvido um tema matriz sobre a “Inteligência Emocional dos Enfermeiros de Cuidados Críticos” e realizada uma revisão de literatura sob o formato de *scoping review*, tendo sido apresentada a uma revista científica, encontrando-se ainda em fase de aprovação.

De forma a promover a divulgação deste tema, tive a oportunidade de participar no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem especializada: protagonista no presente, inovadora no futuro”, onde apresentei a pesquisa realizada. Foi elaborado um póster sobre esta temática e oferecido à equipa de enfermagem dos serviços onde realizei as práticas clínicas e ao serviço onde trabalho.

Nesta fase final, é evidente a mudança na minha postura e atitude no meu local de trabalho, passando a assumir um pensamento reflexivo e uma atitude crítica face a situações com que me vou confrontando, refletindo e prestando cuidados como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

Em Apêndice, encontram-se a apresentação realizada no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem e o Póster.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, J., Serralva, M., Fernandes, M., Santos, L., Guerra, P., & Gomes, D. (2008). Citorredução seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica no tratamento da doença peritoneal maligna: Estudo de fase II com reduzida toxicidade e morbidade. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2<sup>a</sup> série(nº 4), 15–21.
- Acosta-Prado, J. C., & Torres, R. A. Z. (2019). *Validation of the wong and law emotional intelligence scale for chilean managers*. *Suma Psicológica*, 26(2), 110–118. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n2.7>.
- Assembleia da República. (2019). Lei de Bases da Saúde. In *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série (Vol. 169).
- Balsanelli, A. P., Zanei, S. S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2006). Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. *Acta Paul Enferm*, 19(1), 16–20.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. 294p. ISBN 972-8535-97-X.
- Bento, L. (2015). *Manual de Medicina Intensiva. Doente Cirúrgico de Alto Risco*. (Lidel Edições Técnicas (ed.)) 510-516p. ISBN 978-989-752-070-9.
- Cardoso, R. A. R. M. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde* [Universidade de Coimbra]. [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS final.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf).
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. de. (2019). Uso Da Teoria Do Conforto De Kolcaba Na Implementação Do Processo De Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 118–128. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>.
- Casanova, J., Andrade, R., Quaresma, T., Carriço, M., Conceição, F., Relveiro, F., Ferreira, S., Pires, M., Valentim, S., Ribeiro, R., & Silva, M. (2019). Programa de recuperação avançada. 35p.

- Castro, N. M. (2019). *Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería*. *ENE, Revista de Enfermería*, 13(3), 1–26. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es).
- Codier, E., & Codier, D. (2015). Do emergency nurses have enough emotional intelligence? *Emergency Nurse*, 23(3), 26–29. <https://doi.org/10.7748/en.23.3.26.e1388>.
- Coelho, R. E. R. (2009). Adenocarcinoma do esófago: abordagem diagnóstica e papel da cirurgia no tratamento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade Do Porto, 1–16.
- Costa, A. M. G. (2009). Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros [Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Dissertação Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfer.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Dissertação%20Inteligência%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf).
- Cunha, D. A. de O. da, Cunha, R. L. da, Santos, M. L. S. C. dos, Oliveira, E. M. de, Soares, R. D. S., & Fuly, P. D. S. C. (2018). Perfil dos pacientes admitidos em uma unidade de Terapia Intensiva Oncológica/ *Profile of patients admitted in a oncological Intensive Therapy Unit*. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v17i2.40365>.
- Dalla Valle, T., & Garcia, P. C. (2019). Critérios de admissão do paciente oncológico em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais gerais. *Revista de Ciências Médicas*, 27(2), 73. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a4121>.
- Damásio, A. (2010). O livro da consciência. <https://psicologiadoespirito.files.wordpress.com/2017/01/o-livro-da-conscic3aancia-antc3b4nio-damc3a1sio.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 1–20. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Relatório Da Comissão de Reavaliação Da Rede Ncional de Emergência/Urgência, 110. <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>.

