



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS PARA A EXCELÊNCIA DO CUIDAR**

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

Por

Ana Catarina Sousa Fonseca

Porto – março de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS PARA A EXCELÊNCIA DO CUIDAR**

**THE PROCESS OF DEVELOPING SPECIALIZED SKILLS FOR
EXCELLENCE IN CARE**

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

Por

Ana Catarina Sousa Fonseca

Sob orientação de Prof. Rúben Encarnação

Porto – março de 2025

RESUMO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular “*Estágio Final e Relatório*”, integrada no ciclo de estudos do 17º curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, sendo representativo de todo o percurso formativo concretizado para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem. Este processo foi conduzido em dois contextos de prática distintos, sendo efetuado num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente.

O trabalho foi elaborado sob uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, suportado na mais recente evidência científica, através da articulação de vários níveis do saber e processos de reflexão acerca das experiências vivenciadas durante os momentos de prática clínica. A sua fundamentação encontra-se estruturada de acordo com os domínios de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na respetiva área de especialização, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

No seu desenvolvimento, foram evidenciadas as atividades concebidas com vista à melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional, na construção de um perfil profissional de excelência. A comunicação com a pessoa em situação crítica foi destacada como uma componente central dos cuidados e pilar estruturante da identidade profissional da estudante. Destaca-se, ainda, a investigação desenvolvida nesta área de intervenção, através da elaboração de uma revisão da literatura sobre estratégias de comunicação aumentativa e alternativa no doente adulto com ventilação mecânica invasiva em unidades de cuidados intensivos, sendo este um processo fundamental no desenvolvimento de competências de investigação e de mestre em enfermagem.

O cuidado ao outro, especialmente em momentos de vulnerabilidade causados pela doença crítica, exige um compromisso firme com os valores da profissão, sendo o enfermeiro especialista um agente promotor da melhoria dos cuidados prestados, elevando a qualidade, segurança e eficiência das suas intervenções, assumindo, assim, um compromisso contínuo com a excelência do cuidar.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Excelência do Cuidar; Pessoa em Situação Crítica; Comunicação em Enfermagem.

ABSTRACT

This document emerges as part of the curricular unit “*Estágio Final e Relatório*”, integrated into the curricular plan of the 17th course of the Master's Degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, at the School of Nursing (Porto), of the Universidade Católica Portuguesa, and is representative of the entire formative process carried out to acquire and develop the skills of a specialist nurse and master in nursing. This process was conducted in two different practice contexts which included an Intensive Care Unit and an Intermediate Care Unit.

The work was produced using a descriptive and critical-reflective methodology, supported by the latest scientific evidence, through the articulation of various levels of knowledge and processes of reflection on the experiences lived during clinical practice. The foundation was structured according to the domains of common and specific skills of the specialist nurse, in the respective area of specialization, established by the Ordem dos Enfermeiros.

In its development, the activities were highlighted with a focus on continuous quality improvement and professional development, to build a professional profile of excellence. Communication with people in critical situations was mentioned as a central component of care and a structuring pillar of the student's professional identity. In this context, the research conducted in this area of intervention was emphasized, through the review of the literature on augmentative and alternative communication strategies for adult patients with invasive mechanical ventilation in intensive care units, which is a fundamental process in the development of master skills.

Caring for others, especially in moments of vulnerability caused by critical illness, requires a firm commitment to the values of the profession, with the specialist nurse being an agent that promotes the improvement of the care provided, raising the quality, safety, and efficiency of their interventions, therefore assuming a continuous commitment to excellence in care.

Keywords: Specialist Nurse; Excellence in Care; Critical Ill Patient; Nursing Communication.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha irmã, por todo o amor e apoio incondicional que sempre me demonstraram ao longo da vida.

Aos meus amigos, que seguraram um bocadinho de mim durante este capítulo desafiante.

Ao professor Rúben Encarnação, pela orientação exímia e disponibilidade que tão prontamente demonstrou durante todo este processo de aprendizagem.

A todos os meus tutores, por me terem desafiado e acompanhado ao longo de toda a prática clínica, foi um privilégio aprender convosco.

A todos,
o meu mais sincero, obrigada.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

CI	Cuidados Intensivos
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção-Geral da Saúde
EC	Enfermeiro Coordenador
ECMO	<i>Extra Corporeal Membrane Oxygenation</i>
EE	Enfermeiro Especialista
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OHB	Oxigenoterapia Hiperbárica
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PBE	Prática Baseada em Evidência
PCI	Prevenção e Controlo de Infeção
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SE	Sala de Emergência
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SMIP	Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UCIP	Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. O INÍCIO DO PERCURSO PROFISSIONAL E ACADÊMICO	17
2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	23
2.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE	24
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS POLIVALENTE	27
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	29
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	30
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	30
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	33
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	39
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	42
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	46
3.2.1. Cuidado à pessoa em situação crítica	46
3.2.2. Cuidado à pessoa em situação emergente, exceção e catástrofe	54
3.2.3. Controlo de infeção associada aos cuidados de saúde	56
4. COMUNICAÇÃO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	75
APÊNDICE I – Intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida...	76
APÊNDICE II – Plano de sessão	83
APÊNDICE III – A pessoa em situação crítica sob quimioterapia.....	86
APÊNDICE IV – A pessoa em situação crítica sob quimioterapia – recomendação de boas práticas.....	103
APÊNDICE V – Questionário de avaliação pedagógica.....	116
APÊNDICE VI – Póster “Intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida”	118

APÊNDICE VII – Póster “Cuidados de enfermagem ao cateter venoso central totalmente implantado: prática baseada na evidência”	120
ANEXOS.....	122
ANEXO I – Comprovativo de presença – formações UCIP.....	123
ANEXO II – Certificado de presença “1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico”	127
ANEXO III – Certificado de presença “Jornadas Medicina Intensiva do Porto”	129
ANEXO IV – Certificado de presença “I Congresso de Especialidades de Enfermagem da ULSEDV”	131
ANEXO V – Certificado do trabalho apresentado “Intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida”	133
ANEXO VI – Certificado do trabalho apresentado “Cuidados de enfermagem ao cateter venoso central totalmente implantado: prática baseada na evidência”	135

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular “*Estágio Final e Relatório*”, integrada no plano curricular do 17º curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), no ano letivo 2024/2025, da Escola de Enfermagem do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação do professor Rúben Encarnação. O mesmo contempla a elaboração de um relatório representativo de todo o percurso formativo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e de Mestre em Enfermagem.

A unidade curricular é composta por uma carga horária total de 840 horas, que se dividem entre 400 horas de contacto e 440 horas de trabalho individual. A sua componente prática integra 20 horas de seminário, 20 horas de orientação tutorial e um estágio concretizado em duas unidades de prática clínica da área de especialização, perfazendo um total de 360 horas, distribuídas uniformemente entre os diversos contextos. O estágio final desenvolveu-se ao longo de 15 semanas, sendo o primeiro momento realizado num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP), no espaço temporal de 2 de setembro de 2024 a 23 de outubro de 2024, e o segundo efetuado numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP), no período de 24 de outubro de 2024 a 18 de dezembro de 2024.

A saúde é dos setores que mais depende de recursos humanos qualificados com conhecimentos, competências e ferramentas que lhes possibilitem integrar responsabilidades crescentes, conduzir processos de decisão complexos e assegurar uma prestação de cuidados de saúde seguros (Pinho, 2020). A escolha dos locais de estágio em serviços de internamento polivalentes, de reconhecida complexidade e qualidade assistencial, foi motivada pelo interesse pessoal da estudante pelo cuidado em contexto hospitalar e, em específico, em regime de internamento. Neste sentido, a imersão da prática em ambientes abrangentes, ricos em aprendizagem e diversificados em oportunidades e experiências potenciou o desenvolvimento de proficiência profissional, visando uma atuação mais qualificada e diferenciada no cuidado em enfermagem.

Enquanto contexto técnico-científico em permanente desenvolvimento, a profissão de enfermagem impõe a si mesmo e aos seus profissionais a procura constante de competências diferenciadas para dar resposta às situações de cuidados em saúde, exigindo, cada vez mais, que estes sejam fundamentados em princípios determinantes como a segurança e qualidade. A prática reflexiva emerge como uma habilidade necessária para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos e compreensão aprofundada sobre os fenómenos, sendo fundamental para uma resposta individualizada às necessidades de cada pessoa e de cada situação (Marques *et al.*, 2024). Neste contexto, destacam-se as pessoas que se encontram a vivenciar processos de doença crítica, uma vez que requerem cuidados de saúde específicos que garantam uma abordagem altamente especializada, devido à instabilidade, vulnerabilidade e complexidade intrínsecas à sua condição.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define PSC como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, sendo a sua sobrevivência dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). O EE surge como o elemento-chave no cuidado à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, uma vez que apresenta competência para responder às necessidades em cuidados com intervenções precisas, eficientes, e em tempo útil, minimizando o impacto das mudanças decorrentes do processo de manutenção das funções básicas de vida (Marques *et al.*, 2024). De igual forma, como facilitador do processo crítico-reflexivo, assume especial relevância na sustentação de uma prática promotora de qualidade e segurança dos cuidados.

O presente relatório de estágio foi elaborado sob uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, sendo suportado na mais recente evidência científica. Este apresenta como objetivo primordial documentar o processo de desenvolvimento de competências especializadas ao longo da trajetória académica, na construção de um perfil profissional de excelência, através da articulação de vários níveis do saber e processos de reflexão acerca das experiências vivenciadas durante este período.

Respetivamente à sua estruturação, o corpo do trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos sequenciais. A ordem lógica compõe um dinamismo orgânico, sendo o primeiro capítulo alusivo ao início do percurso profissional e académico, refletindo a base sobre a qual se construiu o desenvolvimento da estudante. Nele são apresentadas as experiências pessoais e profissionais prévias, assim como o início do percurso académico realizado,

fundamentais para a compreensão e contextualização do trajeto percorrido. De seguida, é exposto o capítulo da caracterização dos contextos de estágio, onde se encontram descritas as características gerais dos diversos locais, assim como a sua organização e dinâmica assistencial. O terceiro capítulo, desenvolvimento de competências especializadas, compõe o teor principal do conteúdo deste trabalho, estando estruturado de acordo com os domínios de competências comuns e específicas do EE, na respetiva área de especialização, preconizados pela OE. O último capítulo procura refletir sobre o tema da comunicação com a PSC, reconhecendo esta componente como um pilar elementar na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Neste sentido, considerou-se relevante o estudo da temática em questão, objetivando a análise da evidência científica sobre estratégias de comunicação aumentativa e alternativa no doente adulto com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) em unidades de cuidados intensivos, através da realização de uma *scoping review*. A concretização de uma revisão de literatura comporta um processo fundamental no desenvolvimento de competências de mestre, uma vez que a investigação é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico e uma componente central para a afirmação da disciplina e profissão de enfermagem (Néné & Sequeira, 2022).

A organização lógica e concetual deste relatório é conduzida pelo documento “*Guia Elaboração do Relatório*”, facultado pela Escola de Enfermagem do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, e norteadada pela orientação do professor orientador, sendo a referenciação bibliográfica elaborada de acordo com a norma *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

1. O INÍCIO DO PERCURSO PROFISSIONAL E ACADÊMICO

Ao longo da trajetória de carreira, é fundamental que o enfermeiro incremente uma cultura comprometida com o desenvolvimento profissional, sendo este a base de sustentação do futuro da Enfermagem, enquanto profissão, ciência e *arte* (Ribeiro, 2023).

O percurso profissional e acadêmico são componentes particulares e individualizadas a cada profissional, devendo este ser corresponsável pela sua aprendizagem, na construção de uma prática implicada na excelência do cuidar. Este processo de construção pessoal, influenciado pelas relações interpessoais e dependente da experiência individual, promove o desenvolvimento e a construção de uma identidade profissional estruturada, que se reflete na capacidade de tomada de decisão e no agir profissional de forma adequada, efetiva e eficiente (Marques *et al.*, 2024).

Como enfermeira de cuidados gerais, o percurso da estudante foi iniciado há cerca de cinco anos, sendo a experiência clínica centrada na atividade profissional desenvolvida numa Unidade de Cuidados Paliativos, num Serviço de Internamento de Medicina Oncológica e, mais recentemente, num Serviço de Nefrologia e Centro de Cuidados Renais. A aprendizagem e a experiência prática desenvolvida nestes serviços demonstraram ser elementares no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que permitiram a construção de uma base sólida e adequada para o desempenho profissional e pessoal demonstrado em campo de estágio.

No âmbito da enfermagem, a competência clínica está associada ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das múltiplas funções inerentes à prestação de cuidados (Polo *et al.*, 2024). Esta é um fenómeno multidimensional complexo, onde as dimensões técnicas e relacionais se complementam, definido como a capacidade do enfermeiro para prestar cuidados seguros e eficazes, face à sua responsabilidade profissional. A enfermagem é uma disciplina sustentada em conhecimento, que permite construir uma profissão organizada em torno de teorias e métodos que evoluem a partir de uma ou mais visões de um fenómeno de interesse, com a finalidade de melhorar

a prática profissional (Marques *et al.*, 2024). O modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner defende que o processo de aquisição e o desenvolvimento de competências compreende cinco níveis sucessivos de proficiência, na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo a autora, é através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar o que é relevante na circunstância e a extrair o seu significado, sendo que a competência para a excelência do cuidar emerge quando se ganha perícia profissional, mediante uma aprendizagem experiencial (Benner, 2001). Esta ideia é suportada por Bofert (2003), que defende que as competências profissionais são reconhecidas pela sua inteligência prática das situações, não só através do desenvolvimento da capacidade do saber fazer, mas principalmente na compreensão do que é feito.

Na prática, a competência revela-se na ação e tem subjacente um conjunto diversificado de fatores, de natureza contextual e pessoal, que permitem a compreensão dos fenómenos e atribuição de novos significados, que contribuirão para aprimorar a prática na qual o profissional opera e se transforma. Tal implica não só uma responsabilidade profissional, como também uma reflexão sobre a ação enquanto impulsionadora do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências (Marques *et al.*, 2024).

A aquisição de competências especializadas é um processo formativo que se desenvolve desde o início do curso de mestrado, sendo o estágio um espaço privilegiado para a aplicação e consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos. Neste sentido, a aprendizagem em contexto clínico iniciou-se no 1º ano letivo com a realização do estágio “*A pessoa em situação crítica e família – vigilância e decisão clínica*”, num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de adultos, integrando o primeiro momento prático fundamental para o desenvolvimento de competências na área da PSC. A escolha de um SUP para a concretização do ensino clínico foi motivada por este constituir uma instituição de referência para todo o país, com grande impacto na capacitação da resposta do Serviço Nacional de Saúde, sendo-lhe conferida a respetiva qualidade assistencial, num contexto de prática diferenciada.

O Serviço de Urgência (SU) é um serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional, que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência médicas, cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exija uma intervenção imediata (Ministério da Saúde, 2002). Apesar do presente

relatório não incidir na concretização das atividades realizadas neste contexto de estágio, para o atingimento dos objetivos propostos, considera-se importante ressaltar algumas vivências e aprendizagens adquiridas nesta circunstância, uma vez que traçaram o caminho e impulsionaram o desenvolvimento de competências nos momentos de prática subsequentes. Deste modo, confere-se uma especial atenção aos turnos realizados na Sala de Emergência (SE), pois constituiu o local primordial para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente, que se demonstraram fundamentais na concretização do estágio final.

A SE é uma área que tem como objetivo prestar cuidados de saúde a pessoas com alto risco de morte, através da restauração rápida da viabilidade ventilatória e circulatória, com preservação dos órgãos vitais (Ferreira *et al.*, 2020). Esta constitui uma interface entre os cuidados pré-hospitalares e o SU, sempre que é necessário um atendimento imediato, uma vez que é possível a entrada da pessoa diretamente na sala, sem que haja a necessidade de passar previamente pela área de triagem. De igual forma, também serve de apoio às restantes áreas do SU, perante o desenvolvimento de situações de instabilidade e/ou descompensação hemodinâmica com possível risco à vida. Os cuidados e as atividades desenvolvidas na SE são altamente complexos e especializados, sendo o EE um profissional que apresenta uma responsabilidade acrescida associada à sua prática. A sua ação é fundamental, uma vez que atenta principalmente à prevenção de complicações e minimização da incapacidade, através de intervenções que têm como enfoque a identificação precoce da instabilidade e risco de falência orgânica.