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. 24. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://doi.org/10.1021/bm050229c>.
- Einarsen, K. A., & Giske, T. (2019). *Nursing students' longitudinal learning outcomes after participation in a research project in a hospital 'Enhancing Nurses Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care (EPICC) View project EPICC Project: best*. <https://doi.org/10.19043/ipdj.91.004>.
- Encarnação, R. M. C., Soares, E. M. da C., & Faria de Carvalho, A. L. R. (2018). *Emotional intelligence: influencing factors and impact on nurses in intensive care*. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 19, e33229. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933229>.
- Escobar-Castellanos, B., & Jara-Concha, P. (2019). *Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje*. *Educación*, 28(54), 182–202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>.
- Figueiredo, A. R., Santos Potra, T., & Lucas, P. B. (2019). Comunicação Eficaz Na Transição De Cuidados De Saúde: Uma Revisão *Scoping*. 2, 279–288.
- Filipe, L. A. M. (2017). Inteligência Emocional Percebida do Enfermeiro e a Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gandra, M. M. G. (2016). A importância da inteligência emocional nas competências de gestão - Um estudo de caso num operador logístico português [Universidade Lusófona do Porto: Faculdade de Ciências Económicas, Sociais e da Empresa]. <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/7174/1/Dissertação.pdf>.
- George, J. M. (2000). *Emotions and leadership: The role of emotional intelligence*. *Human Relations*, 53(8), 1027–1055. <https://doi.org/10.1177/0018726700538001>.
- Goleman, D. (2006). Inteligência emocional. SABADO.
- Goleman, D. (2015). Como se faz um líder? In *Inteligência Emocional: HBR 10 artigos essenciais* (pp. 1–36). Conjuntura Actual Editora.

- Goulart, A., & Martins, S. (2010). Íleo paralítico pós-operatório: fisiopatologia, prevenção e tratamento A. GOULART 1. In *Rev Port Coloproct* (Vol. 7, Issue 2).
- Haresabadi, M., Seyed Sharifi, S., & Yaghubi M, M. (2016). *The relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 7(3), 527–536. <https://doi.org/10.29252/jnkums.7.3.527>.
- Leal, L. A., Soares, M. I., Silva, B. R. da, Chaves, L. D. P., & Camelo, S. H. H. (2018). *Challenges to develop competencies in the hospital framework. Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 22, 1099. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180042>.
- Lima, M. M. de, Reibnitz, K. S., Kloh, D., Silva, K. L. da, & Ferraz, F. (2018). *The pedagogical relationship in practical-reflexive education: Characteristic elements of teaching integrality in nurse education. Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001810016>.
- Machado Hercos, T., De Siqueira Vieira, F., Silva de Oliveira, M., Scatralhe Buetto, L., Megumi Naka Shimura, C., & Megumi Sonobe, H. (2014). O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 60(1), 51–58. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2014v60n1.495>.
- Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências Da Saúde*, 14(2). <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>.
- Martins, M. V. D. de C. (2017). Estamos realmente prontos para a implantação do protocolo ERAS? *Revista Do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 44(4), 314–315. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004015>.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). *What is Emotional Intelligence? In Emotional Development and Emotional Intelligence: Educacional Implications* (pp. 3–34). BasicBooks.
- Mendes, J., Mergulhão, P., Gonzalez, F., Froes, F., Paiva, J. A., & Gouveia, J. (2020). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para a Abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva - Atualização sobre Corticoterapia. 10–14.

- Mestre, J. M., Brackett, M. A., Guil, R., & Salovey, P. (2008). *Inteligencia emocional: definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de Mayer y Salovey*. In *Motivación y Emoción* (pp. 407–438). McGraw-Hill Editors: F. Palmero, F. Martínez-Sánchez.
- [https://www.researchgate.net/publication/259998138\\_inteligencia\\_emocional\\_definicion\\_evaluacion\\_y\\_aplicaciones\\_desde\\_el\\_modelo\\_de\\_habilidades\\_de\\_mayer\\_y\\_salovey](https://www.researchgate.net/publication/259998138_inteligencia_emocional_definicion_evaluacion_y_aplicaciones_desde_el_modelo_de_habilidades_de_mayer_y_salovey).
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho nº10319/2014. In *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série - n.º 153 (11-08-2014).
- Ministério da Saúde. (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. In *Diário da República*: Vol. 2.<sup>a</sup> série (Issue 28). <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Mosca, A. M. S. S., & Barbosa, L. E. (2017). Abordagem Terapêutica da Carcinomatose Peritoneal em doentes com Carcinoma Colorretal. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 40, 35–50. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-69182017000100006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182017000100006).
- Nagel, Y., Towell, A., Nel, E., & Foxall, F. (2016). *The emotional intelligence of registered nurses commencing critical care nursing*. *Curationis*, 39(1), e1–e7. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1606>.
- Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias. (2020). Tratamento não invasivo da insuficiência respiratória aguda em doentes com covid-19. Sociedade Portuguesa de Medicinas Interna. <https://doi.org/10.1183/16000617.0008-201>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Parecer MCEEMC 10 / 2017, 10, 1–4. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf).

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Diário da República, 2.ª série-N.º 135-16 de julho de 2018). Diário da República, 2.ª série-N.º 135-16 de julho de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Peixoto, N. P. A. (2016). A Prática da reflexão em Enfermagem. 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)* (M. Z. Aromataris E (ed.); Issue March). <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Rabiais, I. C. M. (2016). A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar. Novas Edições Académicas. 2016. 585p.
- Rezaei, S., & Salehi, S. (2018). *A Study of the Relationship between Emotional Intelligence and Patient Safety Culture among Emergency Nurses in Selected Hospitals in Shiraz in 2017. Journal of Research in Medical and Dental Science, 6(2), 276–283.* <https://www.jrmds.in/articles/a-study-of-the-relationship-between-emotional-intelligence-and-patient-safety-culture-among-emergency-nurses-in-selected.pdf>.
- Rossi, L. A., Torрати, F. G., de Carvalho, E. C., Manfrim, A., & da Silva, D. F. (2000). *Nursing diagnosis of the patient in the immediate postoperative period.* Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 34(2), 154–164. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342000000200005>.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Revista de Enfermagem Referência, III Série(nº 3), 15–23. <https://doi.org/10.12707/riii1019>.
- Sharif, F., Rezaie, S., Keshavarzi, S., Mansoori, P., & Ghadakpoor, S. (2013). *Teaching emotional intelligence to intensive care unit nurses and their general health: a randomized clinical trial. The International Journal of Occupational and Environmental Medicine, 4(3), 141–148.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23860544>.
- Silva, C. N., Ceia, F., & Tavares, M. (2020). Imunidade na infeção pelo SARS-CoV-2: O que sabemos. In Medicina Interna [online] (Vol. 27, Issue 1). <https://doi.org/10.24950>.

- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). *Becoming a specialist: Portuguese nurses' expectations after completing the specialization program*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº16), 147–154. <https://doi.org/10.12707/riv17076>.
- Silva, R. M. de O., Luz, M. D. A. da, Fernandes, J. D., Silva, L. S. da, Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. da S. R. da. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>.
- Solano Ruiz, M. C., Hernández Vidal, P., Vizcaya Moreno, M. F., & Reig Ferrer, A. (2002). *[Burnout's syndrome in critical care nursing professionals]*. *Enfermería Intensiva / Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*, 13(1), 9–16. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(02\)78049-8](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(02)78049-8).
- Stracieri, L. D. da S. (2008). Cuidados e complicações pós-operatórias. In *Fundamentos em Clínica Cirúrgica* (pp. 465–468). <http://www.fmrp.usp.br/revista>.
- Tofighi, M., Tirgari, B., Fooladvandi, M., Rasouli, F., & Jalali, M. (2015). *Relationship between emotional intelligence and organizational citizenship behavior in critical and emergency nurses in south east of Iran*. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(1), 79–88. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v25i1.11>.
- Torre, M., Santos Popper, M. C., & Bergesio, A. (2019). *Burnout prevalence in intensive care nurses in Argentina*. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 30(3), 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2018.04.005>.
- Towell, A., Nel, W. E., & Muller, A. (2015). *Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa*. *Health SA Gesondheid*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.04.001>.
- Towell, Amanda, Nel, E., & Müller, A. (2013). *The emotional intelligence of a group of critical-care nurses in South Africa*. *Health SA Gesondheid*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.4102/hsag.v18i1.674>.
- Vieira, R. A. da C., Lopes, S. L. B., Amendola, C. P., & Cárcano, F. M. (2020). *Emergências no Paciente Oncológico* (T. R. Publicações (ed.); 1ª edição). [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=\\_JLnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=paciente+oncológico+terapia+intensiva&ots=gEc0QsHXEN&sig=at7L4rroC3EHU-hGbNTY238jpb0&redir\\_esc=y#v=onepage&q=paciente+oncológico+terapia+intensiva&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=_JLnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=paciente+oncológico+terapia+intensiva&ots=gEc0QsHXEN&sig=at7L4rroC3EHU-hGbNTY238jpb0&redir_esc=y#v=onepage&q=paciente+oncológico+terapia+intensiva&f=false).