Considera-se pertinente destacar o olhar crítico desenvolvido na avaliação inicial da PSC, através da utilização de uma ação sequencial, assente na abordagem “ABCDE”. Esta consiste numa metodologia sistematizada que segue uma sequência estruturada de avaliação (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica e exposição) e atuação por prioridades (Soar *et al.*, 2021). Apesar desta abordagem ter sido inicialmente desenvolvida para melhorar os cuidados prestados a pessoas com doença do foro traumático é, atualmente, utilizada em todas as potenciais emergências médicas e aplicável durante a avaliação primária da PSC (Bruinink *et al.*, 2024). A implementação desta ferramenta permitiu conceber, planear e gerir uma resposta de atuação às necessidades prioritárias, de forma eficaz e eficiente, desenvolvendo uma intervenção pronta e objetiva, o que fomentou a capacidade de reação perante situações imprevistas e complexas. A aquisição desta

competência no primeiro contexto de prática foi elementar para aprimorar o trabalho desenvolvido nos restantes ensinamentos clínicos, apoiando os cuidados de enfermagem numa atitude ativa na prevenção da Paragem Cardiorrespiratória (PCR).

A PCR é definida como a interrupção ou falência súbita da atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de sinais de circulação, clinicamente apresentados por irresponsividade e ausência de pulso e respiração (Salim & Soares, 2023). Em contexto hospitalar, esta não é habitualmente um acontecimento súbito e inesperado, uma vez que resulta de uma falência progressiva com sinais de alerta. A identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial são intervenções que permitem evitar a deterioração da condição clínica, prevenindo a PCR (Soar *et al.*, 2021).

Durante o período formativo, não surgiu a oportunidade de experienciar uma PCR hospitalar devido ao excelente trabalho desenvolvido pelas equipas multidisciplinares, onde o EE tem um papel crucial na identificação precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica. A adoção de uma atitude preventiva em relação a este evento crítico é essencial para reduzir a mortalidade e minimizar as sequelas associadas a esta ocorrência. Contudo, foi possível colaborar em duas situações de reanimação cardiorrespiratória, transferidas do meio extra-hospitalar para a SE, onde as manobras de reanimação foram imediatamente suspensas. Em ambos os casos, a história clínica identificava dois homens de idade jovem, sem quaisquer antecedentes, que entraram na SE em PCR, em fibrilação ventricular. A decisão de suspensão de medidas terapêuticas, nomeadamente as manobras de reanimação, em pessoas aparentemente saudáveis despertou alguma dúvida e confusão, o que motivou a reflexão destes casos em específico com a equipa médica e com a enfermeira tutora. A análise de ambas as situações permitiu concluir que a cadeia de sobrevivência não teria sido executada corretamente e, em consequência disso, a possibilidade de sobrevivência era muito limitada.

A cadeia de sobrevivência envolve uma sequência de atitudes necessárias para a existência de uma reanimação com sucesso, sendo composta por quatro ações em que o funcionamento e articulação adequado de e entre cada uma é vital para o resultado final. Os seus quatro elos incidem no rápido acesso ao Sistema Integrado de Emergência Médica – 112, no início imediato de Suporte Básico de Vida (SBV), na desfibrilhação atempada e no Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce (Olasveengen *et al.*, 2021). Nos casos supracitados nenhum elo foi cumprido atempadamente, sendo que a ajuda foi solicitada tarde, não foi

realizado SBV de imediato e os procedimentos de SAV foram iniciados apenas com a chegada de ajuda diferenciada ao local, quase 45 minutos após a sua detecção. O atraso na implementação destas ações reduziram drasticamente a possibilidade de sobrevivência, uma vez que a probabilidade de conseguir tratar a fibrilhação ventricular com sucesso depende do fator tempo. Cada minuto de atraso na desfibrilhação reduz a probabilidade de sobrevivência entre 10-12%, sendo o declínio da taxa de sobrevivência mais gradual (3-4%) nos casos em que o SBV é realizado (Olasveengen *et al.*, 2021). Apesar da equipa colaborar em completa sincronia, ao executar correta e objetivamente o algoritmo de SAV, não foi o suficiente para a realização de uma atuação atempada, pelo que foi tomada a decisão de suspensão de manobras.

Ao refletir acerca destas experiências é possível inferir a extrema importância que uma abordagem preventiva tem no cuidado à PSC, pois permite identificar precocemente sinais de deteriorização clínica, possibilitando a implementação de intervenções oportunas, precoces e eficazes. O EE assume, assim, um papel fundamental na equipa multidisciplinar, perante a identificação e gestão de situações emergentes, uma vez que apresenta competência para identificar prontamente focos de instabilidade, respondendo de forma imediata e antecipatória aos mesmos. A concretização de um prática apoiada num pilar preventivo e antecipatório foi determinante para a prestação de cuidados de enfermagem mais seguros e individualizados às necessidades de cada pessoa nos restantes contextos de prática clínica.

Neste sentido, infere-se que as aprendizagens e habilidades que foram instruídas neste primeiro momento foram basilares para a realização do estágio final, uma vez que permitiram impulsionar o desenvolvimento de um conjunto de competências pessoais e profissionais essenciais no cuidado à PSC, que foram posteriormente consolidadas nos seguintes contextos de prática clínica.

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A imersão na clínica é essencial para a aquisição de conhecimentos e habilidades durante o processo de aprendizagem, uma vez que a competência transforma-se com a experiência, promovendo a melhoria dos cuidados prestados (Benner, 2001). Neste sentido, os estágios curriculares são considerados lócus para a obtenção e consolidação de competências clínicas, uma vez que proporcionam oportunidades de contactar com situações reais e vivenciar experiências de carácter multiprofissional e interdisciplinar (Polo *et al.*, 2024).

Segundo a OE, é essencial que os futuros EE no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas da sua intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2021a). Neste sentido, o estágio final constitui um elemento central na transição para uma prática especializada, na medida em que integra um conjunto de oportunidades de desenvolver e consolidar conhecimentos e competências essenciais em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) e, em particular, na área da PSC.

A unidade curricular "*Estágio Final e Relatório*", foi conduzida em dois contextos distintos capazes de proporcionar momentos de aprendizagem para a concretização do projeto individual, considerando as experiências anteriores. O primeiro momento de prática clínica foi concretizado num SMIP, com especial vocação para o tratamento de pessoas com doença cardíaca e respiratória grave. O segundo momento realizou-se numa UCIP que, apesar de integrar uma componente polivalente, é orientada maioritariamente para a patologia cardíaca e o pós-operatório, uma vez que estes refletem mais de metade das admissões no serviço.

A compreensão da organização do serviço, das dinâmicas assistenciais e da composição da equipa multidisciplinar são alguns exemplos de componentes fundamentais para uma integração adequada a um novo ambiente de prática clínica. Os profissionais de saúde devem conhecer o funcionamento do seu local de intervenção e as responsabilidades inerentes ao seu papel, de modo a cultivar uma intervenção centrada no trabalho em equipa e no bem estar da pessoa doente. Assim, este capítulo foi desenvolvido com o objetivo de realizar um enquadramento e contextualização de ambos os campos de estágio, através da descrição das suas características organizacionais e funcionais.

2.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) são unidades qualificadas para assumir a responsabilidade integral e o suporte continuado à PSC, com possibilidade de recuperação, que apresente falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Pinho, 2020). Esta é definida como aquela em que a sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas (Ramires *et al.*, 2023).

Estas unidades podem ser organizadas em três níveis, de acordo com a sua atividade assistencial. As unidades de nível I visam essencialmente a monitorização contínua, normalmente não invasiva, de pessoas que se encontram em risco de desenvolver falência orgânica, pelo que apresentam capacidade de reanimação e articulação com serviços de nível superior. As unidades de nível II, comumente designadas por unidades de cuidados intermédios, apresentam capacidade de monitorização não invasiva e invasiva, oferecendo suporte contínuo perante a falência de apenas um órgão vital. As unidades de nível III, habitualmente designadas por unidades de cuidados intensivos, admitem pessoas doentes em falência multiorgânica, que se encontram em risco de vida e dependem de técnicas de suporte e substituição de função vital (Ministério da Saúde, 2013; Nuñez *et al.*, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2020a).

O estágio clínico foi realizado num SMIP, sendo esta uma unidade funcional com capacidade para 22 camas de nível III, permitindo uma intervenção diferenciada ao nível de suporte/substituição da função de órgãos. Sendo classificado com carácter polivalente, o serviço admite as mais variadas tipologias de doença, tanto do foro médico como cirúrgico. Contudo, uma vez que o mesmo integra o Centro de Referência de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), é especialmente vocacionado para o tratamento de pessoas com patologia cardíaca e respiratória grave.

A nível organizacional, as camas encontram-se distribuídas por duas salas principais, denominadas por ala A e ala C. A ala A é constituída por 12 unidades funcionais, sendo oito em área aberta e quatro em quartos de isolamento com antecâmara e pressão controlada, destinados ao cuidado de pessoas com doença contagiosa e/ou imunodeprimidas. Esta é direcionada para pessoas que necessitem de suporte de ECMO, uma vez que conta com uma equipa médica especializada neste tipo de intervenção. A ala C é constituída por 10 unidades

funcionais, sendo seis em área aberta e quatro em quartos de isolamento com antecâmara e pressão controlada. Esta apresenta um caráter polivalente, admitindo pessoas doentes com as mais diversas patologias, do foro médico-cirúrgico.

Ambas as alas têm um posto de vigilância centralizado, de forma a favorecer a visualização direta de todas as pessoas internadas e dos seus dados hemodinâmicos, com a existência de vários computadores que permitem uma monitorização em tempo real dos mesmos. No seu perímetro, encontram-se diversas áreas de apoio direto ao trabalho de enfermagem como salas de armazenamento de material de uso clínico e equipamentos, uma sala que contém o sistema informatizado de dispensa de terapêutica (*Pyxis MedStation®*) e um equipamento de gasometria, assim como a área de sujos. De igual forma, existe um conjunto de espaços de apoio ao serviço, com funções distintas, como o gabinete da enfermeira gestora, gabinetes médicos, uma área de secretariado e gestão documental, uma sala de refeições e a sala da família, onde esta pode ser acolhida com privacidade, permitindo uma partilha de informação sensível de forma resguardada entre a equipa multidisciplinar e os familiares e/ou pessoas de referência da pessoa doente.

Relativamente às unidades individuais, estas estão organizadas de forma a apresentar todos os recursos materiais necessários à prática de cuidados diária, a fim de minimizar o risco de infeção cruzada. Em cada uma delas é possível encontrar um monitor hemodinâmico que permite a monitorização contínua de parâmetros essenciais no cuidado da PSC (eletrocardiograma, saturação periférica de oxigénio transcutâneo, pressão arterial invasiva e não invasiva, capnografia de onda, frequência respiratória e valores do Índice Bispectral). Para além desta monitorização, a unidade possibilita, perante a situação clínica da pessoa, a monitorização de pressão intracraniana, de oxigenação cerebral, assim como o uso de outros equipamentos externos como, por exemplo, o ecógrafo, utilizado para a avaliação da função e débito cardíaco e preenchimento da veia cava. De igual forma, têm ao seu dispor um ventilador, diversas bombas e seringas perfusoras, um sistema de aspiração conectado a uma rampa de vácuo, rampas de oxigénio e ar e um ambu previamente montado e funcionante.

Os SMI são providos de um sistema de monitorização contínua com serviços de alta densidade tecnológica, o que, conseqüentemente, exige uma elevada necessidade de suporte profissional especializado (Pinho, 2020). Para oferecer essa resposta, estas unidades têm de ser dotadas de recursos humanos, no caso em apreço, de enfermeiros qualificados e treinados para as situações que lhes são confiadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Neste sentido, o

serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar própria e diferenciada, sendo composta por um diretor clínico, que é responsável pela gestão da equipa médica, um enfermeiro gestor, responsável pela gestão da equipa de enfermagem, médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e um administrativo, entre outros profissionais que prestam apoio direto ao serviço, sempre que necessário.

Relativamente à equipa de enfermagem, considerando a complexidade dos processos envolvidos nos cuidados de saúde, o seu nível de qualificação e perfil de competências são fatores essenciais para garantir elevados padrões de segurança e qualidade na prestação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Esta é composta por 100 elementos, formando um total de cinco equipas de trabalho. Cada equipa é constituída por aproximadamente 19 profissionais e um Enfermeiro Coordenador (EC), responsável por gerir as atividades inerentes à mesma. Atualmente, o serviço conta com 31 EE, sendo 26 da área de especialização em EMC e cinco da área de especialização em enfermagem de reabilitação.

As dotações seguras de enfermeiros nos serviços são também muito importantes, uma vez que as elevadas cargas de trabalho, associadas à falta de tempo para cumprir as intervenções de enfermagem necessárias a cada pessoa, causam um sofrimento moral e reduzem a autonomia profissional (Ribeiro, 2023). Assim, segundo o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem na constituição das equipas dos SMI, recomenda-se que 50% sejam EE em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Contudo, uma vez que a equipa não apresenta EE suficientes, não foi possível observar esta condição em campo de estágio, o que pode constituir uma condicionante na proteção da saúde e segurança dos destinatários dos cuidados, bem como dos próprios profissionais envolvidos.

A compreensão do funcionamento e dinâmicas assistenciais do serviço revelou-se crucial para obter um entendimento mais aprofundado e uma visão integral das atividades inerentes ao cuidado da PSC, o que promoveu uma transição mais célere para o estágio subsequente, realizado numa UCIP, favorecendo a integração a este novo contexto.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS POLIVALENTE

As unidades de cuidados intermédios são serviços que prestam cuidados contínuos a pessoas que requerem uma monitorização constante de sinais vitais e/ou uma intervenção clínica frequente, assegurando um tratamento de elevada qualidade. Estas áreas são dotadas de recursos humanos e materiais suficientes para garantir o acompanhamento de pessoas doentes que requerem um nível de cuidados mais elevado do que as unidades de internamento convencionais, mas que não necessitam de internamento num SMI (López-Jardón *et al.*, 2024).

O segundo momento de prática clínica foi realizado numa UCIP, sendo esta uma unidade funcional com capacidade para 13 camas de nível II, de carácter polivalente, distribuídas por quatro quartos individuais de isolamento, seis unidades em área aberta e um quarto partilhado com três camas. No serviço é possível observar a constituição de um posto de vigilância central, que promove a visualização direta das pessoas internadas e vários computadores que permitem a monitorização direta dos seus dados hemodinâmicos. No seu perímetro, encontram-se várias áreas de apoio como salas de armazenamento de material de uso clínico e equipamentos, assim como uma área de sujos. De igual forma, existe um conjunto de salas de uso multidisciplinar, como o gabinete da enfermeira gestora, diversos gabinetes médicos, uma área administrativa e uma sala de refeições.

Todas as unidades individuais dispõem de diversos recursos materiais necessários à prática de cuidados diários, como um monitor hemodinâmico, que permite a monitorização contínua de parâmetros essenciais (eletrocardiografia, pressão arterial invasiva e não invasiva, saturação periférica de oxigénio transcutâneo e frequência respiratória), um termómetro, um glucómetro, duas máquinas perfusoras e rampas de oxigénio, ar e vácuo, conectado a um sistema de aspiração. De igual modo, o serviço compõe um armazenamento próprio de equipamento para Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), oxigenoterapia de alto fluxo, entre outros materiais e dispositivos importantes e característicos a esta tipologia de cuidados.