## APÊNDICES

### Apresentação III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem



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

**Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos: revisão scoping**  
**Critical care nurses' emotional intelligence: a scoping review**

Autores: Lampreia, Cátia<sup>1</sup>; Correia, Pedro<sup>1</sup>; Rabiais, Isabe<sup>2</sup>; Madureira, Maria<sup>3</sup>; Caldeira, Sílvia<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Enfermeiro(a), <sup>2</sup>Mestre em Ciências da Educação e Doutora em Enfermagem; <sup>3</sup>Mestre em Cuidados Paliativos e Doutora em Enfermagem, <sup>4</sup>Mestre em Bioética e Doutora em Enfermagem

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

## Sumário

Inteligência Emocional: Definição

Modelo de Capacidade de Salovey & Mayer

Objetivo e questão de revisão

Metodologia

Resultados e Discussão

Conclusão

Implicações para o cuidado de enfermagem especializado



## Definição

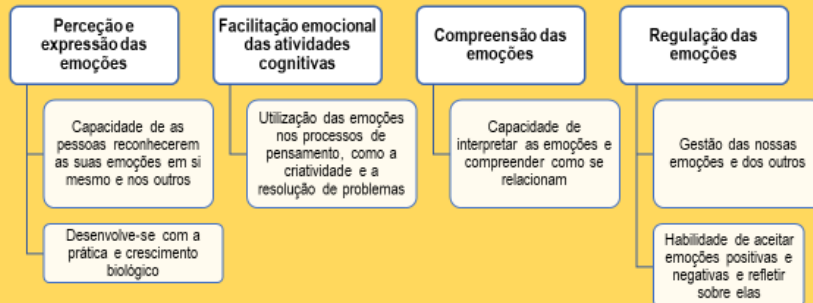
A inteligência emocional consiste na habilidade de gerir as nossas emoções e as dos outros, distinguindo-as entre si e utilizando as informações obtidas para organizar o nosso processo de pensamento e ação<sup>1</sup>.

A falta de competências de inteligência emocional torna a pessoa emocional e socialmente incapacitada<sup>2</sup>.

As pessoas que recorrem ao uso das suas emoções são mais eficazes no seu meio profissional, nos seus relacionamentos e no seu bem-estar e saúde<sup>3</sup>.



### Modelo de Capacidade de Salovey & Mayer



### Objetivo

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

### Questão de revisão

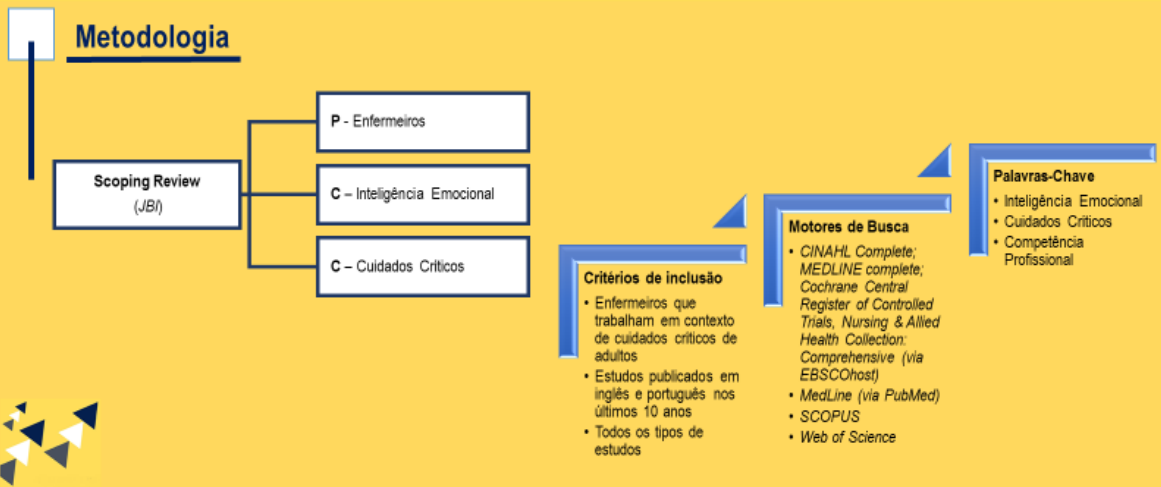
Qual a evidência sobre a inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos?

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

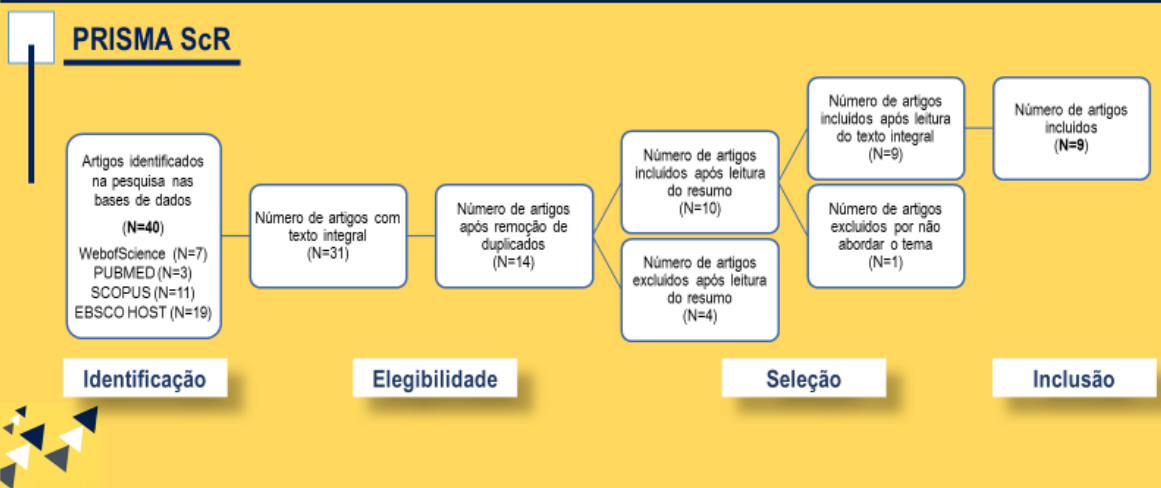
Qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros de cuidados críticos e a inteligência emocional?

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

## Metodologia

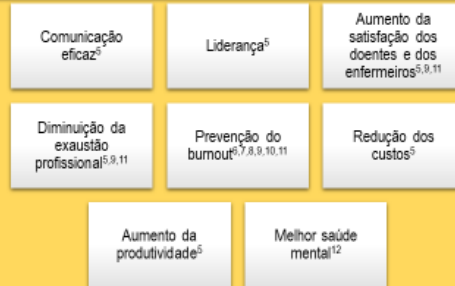


## PRISMA ScR



**Resultados e Discussão**

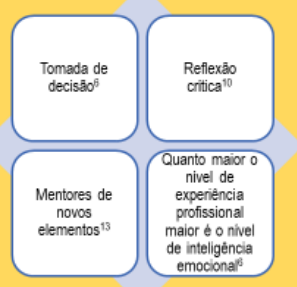
Qual a influência da inteligência emocional na saúde em geral dos enfermeiros de cuidados críticos?



Goleman D. (1995). "Inteligência emocional: como ela funciona e por que importa". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2002). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2006). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2011). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2015). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2019). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.

**Resultados e Discussão**

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



Goleman D. (1995). "Inteligência emocional: como ela funciona e por que importa". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2002). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2006). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2011). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2015). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.  
 Goleman D. (2019). "Inteligência emocional: a inteligência da vida emocional". São Paulo: Objetiva.