A UCIP integra uma equipa multidisciplinar composta por um diretor clínico, responsável pela gestão da equipa médica, especialistas em medicina interna, um enfermeiro gestor, responsável pela gestão da equipa de enfermagem, médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e um administrativo. A equipa de enfermagem é constituída por 29 elementos, formando um total de seis equipas, cada uma com quatro a cinco profissionais, com a adição

de duas enfermeiras de reabilitação e uma enfermeira de referência. A responsabilidade de enfermeira de referência é atribuído a uma EE em EMC, com vasta experiência profissional no serviço em questão, sendo que apresenta funções distintas de supervisão e gestão dos cuidados, colaborando com a enfermeira gestora na adoção de medidas que promovem a melhoria contínua da qualidade.

Numa UCIP, segundo o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, é recomendado que 50% dos seus elementos sejam EE em EMC, preferencialmente na área de Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Uma vez que estes serviços visam a monitorização não invasiva e invasiva e pressupõem a capacidade de assegurar manobras de reanimação e de articulação com outras unidades de nível superior, adverte-se o rácio de um enfermeiro por cada três camas de internamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Atualmente, o serviço conta com 10 EE, sendo quatro da área de especialização em EMC, quatro da área de especialização em enfermagem de reabilitação, um da área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e um da área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Não foi possível observar a condição proposta neste campo de estágio, uma vez que a equipa é constituída por apenas dois profissionais com categoria profissional de EE em EMC na área da PSC.

Ao longo de todo o processo formativo, o conhecimento da estrutura física e organizacional dos serviços, a compreensão do seu funcionamento e metodologias de trabalho, assim como a perceção e integração nas equipas multidisciplinares demonstraram ser aspetos fundamentais para o percurso de aquisição de competências. Estas características são cruciais para estabelecer uma compreensão aprofundada acerca da operacionalização dos diferentes locais de estágio, principalmente numa fase inicial de adaptação aos serviços, facilitando o seu aproveitamento e o desenvolvimento de competências especializadas.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A enfermagem é uma ciência em constante evolução, na qual as necessidades e a prestação de cuidados estão cada vez mais complexas (Pires *et al.*, 2023). Enquanto contexto técnico-científico em desenvolvimento, os cuidados de enfermagem assumem hoje uma maior importância e exigência profissional, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O EE é o profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, sendo detentor de um vasto conhecimento nesse campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ribeiro, 2023). Este ostenta um papel preponderante não só para as pessoas e populações, como também para os sistemas de saúde e diferentes contextos da prática clínica, através do desenvolvimento de processos que melhoram a qualidade e segurança dos cuidados e os ambientes de prática profissional (Ribeiro, 2023). De igual modo, constitui um elemento fundamental na prática de enfermagem avançada, pois evidencia níveis elevados de julgamento clínico e capacidade para a tomada de decisão, baseada em evidência científica, que se traduzem num conjunto de competências com foco nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Pires *et al.*, 2023). Neste sentido, os enfermeiros devem procurar desenvolver conhecimentos e capacidades, concretizando, assim, um conjunto de competências especializadas que permitem, com assertividade, a prestação de cuidados de saúde de excelência (Ribeiro, 2023).

O saber e a competência resultam de um processo de construção assente numa prática consciente e reflexiva, centrada na pessoa e nas suas necessidades de cuidados, sendo esta um eixo central do processo de aprendizagem (Marques *et al.*, 2024). Assim, o presente capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos sequenciais que explanam, respetivamente, o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EE durante todo o processo formativo, face aos objetivos individuais previamente delineados no projeto de estágio, através da reflexão sobre a ação, enquanto impulsionadora do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A atribuição do título de EE pressupõe que estes profissionais partilham um perfil de competências comuns, representadas por domínios, aplicadas em todos os contextos da prestação de cuidados, independentemente da área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

De seguida, encontra-se desenvolvido o processo de aquisição de competências conforme os quatro domínios que integram o perfil de competências comuns do EE, presentes no Regulamento n.º140/2019, da OE, nomeadamente, na responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem é uma ciência humanista e humanitária dirigida ao cuidado centrado na pessoa, que acolhe a vulnerabilidade do ser humano confiada aos seus profissionais. Esta consiste numa relação particular marcada pela atenção às múltiplas dimensões do ser, promovendo a valorização da pessoa e preservando a sua própria identidade (Marques *et al.*, 2024).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros define enfermagem como sendo *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99). Ao analisar esta definição é evidente que esta se dirige a pessoas, sendo os seus padrões éticos profissionais assentes num conceito moral básico que é a preocupação pelo bem-estar do ser humano.

O cuidado humanizado caracteriza-se na relação dirigida de forma terapêutica ao outro, aliando a competência técnica a um conjunto de competências relacionais, em prol de uma intervenção integral. Neste contexto, o enfermeiro, guiado por princípios e valores profissionais, assume um compromisso moral com aqueles de quem cuida, fundado no

respeito pela dignidade humana, sendo profissionalmente responsável pelas suas ações (Marques *et al.*, 2024).

A OE prevê que o EE desenvolva uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas e com os princípios éticos e deontológicos da profissão, de modo a garantir uma prática de enfermagem que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE maximiza o bem-estar das pessoas, sendo responsável pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Por tal, os estágios clínicos foram conduzidos com um exercício consciente e orientado pelas necessidades da PSC e da sua família, assegurando um cuidado responsável e determinante para a preservação do seu bem-estar e dignidade.

De modo a concretizar o objetivo – **demonstrar capacidade de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas** – previamente delineado para a aquisição desta competência, considerou-se relevante colaborar no processo de tomada de decisão, refletindo com o enfermeiro tutor acerca de um problema ético experienciado no serviço. Durante prática clínica, no cuidado à PSC, foi notório a forte ligação existente entre a inovação e os cuidados especializados de alta complexidade, o que corroborou a necessidade de existirem profissionais com perfil ético e capacidade de pensar de forma crítica, promovendo, assim, uma harmonia entre a tecnologia e o cuidado.

Por conseguinte, um tema que foi fortemente analisado e refletido com os enfermeiros tutores, principalmente no contexto do SMIP, foi a ética no fim de vida, nomeadamente na decisão de suspensão de medidas terapêuticas. Neste tipo de ambiente, a equipa é frequentemente confrontada com a existência de problemas éticos decorrentes da discordância acerca das condutas terapêuticas estabelecidas e do uso de meios para prolongar a vida a pessoas sem possibilidade de cura (Tomaschewisk-Barlem *et al.*, 2020). Para além de promover o exercício reflexivo da prática profissional, o EE detém um olhar holístico e fundamentado no conhecimento científico, técnico e humanista, que o permite liderar processos de tomada de decisão ética, atuando como referência na identificação e resolução de dilemas éticos complexos que surgem na prática clínica.

De igual forma, é lhe reconhecida a competência de demonstrar uma prática que respeite os direitos humanos, analisando e interpretando as situações específicas de cuidados especializados, de forma a gerir situações potencialmente comprometedoras (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Assim, de forma a atingir o objetivo proposto – **promover uma prática de cuidados protetora dos direitos humanos** – desenvolveu-se uma prática centrada na preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, através de uma conduta de intervenção baseada na ética e deontologia em enfermagem.

Durante os momentos de prática clínica, os direitos da pessoa no acesso à informação, na escolha e autodeterminação dos seus cuidados de saúde foram respeitados com grande enfoque na autonomia da mesma. Este princípio foi assegurado através da participação ativa no processo de cuidados, no esclarecimento de informações acerca do seu estado atual e no consentimento livre e informado inerente aos cuidados de enfermagem.

O respeito pela privacidade e dignidade comportam uma componente primária em enfermagem, na promoção de um ambiente de cuidado humanizado e ético e na preservação da integridade da pessoa, pelo que a adoção de uma conduta antecipatória, promovendo a segurança, privacidade e a dignidade da mesma foi assegurada ao longo de toda prática clínica. De forma a honrar este princípio, foram realizadas um conjunto de intervenções como utilizar biombos e/ou cortinas durante a realização de cuidados de enfermagem; garantir privacidade na partilha de informação, no cuidado direto à pessoa, através da adequação do espaço e tom de voz utilizado; usar locais privados, como a sala da família, para a transmissão de informações clínicas sensíveis; questionar a pessoa doente, sempre que possível, acerca das visitas que deseja receber; e prestar cuidados que respeitem a vontade e dignidade da pessoa.

A confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional foi estabelecida através do sigilo profissional. Tanto no SMIP como na UCIP, aquando do momento da admissão, identifica-se com a maior brevidade o contacto de referência, elegido pela pessoa internada, sempre que a sua condição o permite. Posto isto, todas informações de saúde foram transmitidas à pessoa doente e ao seu familiar de referência, com autorização da mesma, sendo efetuado de forma exclusivamente presencial.

Consagrado como princípio geral, as intervenções de enfermagem descritas resultaram da preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, respeitando os seus

valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas da pessoa e do familiar cuidador/família. De igual forma, a capacidade de tomar decisões demonstra que o enfermeiro reconhece a necessidade de uma intervenção, sendo capaz de fundamentar de acordo com a situação e ancorar o julgamento clínico e as decisões numa metodologia científica e num cuidado individualizado à pessoa (Marques *et al.*, 2024). Tendo por base este pressuposto, ao longo dos estágios foi aplicada uma conduta apropriada e justificada, promovendo, sempre que possível, o envolvimento e a participação da pessoa na gestão dos seus cuidados, respeitando a vontade da mesma e agindo consoante o seu melhor interesse. Deste modo, foi assegurada uma prática profissional autónoma e responsável, demonstrando capacidade de tomada de decisão segundo princípios e valores deontológicos, promovendo cuidados de enfermagem fundamentados na dignidade, liberdade e respeito para com o outro. Ao longo do desenvolvimento de uma prática especializada foi, então, possível consolidar que, em enfermagem, nenhuma decisão clínica pode prescindir da dimensão ética, sendo esta fundamental para a excelência e qualidade do cuidado.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O setor da saúde encontra-se perante constantes e crescentes desafios que tornam imperativo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, devendo este ser um eixo norteador de toda a prática profissional (Pinho, 2020).

O princípio da qualidade assenta num sistema de gestão dos cuidados que se concentra no desenvolvimento contínuo dos mesmos, identificando áreas de melhoria, estabelecendo objetivos e tomando medidas a fim de os atingir. Este sistema envolve um ciclo de avaliação contínua, planeamento, implementação e avaliação dos processos e serviços, procurando identificar e reduzir erros, aumentar a eficiência, melhorar a segurança das pessoas e a satisfação das mesmas (Marques *et al.*, 2024).

O desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica acresce aos enfermeiros a necessidade imperativa de assegurarem a implementação de uma Prática Baseada em Evidência (PBE). Esta consiste numa abordagem em saúde que integra a melhor evidência disponível com a competência do profissional e as circunstâncias e preferências da pessoa, no processo de tomada de decisão (Pinto & Mota, 2023). A implementação de cuidados de enfermagem apoiados neste princípio não só permite uma melhoria na qualidade dos

mesmos, como também promove práticas normalizadas e seguras, melhora o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e incentiva uma cultura de segurança (Naz & Ganaie, 2023; Néné & Sequeira, 2022). De igual forma, os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica elege eixos norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que estimulem a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. Segundo este documento orientador da prática profissional, a organização dos cuidados e preocupação pela qualidade dos mesmos assume um particular destaque no papel do EE, uma vez que este assenta a sua intervenção na procura permanente da excelência no exercício profissional. Este emerge como um elemento essencial no desenvolvimento da profissão, estando intimamente associado à segurança e melhoria dos cuidados, sendo-lhe reconhecidas competências de garantir um papel dinamizador no envolvimento e suporte de estratégias institucionais, colaborando no desenvolvimento de práticas de qualidade, e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Assim, de modo a dar resposta ao objetivo específico proposto – **realizar um projeto de melhoria contínua/programa formativo no serviço** – foram desenvolvidos dois trabalhos em ambos os contextos de prática clínica, com a finalidade de contribuir para a implementação de práticas de qualidade e baseadas na evidência científica.

No SMIP, foi elaborado um projeto de melhoria “*Intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida*”, conforme apresentado no apêndice I. A escolha da temática resultou de um processo reflexivo acerca de algumas situações clínicas experienciadas ao longo da trajetória do estágio, que permitiram identificar a necessidade em uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à PSC, e à sua família, após a decisão de suspensão de medidas terapêuticas. Dada a complexidade da condição clínica, o número de pessoas que morrem em contexto de doença aguda num SMI é substancial (Coventry *et al.*, 2023a). Sendo assim, a pertinência da temática apoia-se na elevada taxa de mortalidade associada a esta tipologia de cuidados, assim como nas necessidades da equipa de enfermagem, que vivencia frequentemente os desafios associados à morte da PSC.

Com a identificação do problema, foi necessário mobilizar diferentes fontes na busca de evidência científica. Para tal, foi realizada uma pesquisa em bases de dados, nomeadamente CINAHL *Complete* e MEDLINE *Complete*, além da consulta de artigos, documentos e *guidelines* de outras fontes relevantes para o tema. Após a recolha e a análise da evidência

encontrada, foi elaborada uma proposta de orientação acerca da intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida, sendo esta centrada em três momentos distintos e cruciais para este processo: a conferência familiar, o fim de vida e o apoio no luto. A integração da evidência na prática é um processo que se pretende colaborativo e, por isso, após a revisão e aprovação da enfermeira gestora, considerou-se pertinente adaptar os resultados do trabalho ao serviço e implementá-los no manual de integração de enfermeiros. A necessidade de protocolos relacionados com os cuidados em fim de vida e a falta de promoção de conhecimento dos profissionais de saúde acerca de como prestar esses cuidados podem ser fatores potenciadores de barreiras prejudiciais ao papel da enfermagem (Caro & Henao-Castaño, 2023). Desta forma, foi possível não só partilhar este modelo de intervenção com todos os elementos da equipa, como também deixar o contributo para os futuros enfermeiros do serviço, promovendo uma PBE e a uniformização do papel da enfermagem no cuidado em fim de vida à PSC.

Na UCIP, foi concretizado um programa formativo com a temática “*A pessoa em situação crítica sob quimioterapia – recomendação de boas práticas*”. Esta necessidade formativa foi identificada em contexto de prática clínica, uma vez que, durante o período em que decorreu o estágio, o serviço começou a admitir pessoas para a realização de esquemas de quimioterapia complexos, sempre que se justificava a monitorização ou prevenção de efeitos secundários potencialmente graves em pessoas de alto risco. A escolha da temática foi determinada tendo em consideração a experiência profissional prévia da estudante no cuidado à pessoa com doença oncológica, adquirida durante a atividade exercida num Serviço de Internamento de Medicina Oncológica. O contacto diário com os diferentes planos de tratamento, com enfoque na administração de esquemas de quimioterapia, permitiu uma compreensão mais aprofundada acerca dos desafios associados a este tratamento. Esta vivência proporcionou uma perspetiva crítica e sensível, essencial para abordar a complexidade deste procedimento em contextos de maior instabilidade clínica, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados na UCIP.

A formação em serviço, direcionada às necessidades do contexto e dos enfermeiros, é considerada vital na profissão, uma vez que promove o confronto paralelo entre a teoria e a prática, permitindo a inclusão de mudanças de comportamentos (Ribeiro, 2023). Deste modo, foi planeada a realização de uma sessão de formação, com o objetivo de transmitir

conhecimentos e criar um momento de reflexão e discussão acerca dos cuidados de enfermagem inerentes ao cuidado da PSC sob quimioterapia.

A sessão de formação foi construída ao elenque de três etapas fundamentais: planeamento, intervenção e avaliação. No planeamento, desenvolveu-se um plano de sessão, conforme o apêndice II, que descreve os recursos necessários para a sua implementação, os conteúdos programados, de acordo com os interesses individuais da equipa e do serviço, e os objetivos estratégicos da sua organização. A data da intervenção foi condicionada pela indisponibilidade imposta pelo serviço durante o momento de ensino clínico, pelo que a formação foi concretizada, presencialmente, a 28 de janeiro de 2025. Esta foi fundamentada em evidência científica, proveniente da realização de uma revisão da literatura, exposta no apêndice III. A mesma foi apresentada em formato *PowerPoint*, disponível no apêndice IV, e teve uma duração de 30 minutos, contando com a presença de 19 elementos da equipa de enfermagem da UCIP. A avaliação foi executada após o término da mesma, através da distribuição de um questionário de avaliação pedagógica, em papel, entre os elementos presentes, conforme apresentado no apêndice V.

A garantia de uma elevada qualidade de cuidados pode ser conseguida através da dinamização da formação e educação sistemática dos profissionais e da implementação de uma cultura de segurança positiva (Marques *et al.*, 2024). Deste modo, com a elaboração dos trabalhos descritos foi possível adotar uma conduta ativa e uma prática especializada, atuando como elemento facilitador da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, promovendo a implementação de práticas baseadas na segurança e na evidência científica.

A qualidade e segurança são conceitos intrinsecamente ligados à missão da enfermagem, sendo que esta desempenha um papel fundamental na garantia de que os cuidados prestados atinjam os mais elevados padrões de excelência, minimizando riscos e maximizando a qualidade da assistência (Bispo *et al.*, 2023). Neste contexto, a gestão do risco constitui um instrumento fundamental para garantir a segurança dos cuidados prestados, a identificação precoce de perigos e a antecipação de potenciais eventos adversos (Marques *et al.*, 2024).

O EE tem um papel preponderante na segurança, pois tem a capacidade de atuar proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Assim, com vista à concretização do objetivo – **desenvolver conhecimentos acerca da gestão do risco** – proposto no projeto de estágio, foi desenvolvida

uma prática consciente e assente nestes princípios, no qual se destaca a avaliação da qualidade da prática clínica e a participação na gestão do risco, fomentando um ambiente terapêutico e seguro.

A promoção da melhoria na área da qualidade implica a existência de uma avaliação das práticas clínicas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas. As auditorias são uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho, uma vez que para além de avaliarem a qualidade da assistência prestada, permitem a correção de eventuais erros, dificuldades ou falhas existentes (Rodrigues *et al.*, 2023). Os EE são profissionais capacitados para integrar auditorias clínicas e identificar oportunidades de melhoria, pelo que foi possível colaborar na realização de duas auditorias internas, no SMIP, na realização do procedimento de colocação de Cateter Vascular Central (CVC). Para tal, recorreu-se ao instrumento disponibilizado pela Direção Geral de Saúde (DGS), integrado na Norma Clínica n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022, titulado “*“Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*”. Esta preconiza que durante o momento da colocação do CVC sejam implementadas, de forma integrada, cinco intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível sobre a prevenção de infeção relacionada com o CVC. Os resultados da avaliação efetuada foram posteriormente analisados, não tendo sido identificadas inconformidades em ambos os procedimentos. Verificou-se o cumprimento das medidas recomendadas e a segurança dos cuidados prestados.

Na realização de uma prática de enfermagem especializada, a segurança constituiu um princípio fundamental aplicado em todos os níveis do cuidar, de forma direta ou indireta, à PSC e à sua família. A gestão do ambiente centrado na pessoa é imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de eventos adversos, sendo estes, na sua maioria, causados por erros no processo assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Pinho, 2020).

A analogia de ambiente complexo e a vulnerabilidade da pessoa com doença crítica são fatores que propiciam um grande potencial de ocorrência de incidentes com possível dano para a pessoa. Neste contexto, torna-se necessário identificar as situações mais frequentes, os fatores que contribuem para a sua incidência e elaborar estratégias para os prevenir ou minimizar. A complexidade inerente a esta condição dependente de diversos equipamentos de suporte e a organização da equipa de trabalho multidisciplinar em CI (rácio, horário por

turnos, stress e fadiga dos profissionais) são alguns exemplos de fatores que contribuem para a ocorrência de situações indesejáveis (Pinho, 2020).

De forma a mitigar estas condições, foram aplicadas um conjunto de ações durante o processo assistencial como demonstrar sensibilidade e respeito pela identidade da pessoa, aplicar princípios de segurança na administração de terapêutica, assegurar um cuidado ergonómico na prática diária de cuidados, garantir a proteção pela segurança dos dados e registos realizados, promover cuidados criteriosos e baseados na evidência científica, minimizar o risco ambiental e implementar uma prática orientada por processos reflexivos. Estes constituem alguns exemplos de atividades que foram desenvolvidas nos campos de estágio, capazes de promover uma cultura de segurança positiva e, conseqüentemente a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A cultura de segurança pode ser definida como um produto de valores, atitudes, capacidade de perceção e modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização. Para que esta seja promovida institucionalmente, é essencial criar um sentido de confiança, estabelecer princípios de responsabilização e facilitar aos profissionais a identificação de situações e ambientes inseguros (Ribeiro, 2023). A cultura de segurança, a dinamização e o trabalho em equipa são imprescindíveis para condicionar as atitudes e procedimentos, na identificação e notificação do erro, de modo que seja realizada a análise que proporciona o desenvolvimento de estratégias de prevenção e proporciona oportunidades de aprendizagem (Pinho, 2020). Deste modo, conhecer a cultura de segurança na participação de incidentes constituiu uma atividade que se pretendia desenvolver em contexto clínico, pelo que foi possível conhecer o sistema de notificações para identificação de riscos e ocorrência de eventos adversos empregado pelo SMIP, o *software* HER+ e o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, o NOTIFICA.

Este processo permitiu consolidar a importância do papel do EE na promoção de uma prática reflexiva, sistemática e colaborativa, desenvolvendo o conhecimento na área da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, de forma a sustentar o seu processo de tomada de decisão. É através da gestão da qualidade que se evidencia a centralidade do cidadão no sistema de saúde, dando-lhe a garantia de que os serviços prestados são adequados e que todos os procedimentos são sustentados na melhor evidência, monitorizados por sistemas de melhoria contínua da qualidade e, por isso, mais seguros (Marques *et al.*, 2024).

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

As organizações de saúde sofrem recorrentemente influência de importantes mudanças e novos desafios que implicam a existência de competências específicas baseadas numa visão integrada na gestão (Rodrigues *et al.*, 2023). A gestão caracteriza-se como sendo o processo de coordenação das atividades dos membros de uma instituição através do planeamento, organização, direção e controlo dos seus recursos, de modo a atingir os objetivos propostos (Mações, 2023).

Na saúde, os elevados gastos em recursos técnicos, financeiros e humanos obrigam a novas políticas na organização e, sobretudo, na gestão e planeamento dos cuidados, exigindo aperfeiçoamento dos índices de qualidade, como a eficiência e a eficácia (Ribeiro, 2023). Perante esta exigência torna-se imprescindível a adoção de comportamentos de liderança e a capacidade de adquirir competências para orientar pessoas de uma equipa multidisciplinar, a fim de alcançar os objetivos delineados (Pires *et al.*, 2023). No domínio da gestão dos cuidados, o EE adota um estilo de liderança adequado ao clima organizacional, mas que simultaneamente seja promotor de um bom desempenho dos indivíduos e do grupo. Tem ainda as funções de gestão da equipa com adequação dos recursos às necessidades, supervisão dos cuidados e otimização dos processos de tomada de decisão, garantindo sempre a qualidade e a segurança dos mesmos (Ribeiro, 2023).

O ambiente de prática profissional também tem domínio na forma como o enfermeiro lida com esta complexidade, uma vez que os cuidados de enfermagem desenvolvem-se sob a influência de vários fatores que podem interferir na sua qualidade. De unidades de saúde que enfatizem a colaboração interdisciplinar, a responsabilidade e liderança participativa e o apoio no desenvolvimento profissional, advém cuidados de saúde de qualidade e profissionais satisfeitos e comprometidos com a instituição e a profissão (Pinho, 2020).

Em contexto de prática clínica, ambos os estágios foram desenvolvidos sob a tutoria de profissionais que, para além da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, assumiam comitadamente um papel de coordenação e/ou referência de entre a equipa de enfermagem, o que proporcionou um processo formativo fortemente enriquecido na área da gestão dos cuidados, tornando possível desenvolver um conjunto de atividades que permitiram dar resposta ao objetivo delineado – **compreender o papel do enfermeiro coordenador/responsável de turno**. Uma das atividades propostas para a concretização

deste objetivo consistiu na realização de um turno com o enfermeiro responsável, sendo esta alcançada na totalidade dos turnos realizados, o que permitiu compreender na íntegra as tarefas associadas à gestão dos cuidados de enfermagem.

As funções de coordenação devem ser asseguradas por enfermeiros detentores do título de EE em EMC (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Estes são profissionais que se destacam pelos seus conhecimentos, habilidades e competências, eleitos pelo enfermeiro gestor do serviço para a delegação de diversas tarefas, assumindo a responsabilidade sobre um conjunto de funções de gestão do serviço e de coordenação da equipa.

Na gestão do serviço, o EC tem a encargo garantir a correta organização e funcionamento do mesmo, pelo que foi possibilitado colaborar diretamente nas tarefas associadas a esta função em todos os turnos realizados. Este tipo de compromisso engloba um conjunto vasto de incumbências referentes à verificação e aprovação do funcionamento de vários equipamentos, à gestão de recursos materiais e resolução de problemas provenientes da prática clínica. De igual forma, é da sua responsabilidade supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados pelos elementos da sua equipa, assim como colaborar com a gestão hospitalar, gerindo as admissões e altas clínicas decorrentes no turno.

Na gestão de recursos humanos, o EC tem um papel que se considera crucial para a promoção de uma gestão centrada na liderança e no trabalho em equipa. No SMIP e na UCIP, a planificação de horário e elaboração do plano de trabalho são tarefas incumbidas à enfermeira gestora do serviço. Contudo, perante a sua avaliação, o EC pode adequar os recursos às necessidades de cuidados, através da mobilização de elementos da equipa de enfermagem para áreas de trabalho que se encontrem sob maior pressão ou sem a presença de algum profissional. Neste sentido, apesar do EC poder não assumir a prestação de cuidados direta, desenvolve uma conduta coadjuvante, assente no trabalho em equipa, assumindo sempre que necessário os cuidados à PSC.

A prática clínica especializada permitiu refletir acerca da importância que o EE tem no cerne de uma equipa, na medida em que se destaca como um profissional de referência entre os seus elementos, apoiando os vários colegas no processo de tomada de decisão e na resolução de problemas que emergem da prestação de cuidados, promovendo um envolvimento direto na construção de um ambiente de trabalho saudável.

A excelência dos cuidados prestados exige que os profissionais de saúde integrem os seus conhecimentos e habilidades, podendo esta apenas ser concretizada por meio de interação frequente e respeitosa entre os membros da equipa. Os ambientes de prática positivos são aqueles que apoiam a excelência na prestação de cuidados e o trabalho em condições dignas. Estes são vitais para a qualidade e segurança dos cuidados, tendo um impacto significativo no bem-estar da equipa, melhorando a motivação, a produtividade e o desempenho dos profissionais e das organizações. A criação destes ambientes de trabalho requer o envolvimento de todos, sendo fundamental que cada um, de forma individual e coletiva, respeite e cuide dos colegas de trabalho, concorrendo simultaneamente para a criação de ambientes de prática mais saudáveis (Ribeiro, 2023).

Assim, de forma a adquirir conhecimentos acerca desta área determinante para a gestão de equipas e serviços foi delineado o objetivo – **contribuir para um ambiente de prática positiva** – que foi atingido através da implementação de um conjunto de atividades ao longo da prática clínica, direcionadas ao favorecimento da otimização da resposta do grupo e dos indivíduos.

A prática de cuidados foi, então, assente num ambiente colaborativo, através da promoção do trabalho em equipa com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, centrado na entreajuda e respeito mútuo entre os profissionais. Independentemente da sua área de atuação, é importante que todos se conscientizem que podem fazer a diferença e, como tal, considerou-se relevante apoiar os colegas com louvor e reconhecimento, respeitando as suas opiniões e valorizando o seu trabalho, de forma a contribuir para o alcance de objetivos comuns. Desta forma, a adoção de uma conduta promotora do bem-estar geral da equipa permitiu intervir nos locais de estágio como um elemento impulsionador de bem-estar e satisfação no trabalho.

Na promoção de um ambiente de prática positiva, foi igualmente importante desenvolver um espírito de liderança de apoio, através do incentivo ao desenvolvimento profissional e implementação de prática clínica fundamentada. Ao sustentar os cuidados na criação de um ambiente de prática positiva e colaborar diretamente na realização das atividades supracitadas, foi possível corroborar o impacto diferenciador que o EE tem no desenvolvimento e satisfação dos enfermeiros, potenciando o seu crescimento e desempenho profissional o que, conseqüentemente, promove uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento profissional em enfermagem é um processo reflexivo e contínuo que pressupõe uma aprendizagem ao longo da vida, sendo este adaptado às necessidades individuais e contextualizado aos diferentes contextos de prática clínica. Este implica, obrigatoriamente, a existência de um desenvolvimento pessoal, uma vez que as competências do saber-ser ocorrem através de processos de identificação e de socialização e convergem na integração do projeto profissional. Assim, a combinação das aprendizagens individuais e sociais influencia o enfermeiro no desenvolvimento de competências específicas e na aquisição de novas formas de aprofundar o seu conhecimento, projetando-o como pessoa e como profissional (Marques *et al.*, 2024).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, uma das competências dos EE assenta na capacidade de autoconhecimento e na importância deste processo nas relações com os outros, incluindo a gestão de emoções e a resolução de conflitos (Ribeiro, 2023). O autoconhecimento constitui uma componente central na prática de enfermagem, uma vez que é essencial para o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Assim, de forma a concretizar o objetivo – **demonstrar capacidade de autoconhecimento, no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais** – foi desenvolvida uma prática consciente no reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais inerentes à condição educacional, gerindo de forma adequada as emoções e o stress intrínseco a este contexto de prática, tendo como foco o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa doente e relação profissional com a equipa.

A consciencialização da importância do autoconhecimento e autodeterminação constituiu um elemento empoderador para o desenvolvimento pessoal, uma vez que promoveu o reconhecimento das próprias emoções, valores e crenças e o impacto que estas apresentam na prática diária. Este processo reflexivo demonstrou-se essencial para o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes, promovendo o crescimento profissional e a melhoria dos cuidados prestados. Além disso, favorece a colaboração profissional e capacidade de liderança, pois um enfermeiro que reconhece as suas reações e formas de interação está mais apto para trabalhar em equipa, gerir conflitos e contribuir para um ambiente de prática positiva. Ao desenvolver uma forma de pensar e agir baseada nestes princípios foi possível aplicar uma intencionalidade na prestação de cuidados de enfermagem, demonstrando ser uma profissional de saúde facilitadora de todo o processo.

De igual forma, dada a complexidade e risco de vida inerente à condição da PSC, foi fundamental demonstrar capacidade de gerir emoções e atuar sob pressão. Apesar de este ter constituído um processo desafiante, uma vez que o cuidado reveste algumas particularidades que podem ser indutoras de *stress* (ritmo de trabalho experienciado, a fragilidade da condição humana, a morte, a alta tecnologia associada a esta tipologia de cuidados, etc.) não foi inibidor de uma prática consciente, eficaz e competente.

O desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento favoreceu um estado de introspeção e reflexão crítica acerca da experiência da estudante e concretização de si mesma na prática, que contribuiu diretamente para o crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, para a melhoria contínua dos cuidados prestados. A expressão deste conhecimento pessoal permitiu, de igual forma, aprimorar a humanização do cuidado em enfermagem, centrando a prática em empatia e escuta ativa. Assim, a inteligência emocional e a autorregulação demonstrada permitiu o desenvolvimento de habilidades interpessoais, estando presente de forma autêntica na interação com a pessoa doente, estabelecendo, assim, uma relação terapêutica eficaz. Importa ressaltar que o uso terapêutico do “eu” permitiu demonstrar uma maturidade profissional no trabalho desenvolvido nos campos de estágio, que se refletiu na adoção de uma postura adequada e responsável durante todo o percurso formativo.