## Resultados e Discussão

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

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



14)García, T. and B. Rodríguez. "The Effect of Emotional Intelligence on Organizational Citizenship Behavior and Safety Culture in Intensive Care Units." *Journal of Nursing Management*. 2015. doi:10.1111/jonm.12278.  
15)García, T. and B. Rodríguez. "Emotional Intelligence and Organizational Citizenship Behavior in Intensive Care Units." *Journal of Nursing Management*. 2017. doi:10.1111/jonm.12400.

## Conclusão

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

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



### Implicações para o cuidado de enfermagem especializado

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

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

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

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

\*De acordo com o Regulamento do Mestrado em Enfermagem Especializada, aprovado em 2019, a avaliação dos conhecimentos dos alunos é realizada através de provas escritas e orais, realizadas em formato presencial ou online.

### Implicações para o cuidado de enfermagem especializado

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

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


Obrigado pela vossa atenção...



Email: [catia.lampreia@fundacaochampalimaud.pt](mailto:catia.lampreia@fundacaochampalimaud.pt)




# Poster “Inteligência Emocional dos Enfermeiros de cuidados Críticos”



**Inteligência emocional dos enfermeiros de cuidados críticos**  
*Critical care nurses' emotional intelligence*

Autores: Lampreia, Cátia<sup>1</sup>; Correia, Pedro<sup>2</sup>; Rabais, Isabel<sup>3</sup>; Madureira, Maria<sup>4</sup>; Caldeira, Sílvia<sup>2</sup>

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



---

### INTRODUÇÃO

A **inteligência emocional** consiste na habilidade de gerir as nossas emoções e as dos outros, distinguindo-as entre si e utilizando as informações obtidas para organizar o nosso processo de pensamento e ação<sup>1</sup>. A falta de competências de inteligência emocional torna a pessoa emocional e socialmente incapaz<sup>2</sup>. As pessoas que recorrem ao uso das suas emoções são mais eficazes no seu meio profissional, nos seus relacionamentos, e no seu bem-estar e saúde<sup>3</sup>.

O **modelo de capacidade** desenvolvido por Salovey e Mayer apresenta maior evidência científica, sendo o mais utilizado para avaliar a inteligência emocional em enfermagem<sup>4</sup>.

### MODELO DE CAPACIDADE DE SALOVEY & MAYER<sup>5</sup>

Percepção e expressão das emoções	Fertilização emocional das atividades cognitivas	Compreensão das emoções	Regulação das emoções
Capacidade de as pessoas reconhecerem as suas emoções e o estado emocional de si mesmo e nos outros	Utilização das emoções como fator integrante dos processos de pensamento, como a criatividade e o enfrentamento de problemas	Conhecimento e organização cognitiva das emoções na utilização da inteligência emocional nos contextos de compreensão e raciocínio	Controlo das nossas emoções e das dos outros, bem como a habilidade de controlo de sentimentos próprios e regulá-los e refletir sobre eles

As emoções orientam o nosso pensamento para os assuntos que consideramos importantes de forma a organizarmos a informação e a resolvermos os problemas

---

### OBJETIVO

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

---

### QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

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

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

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

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

### METODOLOGIA

**Scoping Review**  
• Joanna Briggs Institute

**Critérios de Inclusão**

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

**Palavras-Chave**

- Inteligência Emocional
- Cuidados Críticos
- Competência Profissional

**Motors de Busca**

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

5 artigos incluídos

---


### RESULTADOS

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

- Comunicação eficaz<sup>6</sup>
- Liderança<sup>6</sup>
- Aumento da satisfação dos doentes e dos enfermeiros<sup>6,7,8</sup>
- Diminuição da exaustão profissional<sup>9,10,11</sup>
- Prevenção de Burnout<sup>12,13,14</sup>
- Redução dos custos<sup>6</sup>
- Aumento da produtividade<sup>6</sup>
- Melhor saúde mental<sup>15</sup>

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

Quanto maior a experiência profissional, maior o nível de inteligência emocional?



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

Enfermeiros emocionalmente inteligentes apresentam um comportamento de cidadania organizacional, permitindo-lhes estabelecer uma relação de confiança com os doentes, aumentando a cultura de segurança dos mesmos<sup>16,17</sup>.

---

### CONCLUSÃO

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

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

### REFERÊNCIAS