Desta forma, o objetivo foi adquirido não só através de uma coordenação de esforços pessoais, como também perante o desenvolvimento de uma prática colaborativa interprofissional, demonstrando altos níveis de responsabilidade profissional e capacidade de tomada de decisão, sendo esta consciente e devidamente fundamentada.

Com a evolução da enfermagem, enquanto profissão autónoma e disciplina científica, verifica-se uma mudança do paradigma do cuidado, sendo este prestado com base na evidência científica em detrimento da tradição ou experiência clínica (Pinho, 2020). A prestação de cuidados apoiados neste princípio demonstra-se fundamental e necessária para fomentar a excelência e segurança dos cuidados de saúde, bem como para a otimização dos resultados de enfermagem (Néné & Sequeira, 2022). Neste sentido, ainda na esfera de competência das aprendizagens profissionais, o EE destaca-se como um elemento que baseia a sua ação e intervenção especializada em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador da aprendizagem e agente ativo na investigação, contribuindo para a produção do conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Assim, de forma a dar resposta ao objetivo – **suportar a prática clínica em evidência científica, promovendo**

processos de aprendizagem e a investigação em enfermagem – foram realizadas várias atividades que promovem o desenvolvimento do conhecimento científico, alicerçando os cuidados de enfermagem neste fundamento.

Ao longo da prática desenvolvida no SMIP e na UCIP, um aspeto que foi sempre tomado em consideração foi a prestação de cuidados baseados na mais recente evidência. De forma a garantir esta condição, foram continuamente incutidas algumas ações como a procura de artigos e *guidelines* atualizadas e fidedignas, preferencialmente, dos últimos cinco anos e a leitura de manuais de referência no cuidado à PSC.

Na UCIP, também foi possível participar em várias formações realizadas em serviço, para a melhoria dos cuidados de enfermagem, que tiveram como temas “*Adesão dos enfermeiros para a prática segura na preparação e administração de injetáveis*”, “*Segurança do doente - risco de queda*” e “*Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flebite e a segurança do doente*”, conforme demonstra o anexo I. De igual modo, considerando a enfermagem uma profissão dinâmica e em constante evolução, foi assegurada a presença em três eventos científicos pertinentes à área de especialização, nomeadamente: 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico (anexo II), que decorreu nos dias 8 e 9 de novembro de 2024; Jornadas da Medicina Intensiva do Porto (anexo III), que se realizou nos dias 16 e 17 de janeiro de 2025; e o I Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga (anexo IV), que decorreu nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2025.

A investigação é central para a prática de enfermagem e determinante para a afirmação e o reconhecimento social da mesma enquanto disciplina e profissão. Esta procura indiscutivelmente fornecer evidências que irão aumentar o conhecimento sobre saúde e bem-estar, suportar melhores cuidados e enriquecer a educação em enfermagem (Néné & Sequeira, 2022). Durante a experiência no SMIP, identificou-se uma lacuna do conhecimento pessoal, o que permitiu diagnosticar uma oportunidade relevante de investigação centrada na comunicação com PSC sob VMI.

A comunicação é uma necessidade humana básica e um elemento vital para o cuidado de enfermagem centrado na pessoa, sendo capaz de promover a segurança e a qualidade dos cuidados, melhorando os resultados em saúde e a satisfação das pessoas doentes (Al-Yahyai *et al.*, 2021; Kuruppu *et al.*, 2023). A VMI, impede o fluxo de ar através das vias aéreas

superiores, tornando a fonação impossível, o que compromete a comunicação oral e a expressão das necessidades básicas da pessoa ventilada. Esta condição torna a pessoa mais vulnerável, podendo causar sofrimento psicológico, sentimentos negativos (frustração, pânico, medo e raiva), diminuição da autoestima e distúrbios do sono. Contudo, estabelecer uma comunicação eficaz perante esta condição constitui um enorme desafio para a equipa de enfermagem (Sias *et al.*, 2022).

Durante a realização do estágio foram experienciadas várias situações de insucesso no processo de comunicação com a pessoa ventilada, o que despertou um forte interesse pessoal em compreender o papel do enfermeiro como facilitador deste processo, através da identificação das diferentes estratégias de comunicação com a PSC sob VMI. Neste sentido, foi desenvolvido uma *scoping review*, que se encontra em processo de publicação, procurando dar resposta à questão de investigação “*Quais as estratégias de comunicação alternativa e aumentativa nos doentes adultos com ventilação mecânica invasiva, numa unidade de cuidados intensivos?*”, com a finalidade de mapear e analisar a evidência científica disponível acerca de estratégias de comunicação alternativa e aumentativa no doentes sob VMI, em unidades de CI.

A disseminação dos resultados obtidos, através da realização de trabalhos científicos produzidos por enfermeiros, é fundamental para a difusão e atualização dos conhecimentos, estimulando, assim, o pensamento e impelindo uma PBE (Néné & Sequeira, 2022). De modo a divulgar os resultados provenientes das revisões da literatura, foram realizados dois pósteres científicos, expostos no apêndice VII e VIII, que foram apresentados no I Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2025, tal como comprovam os anexos V e VI. Desta forma, foi possível partilhar com a comunidade científica os frutos de todo o trabalho realizado, contribuindo, para o conhecimento e desenvolvimento de uma prática especializada.

Infere-se que a investigação é o pilar de qualquer disciplina científica, sendo que do fomento da mesma em enfermagem, ocorrem, simultaneamente, ganhos para a pessoa e para o profissional (Pinho, 2020). Desta forma, a investigação em enfermagem não só fortalece a disciplina enquanto ciência, como também contribui para o desenvolvimento de competências do EE, pois permite uma a implementação de uma PBE, promovendo intervenções mais seguras e eficazes.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do EE centram-se num elevado grau de adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades das pessoas, uma vez que decorrem das respostas humanas aos processo de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Esta área de especialização em EMC tem como alvo a PSC, que se entende por 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, 2018b, p. 19362).

Neste contexto, a PSC é, muitas vezes, caracterizada como aquela que necessita regularmente de cuidados específicos e permanentes, podendo esta apresentar uma grande diversidade de patologias e situações clínicas adversas. Neste contexto, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a dar resposta à complexidade das situações de saúde inerentes a esta tipologia de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Pinho, 2020).

Este subcapítulo encontra-se estruturado conforme o conjunto de competências que integram o perfil de competências específicas do EE em EMC na área da PSC, presentes no Regulamento nº 429/2019, da OE, nomeadamente, no cuidado à PSC, no cuidado à pessoa em situação emergente, exceção e catástrofe e no controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

3.2.1. Cuidado à pessoa em situação crítica

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua a pessoas cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras e potenciando uma recuperação máxima da pessoa doente. Estes exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às suas necessidades, o que implica uma observação, colheita e análise contínua de dados que permitam conhecer a situação da pessoa doente, a fim de detetar precocemente as complicações inerentes à sua condição, assegurando, assim, uma intervenção precisa, concreta e eficiente (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

No sentido de atuar prontamente e em conformidade com a complexidade clínica inerente à situação crítica, foi proposto o objetivo – **demonstrar competências de intervenção no cuidado à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica** – de modo a promover a aquisição de uma diversidade de saberes e competências, que permitam conceder uma resposta atempada às necessidades identificadas.

A avaliação e monitorização da PSC são fundamentais para a deteção precoce de alterações do seu estado clínico, permitindo uma intervenção rápida e direcionada, essencial para a prevenção de complicações e otimização dos cuidados prestados. O benefício da monitorização passa por produzir informação viável que permita ao profissional tomar decisões terapêuticas apropriadas e objetivas. Contudo, estas não devem ser exclusivamente baseadas nos dados colhidos através da tecnologia, realçando-se que toda avaliação interdisciplinar centrada na pessoa é a base de qualquer plano de tratamento (Pinho, 2020). Deste modo, destaca-se a utilização da abordagem ABCDE ao longo da prestação de cuidados nos diferentes contextos, como uma ferramenta essencial para executar uma avaliação sistemática da PSC, identificando de forma rápida e atempada condições que ameaçam a vida. A sua aplicação padronizada facilitou a tomada de decisão clínica e promoveu uma atuação por prioridades, intervindo em conformidade perante a identificação de focos de instabilidade e sinais de deteiorização clínica.

A complexidade e vulnerabilidade intrínseca à condição crítica implica que a sobrevivência da pessoa esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, sendo necessário, por inúmeras vezes, proceder à sua transferência intra e inter-hospitalar. O transporte da PSC não é isento de riscos e, por vezes, pode ser um fator precipitante de instabilidade, podendo conduzir ao agravamento do estado clínico e originar eventos adversos que deverão ser antecipados (Ordem dos Enfermeiros, 2020b; Ramires *et al.*, 2023). As decisões implicadas neste processo devem, então, ser tomadas considerando a relação risco/benefício e assumindo sempre os princípios fundamentais da programação adequada de cada uma das fases implementadas nos guias de transportes de doentes críticos (decisão, planeamento e efetivação) (Pinho, 2020).

A decisão de transportar um doente crítico é um ato médico (Ramires *et al.*, 2023). Contudo, o EE desempenha um papel crucial durante todo este processo, assegurando uma abordagem sistemática antes, durante e após o transporte, desenvolvendo intervenções em função da segurança e concretização do mesmo.

Durante a fase de planeamento e efetivação, onde o EE apresenta maior influência e papel interventivo, foram desenvolvidos um conjunto de atividades seguindo as orientações presentes no documento “*Transporte de Doentes Críticos - Recomendações 2023*” (Ramires *et al.*, 2023).

No planeamento, foi dado ênfase à avaliação do estado clínico da PSC e dos seus focos de instabilidade, de modo a identificar potenciais riscos e antecipar complicações decorrentes do transporte. Para além da escolha do meio de transporte adequado, foi igualmente importante preparar o material necessário ao mesmo (mala de transporte, equipamento e fármacos a serem utilizados no transporte) e garantir o correto funcionamento do equipamento de monitorização, certificando que estes estão funcionais e adaptados às necessidades da pessoa alvo de cuidados. De igual forma, antes de iniciar o transporte, foi adotada uma conduta antecipatória, assegurando que a área de destino se encontrava pronta para receber de imediato o doente.

Durante o transporte, foram mobilizados esforços para assegurar as condições de segurança e a manutenção da estabilidade hemodinâmica do doente crítico, através da monitorização contínua dos sinais vitais e eventuais alterações no seu estado clínico. Para tal, o trajeto foi efetuado calmamente, dando especial atenção à visibilidade do doente, monitor e equipamentos, garantindo a sua permanência no campo de visualização dos profissionais envolvidos. Após a efetivação do mesmo, foi incentivada uma conduta de reavaliação do mesmo, através da comunicação e reflexão sobre a ação em equipa acerca das dificuldades experienciadas e possíveis oportunidades de melhoria, garantindo, assim, uma prática segura e eficaz.

A qualificação técnica está relacionada com a formação e a experiência clínica dos profissionais de saúde envolvidos e constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte (Ordem dos Enfermeiros, 2020b). Assim, de forma a normalizar a boa prática, garantindo uma intervenção apoiada nas mais recentes orientações, foi consultado o documento de consenso entre o Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, relativo à publicação das recomendações para o transporte de doentes críticos, atualizadas em 2023, assim como o parecer da OE, acerca do transporte intra-hospitalar do doente crítico, elaborado em 2020. Esta atualização no conhecimento, na

procura de uma prática baseada na mais recente evidência, foi fundamental para aplicar competências especializadas na prestação direta dos cuidados de enfermagem.

De igual forma, o transporte da PSC é um processo de elevado risco que exige uma comunicação eficaz na transição de cuidados, para garantir a segurança e continuidade dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2017). Neste contexto, a passagem da pessoa doente, em colaboração com a equipa de transporte, foi sempre realizada empregando uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde, denominada por metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações), conforme se encontra preconizado na norma n.º 001/2017 da DGS. Este auxiliar de memória foi aplicado em todos os ambientes e níveis de cuidados que envolvam passagens de turno ou transferência de serviços, ao longo dos ensinos clínicos, sendo estes caracterizados como momentos críticos relacionados a um aumento do risco de incidentes de segurança consequentes de erros de comunicação e de transferência de informação (Ribeiro, 2023).

A comunicação segura e eficaz assume um papel fulcral na enfermagem, estando diretamente associada à segurança dos cuidados, suporte imprescindível ao ato de cuidar (Ramos & Cunha, 2022). O aparato tecnológico que rodeia a PSC torna-se parte integrante da prática clínica, devido ao grande número de dispositivos que auxiliam o profissional no processo de cuidados. Neste contexto, a capacidade comunicativa do enfermeiro comporta uma competência fundamental à prática e necessária para que seja possível ultrapassar todo o tecnicismo associado à PSC (Pinho, 2020).

Assim, a comunicação é considerada um dos pilares que sustentam a segurança da pessoa doente, devendo os enfermeiros adotar estratégias que tenham em vista a sua otimização (Ribeiro, 2023). De maneira a gerir e promover a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador, foram desenvolvidas um conjunto de atividades promotoras e facilitadoras da comunicação com a PSC. Destacam-se algumas estratégias desenvolvidas ao longo da prática clínica como a adaptação da linguagem à complexidade do estado de saúde da pessoa, a utilização de uma aplicação de tradução no cuidado direto com uma pessoa de nacionalidade francesa, a utilização da escrita como estratégia de comunicação com a pessoa traqueostomizada, e a utilização de quadros de comunicação com o abecedário e imagens com a pessoa ventilada. Com a sua implementação foi possível não só promover uma interação centrada na empatia e na relação terapêutica, como também assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais

decorrentes da situação crítica, gerindo a ansiedade e o medo vivenciados por estas. A comunicação demonstrou-se igualmente importante na adequação dos cuidados durante o processo de fim de vida, comumente experienciado, especialmente nos SMIP, possibilitando um cuidado de enfermagem apropriado à dignificação da morte e dos processos de luto.

Assim, no decorrer de uma prática especializada, foi possível corroborar que a comunicação é uma componente essencial em qualquer intervenção em saúde, considerado um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados. Torna-se fundamental que os diversos profissionais, com enfoque nos EE, reconheçam a importância dos elementos da comunicação, as técnicas e as competências comunicacionais, a fim de minimizar a ocorrência do erro e potenciarem a ação terapêutica das suas intervenções.

Perante a atividade prática desenvolvida no SMIP, foi possível deter oportunidades de aprendizagem na execução de cuidados de alta complexidade e gestão de protocolos terapêuticos complexos, dando resposta ao segundo objetivo – **desenvolver conhecimentos e habilidades acerca de técnicas de suporte de órgãos e protocolos terapêuticos complexos no SMIP** – aos quais se considera relevante destacar a VMI e a *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), devido às características assistenciais internas a este serviço e experiências vivenciadas no respetivo estágio.

A VMI é uma técnica de suporte ventilatório que utiliza um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia, para substituir total ou parcialmente a ventilação espontânea, sendo indicada na insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada (Santos *et al.*, 2020). A sua reconhecida complexidade faz com que seja necessário uma assistência especializada da equipa multiprofissional, onde o enfermeiro tem um papel importante na sua execução. Este deve estar alerta e ser conhecedor do material disponível, dos equipamentos envolvidos e dos procedimentos associados, tendo a responsabilidade de manter a permeabilidade das vias áreas, assim como desenvolver domínio acerca dos parâmetros ventilatórios, necessários para avaliar a adaptação da pessoa ao ventilador (Pinho, 2020).

O EE pode diferenciar-se no cuidado à pessoa sob VMI, uma vez que tem a capacidade de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação desta técnica complexa, com enfoque na Pneumonia Associada à Intubação (PAI). Assim, no cuidado direto à pessoa sob VMI foram aplicadas de forma integrada um conjunto de medidas que visam a prevenção da PAI, conforme a recente orientação da DGS, nomeadamente: o uso de

sedação ligeira; realização diária de provas de ventilação espontânea; estabilização da cabeceira do leito a um ângulo de aproximadamente 30°, evitando momentos de supinação; realização da higiene da cavidade oral pelo menos três vezes por dia; e manutenção da pressão do balão (*cuff*) do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, monitorizando-a no mínimo em três vezes por dia (Direção-Geral da Saúde, 2015). A adoção destas medidas, com impacto positivo comprovado na sua prevenção e baseadas em evidência científica, amplifica o desenvolvimento de uma cultura de segurança associada aos cuidados de enfermagem, ao qual o EE tem uma interposição promotora.

A ECMO, também denominada como Oxigenação por Membrana Extracorpórea, constitui um tratamento de emergência capaz de suportar a falência pulmonar e/ou cardíaca temporária (Leão *et al.*, 2024). Ao longo do estágio no SMIP, a estudante teve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa com ECMO e de colaborar diretamente no procedimento de canulação, pelo que se pretende dar alguma relevância.

A complexidade desta terapêutica e do cuidado inerente à mesma exige um nível de preparação adequado e competência dos profissionais, sendo necessário um enfermeiro em constante permanência e vigilância. A maioria das intervenções instituídas relacionam-se com a manutenção do circuito e monitorização da pessoa doente, devendo ser realizadas, de forma minuciosa, pelo enfermeiro responsável pela ECMO. Estas englobam a vigilância de sinais clínicos relacionados com hemorragia (perda sanguínea pelos locais de punção, hemoptise, hematémese, hematúria, hemólise, melenas e enterorragia) ou distúrbios de coagulação, uma vez que são as principais complicações relacionadas à anticoagulação, caracterizados como eventos trombóticos e hemorrágicos. De igual modo, é importante a monitorização da pessoa com ECMO, nomeadamente na vigilância dos parâmetros hemodinâmicos, alterações pupilares, mudanças no estado de consciência e alteração na perfusão tecidual periférica. As intervenções relacionadas com o posicionamento e mobilização da pessoa com ECMO carece de igual importância e podem ser realizadas com segurança pela equipa de cuidados. Porém, esta deve ser executada com cuidado, tendo em conta os riscos associados, devendo a pessoa estar monitorizada, a fim de evitar eventos adversos como o deslocamento de cânulas e, conseqüentemente, hemorragia (Leão *et al.*, 2024).

Dada a complexidade desta intervenção, a sua atuação exige conhecimentos especializados e competências técnicas para garantir a eficácia do tratamento e segurança da pessoa doente. Neste sentido, o EE desempenha um papel fundamental no cuidado à pessoa com ECMO, uma vez que apresenta competência para executar uma monitorização rigorosa à PSC, assegurando um olhar crítico e capacidade de intervenção rápida, garantindo a manutenção do circuito e prevenção de possíveis complicações.

Uma outra atividade que se pretendeu desenvolver para a aquisição deste objetivo recai no conhecimento dos protocolos terapêuticos de sedo-analgesia, demonstrando uma capacidade de gestão diferenciada nesse contexto. O doente crítico deve estar sempre que possível acordado e alerta, sem queixas ou sintomas de dor, ansiedade ou delírio, permitindo-lhe participar ativamente no seu tratamento e recuperação. Nos últimos anos, tem havido uma profunda mudança em relação às práticas de sedação e analgesia no doente crítico, sendo que a evidência atual suporta que esta deve ser evitada, a não ser que haja uma indicação mandatória para o seu uso (Pinho, 2020).

Ao longo da atividade desenvolvida no SMIP, foi implementada uma prática com fundamento na administração e de titulação controlada e adequada de fármacos sedativos tendo em consideração que esta faz parte integral do tratamento do doente crítico, mas que deve ser usada com o objetivo de reduzir a ansiedade, estabelecer um repouso adequado e reduzir situações desagradáveis nos tratamentos ou procedimentos (Pinho, 2020). Para além dos métodos farmacológicos utilizados no controle da dor e sedação, foi desenvolvida uma intervenção consciente na importância da implementação de medidas não farmacológicas, como a utilização de colchão confortável, promoção do sono, gestão do ambiente, o uso de música de relaxamento e a promoção de uma boa comunicação com o doente crítico, com a finalidade de prevenir e reduzir a dor e a confusão e mitigar sentimentos de medo, incompreensão, dúvida e sofrimento. De igual forma, a sedação foi direcionada por objetivos sendo os fármacos ajustados conforme o nível de escala de sedação prescrito e as necessidades individuais de cada pessoa. Durante a prática clínica, a escala de sedação usada para avaliar a qualidade e profundidade da sedação da PSC foi a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Esta encontra-se subdividida em 10 itens, em função do estado de sedação/agitação do doente, sendo atribuída uma pontuação que varia de -5 (não despertável) a +4 (agressivo) (Rashidi *et al.*, 2020). A utilização deste instrumento auxiliou o processo de tomada de decisão quanto ao ajuste da sedação, otimizando a segurança durante os

cuidados e procedimentos. Assim, na promoção de uma prática especializada, foi aplicada uma estratégia de cuidados segura e eficaz que se traduziu num aumento do conforto do doente, mantendo-se o nível de sedação ligeiro e dirigido e a abordagem da dor como prioridade, promovendo, assim o conforto do doente e o um melhor prognóstico clínico.

De igual forma, foram reunidos esforços para adotar uma atitude proativa na aquisição de conhecimentos sobre as técnicas dialíticas contínuas aplicadas à PSC, compreendendo a sua indicação, funcionamento e monitorização. Paralelamente, procurou-se aprofundar a compreensão acerca da morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos, através da consulta dos protocolos existentes na unidade. Estas atividades permitiram obter um entendimento mais aprofundado acerca de protocolos terapêuticos complexos associados a esta tipologia de cuidados, o que promoveu uma intervenção alinhada com as melhores práticas e fundamentada em evidência científica.

Por fim, perante a atividade prática desenvolvida na UCIP, foi possível desenvolver o conhecimento na execução de cuidados de alta complexidade dando resposta ao terceiro objetivo – **desenvolver conhecimentos e habilidades acerca de técnicas e protocolos terapêuticos complexos na UCIP** – aos quais se destacam a VMNI e a Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), uma vez que constituem duas terapias que sobressaíram nos momentos de prática clínica efetuados na unidade.

A VMNI é um método de assistência ventilatória indicado para pessoas doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, evitando os riscos associados à intubação e à VMI. Esta melhora a função respiratória através de vários mecanismos, diminuindo o esforço necessário para obter uma ventilação satisfatória, recorrendo à utilização de diversas interfaces para maximizar o conforto da pessoa doente (Criner *et al.*, 2024). Os enfermeiros são parte integrante e elemento fulcral no início e manutenção desta técnica, intervindo na monitorização e vigilância da pessoa sob VMNI, garantindo a sua eficácia. O seu sucesso depende, em grande escala, da escolha da interface, uma vez que as fugas excessivas, lesões cutâneas associadas a este dispositivo e a má tolerância podem ditar o fracasso da terapêutica (Pinho, 2020).

Assim, na prestação de cuidados especializados, foi possível interagir de uma forma aprofundada com este método de tratamento, direcionando as intervenções de enfermagem com vista ao sucesso do mesmo. Para o efeito, foi dado ênfase à verificação do

funcionamento do equipamento, na montagem do circuito e seleção da interface adequada à fisionomia da pessoa. A monitorização e vigilância da pessoa com VMNI também constituiu um foco nos cuidados, mantendo sempre uma atitude alerta e preventiva perante alterações hemodinâmicas e desenvolvimento de úlceras de pressão associadas a dispositivos médicos, provocadas pelo uso das interfaces.

O estágio conduzido na UCIP permitiu desenvolver conhecimentos acerca de uma técnica terapêutica relativamente desconhecida para a estudante, denominada por OHB, pelo que se considerou relevante o seu acréscimo ao projeto individual. Esta é uma modalidade de tratamento que consiste na inalação de oxigénio a 100% de concentração, em um ambiente com pressão atmosférica elevada, dentro de uma câmara hiperbárica. Esta oferta pura de oxigénio na corrente sanguínea promove o seu transporte aos tecidos do corpo humano, potenciando um vasto conjunto de benefícios como a melhoria da microcirculação, promoção da cicatrização de feridas difíceis e atividade antimicrobiana em infeções graves, entre outros (Couto *et al.*, 2021). Considera-se importante a sua referenciação uma vez que constituiu um exemplo prático de uma lacuna identificada no conhecimento da estudante, o que motivou a procura de novos saberes, aperfeiçoando, assim, uma prática especializada.

Deste modo, é possível inferir que as intervenções do EE têm um impacto visível na melhoria dos cuidados prestados à PSC, pois recorre às suas competências acrescidas para aprimorar a intervenção, traduzindo-se num aumento do grau de satisfação, promoção da saúde e prevenção de complicações (Malta *et al.*, 2025). A concretização das atividades supracitadas consolidou o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades no cuidado à PSC, promovendo uma resposta eficaz na realização de uma intervenção especializada, com vista à conceção, implementação e avaliação de um plano de cuidados individualizado e seguro.

3.2.2. Cuidado à pessoa em situação emergente, exceção e catástrofe

Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Os profissionais de saúde têm um papel preponderante na instituição de medidas de promoção do socorro e recuperação da saúde, devendo estar preparados e dotados de conhecimentos que lhes permitam atuar com capacitação (Pinho, 2020).

O EE é um profissional dotado de competência para dinamizar a resposta perante estas situações, pelo que se considera fundamental compreender e diferenciar os devidos conceitos.

- A **emergência** médica resulta de uma situação clínica de instalação súbita e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, pelo que a sua assistência deve ser realizada de forma imediata (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).
- A situação de **exceção** ocorre fundamentalmente quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, pelo que exige uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).
- A **catástrofe** é um acontecimento súbito e normalmente imprevisível que decorre do processo de rutura e desarmonia entre o ambiente natural e o sistema social, sendo responsável por provocar um grande número de vítimas e danos materiais (Pinho, 2020).

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, é fundamental a consciência de que é necessário ter a capacidade de uma atuação multidisciplinar, ressaltando a importância do contato entre as equipas intervenientes e a articulação e funcionamento das diversas entidades, para que os recursos disponíveis possam ser otimizados e os procedimentos implementados de forma eficaz. O hospital é um local privilegiado para receber e cuidar das vítimas, devendo os seus profissionais de saúde estarem familiarizados com todos os conceitos, procedimentos e protocolos de atuação inerentes a este acontecimento (Pinho, 2020).

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o EE *“atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19363). De maneira a concretizar o objetivo proposto no projeto de estágio – **desenvolver conhecimentos de atuação perante uma situação de exceção e catástrofe** – procedeu-se à consulta do Plano de Emergência e Evacuação do SMIP e do Plano de Emergência Interna e Externa da UCIP. Estes documentos têm como objetivo identificar os riscos mais previsíveis nas áreas de influência dos hospitais, de modo a fazer um levantamento dos meios e recursos internos disponíveis e estabelecer critérios

para a sua atuação perante situações de emergência, minimizando a mortalidade e mobilidade das vítimas assistidas. De igual forma, em conjunto com os enfermeiros tutores, foi possível percorrer e conhecer os trajetos de evacuação definidos para o serviço, assim como a localização do armazenamento do material utilizado para situação de catástrofe.

É essencial que as equipas estejam preparadas para atuar, através de um cuidado especializado e individualizado, assente em conhecimentos técnico-científicos adequados (Pinho, 2020). Apesar de não ter decorrido nenhuma situação de exceção ou catástrofe ao longo da trajetória dos ensinamentos clínicos, foi possível compreender que a imprevisibilidade das mesmas obrigam a que as instituições e os seus profissionais estejam preparados para atuar perante a sua circunstância, mesmo que esta nunca venha a acontecer. Deste modo, a existência de ações de planeamento, prevenção e exercício, como as simulação de acidentes ou calamidades, são uma forma de minimizar os efeitos de risco, interiorizando comportamentos que permitam a celeridade perante situações complexas. Assim, o EE tem um papel diferenciado no planeamento da resposta, gerindo e assegurando a eficiência dos cuidados de enfermagem perante estas situações. De igual forma, tem capacidade reconhecida para colaborar, em articulação com o nível estratégico, na elaboração ou revisão dos planos de emergência e catástrofe da instituição/serviço.

3.2.3. Controlo de infeção associada aos cuidados de saúde

A importância da prevenção de infeções e da resistência antimicrobiana nos cuidados de saúde é um esforço cada vez mais reconhecido a nível mundial, pelo que as ações de Prevenção e Controlo de Infeção (PCI) desempenham um papel essencial na redução das ameaças emergentes na saúde (World Health Organization, 2022). A PCI consiste na prestação de cuidados baseados em evidência científica, com o objetivo de antecipar e controlar a gestão das IACS, precavendo os eventos adversos relacionados com as mesmas, seja nas pessoas doentes ou nos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2021b).

As IACS constituem um dos maiores desafios presentes no setor da saúde, sendo definidas como qualquer infeção adquirida no contexto da prestação de cuidados, independente do local onde estas ocorrem (Gonçalves & Carmo, 2022). Segundo a Organização Mundial de Saúde, todas as pessoas que procuram cuidados de saúde, ou que acedem a serviços preventivos, correm o risco de desenvolverem uma IACS, sendo que se prevê que em cada

100 pessoas hospitalizadas, sete sejam infetadas. O seu perigo advém de estas apresentarem potencial de agravar o prognóstico da doença de base, o que resulta num aumento do tempo de internamento, mortalidade e, conseqüentemente, aumento dos custos para a instituição (World Health Organization, 2022).

Existem vários fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de infeções na PSC, podendo estes ser não modificáveis (condição clínica, procedimentos invasivos como uma cirurgia, comorbidades e imunossupressão preexistente ou adquirida pelo tratamento) ou modificáveis (desnutrição, efeito da hiperglicemia, impacto do ambiente hospitalar e comportamento dos profissionais de saúde) (Pinho, 2020).

A enfermagem tem um papel predominante nas ações de PCI, visto que é uma área de exercício profissional que contribui para a qualidade dos cuidados de saúde, fomentando uma prática profissional fundamentada numa cultura de segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). O regulamento da OE define que uma das competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC é “*Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). De modo a adquirir esta competência foi proposto como objetivo de estágio – **desenvolver conhecimentos e habilidades acerca de controlo de infeção hospitalar** – sendo planeadas e implementadas um conjunto de atividades, previamente delineadas, de forma a promover uma prática segura apoiada na promoção do controlo de infeção hospitalar tanto no SMIP como na UCIP.

Durante a prática clínica considerou-se como preocupação primordial o cumprimento das precauções básicas associadas aos cuidados de saúde, sendo estas aplicadas a todas as pessoas a quem foram prestados cuidados diretos, independentemente de apresentarem ou não infeção, suspeita ou confirmada. Estas medidas incluíram, em primeiro lugar a correta higienização das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual de acordo com os procedimentos e o nível de exposição antecipado, a utilização de máscara durante procedimentos assépticos e a adequação de precauções de isolamento (protetor, sempre que a pessoa se encontrava imunocomprometido, ou de contenção, quando apresentava uma infeção por um microrganismo epidemiologicamente importante).

Na prática realizada no SMIP, foi possível constatar que a totalidade das unidades do serviço apresentam todo o material de proteção individual necessário à prestação diária de cuidados de enfermagem, sendo este utilizado de forma restrita à pessoa, de forma a prevenir a transmissão cruzada e, conseqüentemente, diminuir o risco de infecção. De igual modo, foi desenvolvido um papel interventivo nas equipas perante a atenção pela sinalização de isolamentos, nomeadamente no modo de transmissão.

Uma atividade que se pretendia desenvolver nos campos de estágio era conhecer os seus protocolos de intervenção e controlo de infeção hospitalar. Para efeito, após a consulta de um vasto conjunto de normas de enfermagem e protocolos clínicos atualizados acerca da PCI, foi possível consolidar o conhecimento acerca das infeções mais comuns, representando mais de 80% das IACS, como a PAV mecânica, particular aos serviços de CI a Bacteriemia Associada ao CVC, a Infeção associada ao Cateter Vesical (IACV) e a Infeção do Local Cirúrgico. Por tal, foi promovida uma prática de cuidados baseados nas recomendações mais recentes da DGS, respeitando os feixes de intervenção presentes nas seguintes normas: Norma n.º 021/2015, atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação”; Norma n.º 022/2015, atualizada a 29/08/2022 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central”; Norma n.º 019/2015, atualizada a 29/08/2022 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”; Norma n.º 020/2015, atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico”.

O EE tem capacidade e competência para se diferenciar nesta área, potenciando mudanças de comportamentos em si e nos restantes elementos da equipa, através do diagnóstico de necessidades do serviço em matéria de PCI. Para tal, foi adotada uma prática diária reflexiva, em colaboração com os enfermeiros tutores, acerca de potenciais comportamentos de risco durante a prestação de cuidados, de forma a mitigar e prevenir a transmissão de microrganismos potencialmente patogénicos em meio hospitalar. Foi também implementada uma conduta assente na educação contínua das equipas de saúde, fomentando a adesão a boas práticas e a sensibilização dos profissionais para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e de higiene hospitalar.

Por fim, importa referir a impossibilidade de execução de uma atividade inicialmente proposta, nomeadamente a realização de um turno com o elo de ligação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, ao qual se

caracterizou como uma limitação no aprofundamento de conhecimentos direcionados à monitorização e supervisão de controlo de infeção hospitalar. A mesma não foi executada uma vez que, após confirmação com os enfermeiros gestores, estes profissionais não tinham atribuídos turnos especificamente dedicados ao desenvolvimento das tarefas inerentes à sua responsabilidade. Apesar desta competência não ter sido desenvolvida na sua totalidade, foi possível questionar e discutir com os enfermeiros elos de ligação do SMIP e da UCIP acerca da sua intervenção na equipa. Por tal, destaca-se a colaboração na realização de auditorias anuais à prestação de cuidados de enfermagem, com enfoque nas IACV; a realização de sessões formativas acerca da PCI aos enfermeiros e/ou a outros profissionais da equipa multidisciplinar; e a colaboração institucional na vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados, de modo a definir prioridades de atuação e, ao mesmo tempo, monitorizar a eficácia dos programas instituídos.

Deste modo, infere-se que o exercício da enfermagem especializada é determinante na promoção de cuidados de saúde preventivos, reduzindo a incidência das IACS e participando de forma proativa na implementação de medidas eficazes para minimizar os riscos associados às mesmas. O conhecimento e atuação do EE, em conformidade com o padrão de qualidade dos cuidados especializados em EMC, é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa alvo de cuidados, maximizando, assim, a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

4. COMUNICAÇÃO COM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A comunicação com a pessoa no centro dos cuidados, constitui um dos pilares estruturantes da identidade e exercício profissional, na medida em que o seu valor se tornou evidente durante toda a prática clínica desenvolvida em contexto de uma enfermagem especializada. O valor denotado nesta competência, conjugado com os princípios pessoais e experiências vivenciadas, torna pertinente o seu destaque no desenvolvimento pessoal e profissional, sendo este um capítulo dedicado a esta componente básica da *arte* do cuidar.

A comunicação é o principal meio através do qual os profissionais de saúde, pessoas doentes e as suas famílias transmitem as suas necessidades, identificam as suas preferências e estabelecem uma relação terapêutica com a equipa (Kuyler & Johnson, 2021). A existência de uma comunicação adequada e eficaz é fundamental para uma prestação de cuidados de qualidade. De facto, esta demonstra-se benéfica tanto para os enfermeiros como para a pessoa alvo de cuidados, pois aumenta os níveis de satisfação associados aos cuidados de saúde, diminui a ansiedade associada à barreira comunicacional e permite que estes identifiquem diretamente as suas necessidades, preocupações e inquietações, contribuindo para o processo de tomada de decisão (Al-Yahyai *et al.*, 2021).

O enfermeiro é o núcleo central da comunicação e desempenha um papel fundamental na promoção e facilitação da mesma. Os profissionais que apresentem esta competência desenvolvida têm mais facilidade no estabelecimento de relações positivas com a pessoa doente e a sua família (Emaliyawati *et al.*, 2020). Contudo, para que esta possa ser potencializada, é essencial que se estabeleça um sentido de confiança mútua entre o profissional e a pessoa, pelo que todas as partes intervenientes neste processo têm de estar abertas, flexíveis e dispostas a valorizar a perceção do outro (Kuyler & Johnson, 2021).

Ao longo da prática clínica foi possível observar diretamente a instabilidade e vulnerabilidade intrínseca à condição da PSC, sendo esta alvo de cuidados complexos, onde a existência de uma comunicação eficaz demonstrou ser essencial para uma prestação de cuidados holísticos. Contudo, devido à sua condição clínica, estes encontravam-se frequentemente incapazes de comunicar verbalmente com os elementos da equipa de saúde,

principalmente em contexto de CI. Neste sentido, considera-se pertinente explorar as principais dificuldades experienciadas nos campos de estágio, assim como as estratégias utilizadas para as ultrapassar, que permitiram desenvolver competências específicas em técnicas de comunicação, no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa doente. O caso que se descreve adiante constitui uma situação real experienciada num dos primeiros turnos realizados no SMIP, pelo que teve uma forte implicação na abordagem dos cuidados de enfermagem e na intencionalidade de compromisso com a comunicação eficaz com a PSC e a sua família.

“O Sr. A. de 34 anos, internado no SMIP há mais de duas semanas por choque séptico em contexto de infeção cervical, complicada após cirurgia, encontra-se consciente, orientado, no tempo, espaço e pessoa, mas sob VMI e incapaz de comunicar verbalmente com os elementos da equipa. Após os cuidados de higiene, o mesmo iniciou quadro de inquietação no leito, com sinais de desconforto, pelo que chamou a atenção da equipa de enfermagem através da utilização de gestos com ambas as mãos. A enfermeira responsável pelo Sr. A. avaliou a situação e a condição clínica do mesmo, tendo concluído não existir evidência de sinais de alarme ou potenciais problemas, pelo que tentou perceber o que a pessoa doente estava a tentar comunicar. Após enumeras tentativas comunicacionais de vários profissionais, todas elas sem sucesso, o Sr. A. permaneceu em silêncio, calmo, mas com lágrimas a caírem pelo rosto, permanecendo o resto do turno com um olhar distante”.

Após a observação do evento, foi concebida uma reflexão com o enfermeiro tutor acerca do possível impacte que estas situações potenciam nos cuidados de saúde, assim como a frequência em que ocorrem no presente contexto, sendo esta capaz de proporcionar sensações de impotência nos elementos da equipa de enfermagem e sentimentos negativos na PSC. Deste momento de prática reflexiva adveio a intencionalidade na elaboração da *Scoping Review*, conforme referenciada no subcapítulo “*Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*” com o intuito de deixar um contributo relevante à prestação de cuidados de enfermagem, promovendo a comunicação com a PSC sob VMI com barreiras comunicacionais.

Estas barreiras podem ser influenciadas por fatores clínicos, cognitivos e emocionais, assim como pela natureza associada ao cuidado com a PSC (Kuruppu *et al.*, 2024). Neste contexto, para iniciar a comunicação, a pessoa e os enfermeiros recorrem frequentemente a métodos simples e tradicionais como o contacto visual, a expressão facial, os gestos com as mãos, os

acenos de cabeça e a leitura labial (Kuruppu *et al.*, 2024; Kuyler & Johnson, 2021). No entanto, embora estes métodos possam ajudar a colmatar a lacuna de comunicação até certo ponto, são ineficazes na resposta de todas as necessidades, não só pelos profissionais de saúde apresentarem dificuldades para conseguirem entender a informação transmitida, como também devido à sua natureza demorada e quantidade de energia requerida pela pessoa na sua aplicação (Al-Yahyai *et al.*, 2021; Kuruppu *et al.*, 2024).

Neste sentido, a mal interpretação da informação e, conseqüentemente, falha na comunicação conduz a um elevado nível de reações emocionais na pessoa doente, estando frequentemente associada ao desenvolvimento de sentimentos negativos como frustração, *stress*, ansiedade e depressão (Al-Yahyai *et al.*, 2021; Kuyler & Johnson, 2021).

Com a procura da melhor evidência científica sobre esta temática, surgiu um conceito até então desconhecido, relacionado com o uso de estratégias de comunicação aumentativa e alternativa, validadas para a PSC, em contexto de cuidados intensivos. Esta consiste num conjunto de estratégias que podem ser utilizadas como métodos suplementares à fala ou à escrita, de modo a estabelecer uma comunicação funcional entre os profissionais de saúde e as pessoas alvo de cuidados (Al-Yahyai *et al.*, 2021; Kuruppu *et al.*, 2024; Kuyler & Johnson, 2021). Estas incluem não só as estratégias de comunicação simples, como também o uso de vários instrumentos de ajuda, como quadros de comunicação, quadros de alfabeto e diferentes tecnologias como o *eye-tracking*, promovendo a participação das pessoas com dificuldade em comunicar no seu processo de cuidados (Kuyler & Johnson, 2021).

Estes novos conhecimentos motivaram o uso de recursos complementares durante a prestação de cuidados de enfermagem, como quadros de comunicação e de alfabeto existentes no SMIP. A utilização destas estratégias com o Sr. A. facilitou o processo de comunicação com o mesmo, dando respostas às suas necessidades individuais e promovendo o seu bem-estar. Desta forma, foi possível aplicar uma intervenção especializada na utilização de estratégias de comunicação verbal e não-verbal no cuidado à PSC, promovendo a sua satisfação, e fomentando a criação de uma relação de confiança e empatia na parceria de cuidados. De igual modo, o EE é um profissional a quem se reconhece competência na identificação das necessidades da PSC, assegurando a sua deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). A utilização de estratégias que promovam uma comunicação eficaz entre a equipa de saúde e a PSC pode constituir um fator

determinante na identificação destas situações, promovendo uma intervenção direcionada e atempada.

Assim, após experienciar diretamente os benefícios que a implementação desta estratégia comunicacional teve na pessoa, foram reunidos esforços ao longo de ambos os campos de estágio a fim de identificar prontamente pessoas com necessidades comunicacionais, prestando um cuidado de enfermagem consciente, inclusivo e especializado, centrado nas respostas às necessidades individuais de cada pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma profissão em constante evolução, onde o desenvolvimento contínuo é essencial para garantir cuidados de qualidade, que respondam aos desafios emergentes da prática clínica. Este compromisso com a procura permanente da excelência no exercício profissional, pautado pelo desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, define a arte de uma prática especializada e a valorização da Enfermagem enquanto profissão, disciplina, e ciência.

A elaboração deste relatório possibilitou a análise crítico-reflexiva aprofundada acerca de todo o percurso formativo, articulando as experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos com o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeira especialista em EMC na área da PSC. A evolução deste processo de aprendizagem possibilitou o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos, capacidades e habilidades, que permitiram o alcance dos objetivos individuais previamente delineados para a concretização do estágio final.

O cuidado ao outro, sobretudo em momentos vulneráveis de doença crítica, exige um compromisso para com os valores da profissão, dedicado à melhoria contínua dos cuidados. Assim, a procura pela excelência profissional não é apenas um objetivo individual, mas uma responsabilidade coletiva, sendo este percurso dinâmico e sustentado pela aprendizagem ao longo da vida, na adaptação constante às transformações da prática clínica. Neste sentido, as competências adquiridas ao longo deste ciclo de estudos constituem uma mais-valia para a prática de enfermagem, pois promovem a melhoria dos cuidados prestados, elevando a qualidade, segurança e eficiência das suas intervenções.

A combinação das aprendizagens individuais que decorreram deste processo impulsionou um conjunto de atitudes e competências que influenciaram diretamente a conduta da estudante, na construção de uma identidade profissional assente na procura da excelência do cuidar. Por tal, foi possível observar uma evolução pessoal notória, superando os desafios diários com maior responsabilidade, tomando decisões assentes em evidência científica atual e implementando uma prática profissional autónoma, a fim de dar resposta às necessidades

em cuidados com intervenções precisas e eficientes. De igual modo, o aprimoramento da perícia na identificação precoce de sinais de instabilidade, alterações hemodinâmicas e/ou potenciais problemas decorrentes da prática clínica, promoveu um cuidado mais consciente e fundamentado, permitindo uma melhor compreensão acerca do seu papel na equipa multidisciplinar enquanto futura enfermeira especialista.

Contudo, este mestrado representou um percurso formativo altamente desafiante e rigoroso, o que exigiu um compromisso pessoal perseverante e um elevado nível de determinação, adaptação e superação. Cada etapa do processo foi marcada por um esforço contínuo, onde a responsabilidade pela própria aprendizagem constituiu um elemento central de toda a atividade desenvolvida.

Na enfermagem, os desafios são uma constante e assumem um papel fundamental na evolução do profissional, sendo que cada obstáculo encontrado se traduz numa oportunidade de aprendizagem e crescimento. Assim, embora exigente, esta experiência revelou-se profundamente enriquecedora, uma vez que moldou a estudante para uma profissional mais competente, segura e capaz de responder com qualidade e humanismo às necessidades do ser humano e às exigências da profissão. Afinal, é na superação dos desafios que se constrói a excelência no cuidado e se reafirma o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Yahyai, A. N. S., Arulappan, J., Matua, G. A., Al-Ghafri, S. M., Al-Sarakhi, S. H., Al-Rahbi, K. K. S., & Jayapal, S. K. (2021). Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential Strategy. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211015234>
- Benner, P. (2001). *From Novice To Expert - Excellence And Power In Clinical Nursing Practice*. Quarteto Editora.
- Bispo, C. A., Rodrigues, A. J. P., Saldanha, R. R. de, & Santos, W. L. dos. (2023). Atuação do enfermeiro na qualidade e segurança do paciente. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13). <https://doi.org/10.55892/jrg.v6i13.783>
- Boterf, G. Le. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (Artmed, Ed.).
- Bruinink, L. J., Linders, M., Boode, W. P. de, Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation Plus* (Vol. 20). <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763>
- Caro, L. V. A., & Henao-Castaño, Á. M. (2023). Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos: revisión de alcance. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 25. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie25.cfvu>
- Couto, S. I. da S., Silva, D. R. da R., Lopes, E. T., Torres, B. K. F., Frazão, M. G. de O., Silva, R. M. da, Silva, D. D. da, Lima, M. da C. F. de, Silva, J. B. F. da, Silva, S. I. da, Ferreira, A. R., Lima, A. da S., Alves, D. M. das D., Silva, J. G. da, & Pereira, J. B. S. (2021). Funcionamento da oxigenoterapia hiperbárica e seu uso no tratamento do pé diabético: quais os cuidados de enfermagem? *Research, Society and Development*, 10(13). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20708>
- Coventry, A., Gerdtz, M., McInnes, E., Dickson, J., & Hudson, P. (2023). Supporting families of patients who die in adult intensive care: A scoping review of interventions. Em *Intensive and Critical Care Nursing* (Vol. 78). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103454>

- Criner, G. J., Gayen, S., Zantah, M., Dominguez Castillo, E., Naranjo-Tovar, M., Lashari, B., Pourshahid, S., & Gangemi, A. (2024). Clinical Review of Non-invasive Ventilation. *European Respiratory Journal*, 64. <https://doi.org/10.1183/13993003.00396-2024>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 021/2015 - «Feixe de Intervenções» para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Emaliyawati, E., Widiasih, R., Sutini, T., & Rahayu, U. (2020). Nurses' Reflections on Challenges and Barriers of Communication in The Intensive Care Unit: A Phenomenology Study. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8(2). <https://doi.org/10.24198/jkp>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Kuruppu, N. R., Chaboyer, W., Abayadeera, A., & Ranse, K. (2023). Augmentative and alternative communication tools for mechanically ventilated patients in intensive care units: A scoping review. Em *Australian Critical Care* (Vol. 36, Número 6, pp. 1095–1109). <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.12.009>
- Kuruppu, N. R., Tobiano, G., Ranse, K., Abayadeera, A., & Chaboyer, W. (2024). Facilitators, barriers and acceptability of implementing a communication board in Sri Lankan intensive care units: A qualitative descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103708>

- Kuyler, A., & Johnson, E. (2021). Patient and nurse content preferences for a communication board to facilitate dialogue in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103005>
- Leão, A. V. de, Azzolin, K. de O., Lucena, A. de F., & Souza, E. N. de. (2024). Ações de cuidado e diagnósticos de enfermagem ao paciente com oxigenação por membrana extracorpórea: translação do conhecimento. *Escola Anna Nery*, 28(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2023-0067pt>
- López-Jardón, P., Martínez-Fernández, M. C., García-Fernández, R., Martín-Vázquez, C., & Verdeal-Dacal, R. (2024). *Utility of Intermediate Care Units: A Systematic Review Study* (Vol. 12, Número 3). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030296>
- Mações, M. A. R. (2023). *Manual de Gestão Moderna*. Actual Editora.
- Malta, A., Braga, C., Oliveira, R., Namora Santos, J., Fernandes, F., Pereira, A., & Sequeira, C. (2025). Enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica: uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i1.335>
- Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. LIDEL.
- Ministério da Saúde. (2002). *Despacho Normativo n.º 11/2002 - Cria o serviço de urgência*. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*.
- Naz, H., & Ganaie, N. A. (2023). Evidence-Based Practice in Nursing: A Comprehensive Review. *Clinical Medicine and Health Research Journal*, 3(6), 713–715. <https://doi.org/10.18535/cmhrj.v3i6.254>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem*. LIDEL.

- Nuñez, D., Gouveia, J., Almeida, J. P., José, S., Paiva, A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Medicina Intensiva*.
- Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A., Monsieurs, K. G., Raffay, V., Smyth, M., Soar, J., Svavarsdottir, H., & Perkins, G. D. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: basic life support. *Resuscitation*, *161*, 98–114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Parecer n.º 15/2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento n.º 429/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em Situação Paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em <https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020a). *Parecer n.º 02/2020 - Rácio de Enfermeiros em Serviços de Medicina Intensiva - COVID*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-nº-2_ce-e-mceemc-rácio-de-enfermeiros-em-serviços-de-medicina-intensiva-covid.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020b). *Parecer n.º 07/2020 - Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-nº-07_ce_27022020_transporte-secundário-de-pessoas-em-situaçã.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Regulamento n.º 674/2021 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infecção*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23309/regulamento-da-competência-acrescida-diferenciada-em-enfermagem-em-prevenção-e-controlo-de-infeção.pdf>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. LIDEL.
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. da. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. da, & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de liderança do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

- Polo, M. J. F., Mocheuti, K. N., Lima, L. P. de S., Finger, A. F. de A., Guimarães, M. K. de O. R., Ferreira, G. E., & Ribeiro, M. R. R. (2024). Desenvolvimento da competência clínica na formação do enfermeiro em estágios curriculares supervisionados. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(7). <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-060>
- Ramires, T. G., Matias, R., Carvalho, J., Correia, H., Freitas, P. T. de, Mergulhão, P., & Paiva, J. A. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos*.
- Ramos, S., & Cunha, M. (2022). Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. *Servir*, 2(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>
- Rashidi, M., Molavynejad, S., Javadi, N., Adineh, M., Sharhani, A., & Poursangbur, T. (2020). The effect of using Richmond agitation and sedation scale on hospital stay, ventilator dependence, and mortality rate in ICU inpatients: a randomised clinical trial. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 734–746. <https://doi.org/10.1177/1744987120943921>
- Ribeiro, O. (2023). *Ambientes de prática de enfermagem positivos*. LIDEL.
- Rodrigues, F. T., Ferreira, F. dos S. C., Cruz, R. do A. F., Oliveira, A. S. da F. S. R. de, Ó, T. T. do, Souza, C. J. de, Sanches, M., Silva, R. A. da, Azevedo, S. L. de, & Santos, M. R. dos. (2023). A interface da auditoria de enfermagem com a qualidade da assistência e o registo de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(5). <https://doi.org/10.25248/reas.e12459.2023>
- Salim, T. R., & Soares, G. P. (2023). Análise de desfechos após paragem cardiopulmonar extra-hospitalar. Em *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* (Vol. 120, Número 7). <https://doi.org/10.36660/abc.20230406>
- Santos, C. dos, Nascimento, E. R. P. do, Hermida, P. M. V., Silva, T. G. da, Galetto, S. G. da S., Silva, N. J. C. da, & Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0300>
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos

(UCI). *New Trends in Qualitative Research*, 13.
<https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>

Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Tomaschewisk-Barlem, J. G., Schallenberger, C. D., Ramos-Toescher, A. M., Barlem, E. L. D., Rocha, L. P., & Castanheira, J. S. (2020). Estratégias para o desenvolvimento da sensibilidade moral: perspectiva dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Escola Anna Nery*, 24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0311>

World Health Organization. (2022). *Global report on infection prevention and control*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida

INTERVENÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA

REALIZADO POR ANA FONSECA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. RÚBEN ENCARNAÇÃO

INTRODUÇÃO

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são locais qualificados para assumir a responsabilidade dos cuidados da pessoa em situação crítica, suportando, prevenindo e revertendo a falência de uma ou mais funções vitais eminentes ou estabelecidas¹.

Dada a complexidade da condição clínica, o número de pessoas que morrem em contexto de doença aguda é substancial, tendo estas unidades elevadas taxas de mortalidade²⁻⁵. Neste contexto, as famílias são frequentemente confrontadas com a rápida transição de tratamento curativo para cuidados em fim de vida, dando-lhes pouco tempo para processar os possíveis impactos de uma morte antecipada³.

Os cuidados em fim de vida são cuidados especificamente direcionados para a prevenção e alívio do sofrimento da pessoa e da sua família, promovendo o conforto e a dignidade durante todo o processo de morte^{2,6}. Perante esta intervenção, a relação entre a família e os profissionais de saúde tem de ser significativa e baseada no reconhecimento que a mesma é uma constante essencial no estabelecimento da relação terapêutica com o doente^{2,7}.

Com o falecimento do seu ente querido numa UCI, muitas famílias vivenciam sintomas de ansiedade, depressão e perturbação de stress pós-traumático, o que aumenta significativamente o risco de luto prolongado, caracterizado por uma persistência de sofrimento intenso associado à perda⁸.

A comunicação é considerada um dos aspetos mais valorizados do cuidar, uma vez que influencia diretamente a experiência dos familiares ao longo de

todo o processo de fim de vida^{8,11}. Contudo, os profissionais de saúde podem apresentar algumas dificuldades ao longo deste processo, perdendo muitas vezes oportunidades de intervenção. As emoções da família podem não ser abordadas com a frequência devida, assim como o não abandono pode não ser afirmado de forma consistente⁹. A necessidade de protocolos relacionados com os cuidados em fim de vida e a falta de promoção de conhecimento dos profissionais de saúde acerca de como prestar esses cuidados são fatores potenciadores de barreiras prejudiciais ao papel da enfermagem numa UCI².

Por tal, sugere-se a seguinte orientação de intervenção familiar, centrado em três momentos distintos e cruciais para o processo de fim de vida, nomeadamente a conferência familiar, o fim de vida e o apoio no luto. As intervenções envolvem uma parceria entre o médico e o enfermeiro responsável pelo doente, sendo a comunicação e o suporte empático componentes centrais de qualquer momento, afetando significativamente o resultado das mesmas^{3,8}.

1º MOMENTO – CONFERÊNCIA FAMILIAR

O primeiro momento de intervenção é a conferência familiar, durante a qual os familiares são informados acerca da decisão de suspensão de medidas terapêuticas⁹. Esta ferramenta tem como objetivo permitir que o familiar expresse as suas emoções, coloque questões e compreenda a informação transmitida⁸. O ato de comunicar más notícias é de responsabilidade da equipa médica, mas que ocorre em colaboração estreita com a equipa de enfermagem.

INTERVENÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA

REALIZADO POR ANA FONSECA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. RÚBEN ENCARNAÇÃO

Nesta medida, o profissional deve estar atento e sensível às reações manifestadas pelo familiar e oferecer o suporte necessário para enfrentar o momento, que é determinado por extremo sofrimento emocional e luto antecipado para a família^{7,9}.

A comunicação é determinante para a qualidade dos cuidados, uma vez que é essencial para promover a resposta às necessidades da família e facilitar a sua preparação para a morte durante o cuidado em fim de vida^{2,3}. Esta deve ser prestada de forma clara, honesta, sensível e coerente, de modo a facilitar a transmissão e compreensão de informação num momento com grande efeito emocional^{2,9}. De igual forma, deve consistir numa comunicação aberta e atempada, tendo em consideração o melhor momento e localização, a utilização de uma linguagem simples, o cuidado com o tom de voz e a existência de contacto visual^{3,9}.

A preparação do ambiente físico onde será realizada a conferência familiar é um fator relevante e deve ser uma preocupação da equipa, sendo recomendada a utilização de uma sala reservada, com privacidade e conforto. A organização e preparação prévia do encontro, assim como a disponibilidade de tempo para realizar a comunicação, sem a ocorrência de interrupções, são estratégias igualmente importantes e facilitadoras do processo^{9,10}.

Durante a conferência familiar, podem ser aplicadas algumas intervenções como encorajar a expressão de emoções, convidar a prestar cuidados ao doente, questionar acerca da presença dos familiares no momento da morte, questionar acerca de pedidos específicos acerca de apoio espiritual e/ou religioso e encorajar a despedida do seu ente querido^{8,11}. O cuidado espiritual tem um papel crucial e positivo na

preparação para uma morte tranquila e é considerado uma parte importante no cuidado à pessoa em fim de vida. Quando aplicável, encorajar os familiares a rezar e facilitar a presença de um guia religioso são intervenções que podem ser aplicadas e que promovem conforto e um cuidado holístico à pessoa e à família⁵.

A utilização de interpretes linguísticos quando a linguagem é uma barreira torna-se uma intervenção cada vez mais relevante na atualidade, uma vez que a população está cada vez mais diversificada do ponto de vista étnico, cultural e linguístico¹¹.

De igual forma, a prestação de informações escritas, sob a forma de um panfleto que descreve o papel da família no fim da vida pode constituir uma estratégia que segundo a literatura, é capaz de promover uma redução dos sintomas de depressão e de stress pós-traumático³.

Existem vários protocolos capazes de auxiliar os profissionais de saúde a estruturar o processo de comunicação com os familiares numa UCI, como por exemplo o protocolo SPIKES e o protocolo V.A.L.U.E.^{7,9,10}.

A mnemónica SPIKES é um instrumento bastante utilizado e recomendado para aperfeiçoar as habilidades de comunicação de más notícias, podendo ser adequado às diferentes realidades e contextos^{9,10}.

S etting	Preparar-se para o encontro (local, tempo disponível, postura adequada).
P erception	Perceção acerca do estado clínico (avaliar conhecimento, estado emocional e expectativas).
I nvitation	Convidar ao diálogo (responder a questões e promover diálogo).
K nowledge	Transmissão da informação (comunicar a má notícia de forma acessível e fracionada).
E motions	Acolher emoções (demonstrar compaixão, oferecer apoio e respeitar espaço).
S trategy	Apresentar estratégia de cuidados (responder a questões finais e falar de cuidados de conforto).

INTERVENÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA

REALIZADO POR ANA FONSECA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. RÚBEN ENCARNAÇÃO

De igual forma, a mnemónica V.A.L.U.E. constitui uma recomendação de cinco passos para a comunicação com a família do doente internado numa UCI, sendo capaz de auxiliar na realização de uma conferência familiar¹⁰.

Value family statements – Valorizar o que é dito pela família

Acknowledge family emoticons – Validar emoções da família

Listen to the family – Escutar ativamente a família

Understand the patient as a person – Conhecer o doente

Elicit family questions – Esclarecer dúvidas da família

2º MOMENTO – FIM DE VIDA

O segundo momento de intervenção ocorre durante o processo de morte. É recomendado que o médico e o enfermeiro responsáveis pelo doente consigam estar presentes na unidade do doente, separadamente, pelo menos uma vez durante o processo de morte, de forma a criar oportunidades para detetar e responder a necessidades não satisfeitas. Este momento permite à equipa providenciar explicações, tranquilizar a família e encorajar a mesma a expressar as suas emoções e dúvidas, prevenindo o desenvolvimento de sentimentos de abandono. Nesta altura, conforme apropriado, podem ser discutidas as crenças espirituais da família, a hora prevista da morte, assim como sintomas que possam ocorrer durante a mesma. Contudo, este passo pode ser visto como intrusivo, uma vez que os familiares podem querer preservar a sua privacidade, pelo que, nesses casos, deverá ser respeitado⁸. A privacidade no momento da morte numa UCI constitui uma preocupação por nem sempre ser possível

proporcionar as melhores condições num momento imbuído de enorme simbolismo e desgaste emocional, pelo que deve ser respeitada. De igual forma, a possibilidade da presença da família no momento da morte do seu familiar promove a relação psicológica e física entre os mesmos⁴.

Os cuidados relacionados com o conforto do doente são igualmente apreciados pelas famílias, pois ver o seu familiar confortável deixa-os mais tranquilos. Isto inclui intervenções para o controlo da dor, o cuidado com a hidratação e limpeza regular dos olhos, boca e pele, a troca de roupa do doente e lençóis da cama e a alternância de posicionamentos. A procura da humanização do ambiente da UCI, a colocação de pertences dos doentes na sua unidade, a utilização da música ambiente e a verbalização de recordações agradáveis demonstram que estas intervenções proporcionam conforto entre o doente e a sua família².

O controlo sintomático assume um realce especial no conforto do doente e família. No que se refere especificamente à questão da dor tem vindo a ser demonstrado que esta condiciona elevados níveis de ansiedade, medo e agonia no doente, os quais se relacionam, não só com procedimentos invasivos, como com o uso frequente e desnecessário de intervenções que prolongam a vida. Assim, o uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor, dispneia, ansiedade, delírio, febre e secreções respiratórias, assim como a redução de menos procedimentos invasivos desnecessários promovem o conforto do doente e geram satisfação na família durante o processo de fim de vida².

INTERVENÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA

REALIZADO POR ANA FONSECA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. RÚBEN ENCARNAÇÃO

3º MOMENTO – APOIO NO LUTO

O terceiro momento de intervenção ocorre após a morte da pessoa. É recomendado que o médico e o enfermeiro se reúnam com os familiares numa sala dedicada, a fim de expressar as suas condolências em nome da equipa e esclarecer quaisquer dúvidas que esta possa ainda apresentar. Esta intervenção não só pode proporcionar aos familiares a oportunidade de expressarem os seus sentimentos e reconhecerem as emoções sentidas, como também permite que os profissionais demonstrem respeito pelo doente cuidado e incentivem a família na procura de ajuda, caso apresentem dificuldades no processo de luto⁸.

O luto é uma emoção individual moldada pela idade, personalidade e estratégias de *coping*, mas também é uma experiência social influenciada pelas interações que temos com os outros. Existem fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento de um luto prolongado, como a morte traumática, a preparação insuficiente dos familiares, a comunicação insatisfatória com a equipa médica, a incapacidade de se despedir e o presenciar a morte do familiar sem acompanhamento adequado da equipa⁸.

Nos meses que se seguem à morte da pessoa na UCI, os familiares correm um risco elevado de apresentar sintomas que afetam negativamente a sua saúde mental, como ansiedade, depressão, sintomas de stress pós-traumático e luto complicado, pelo que a comunicação não deve cessar após a prestação dos cuidados pós-morte^{4,8}.

É recomendado a sugestão à família de uma visita *follow-up*, percebido como o regresso da família à UCI

no pós-morte do seu familiar. Tal permite assegurar o esclarecimento das dúvidas suscitadas pela família, a possibilidade de ouvir as suas opiniões e, por fim, providenciar apoio no processo de luto. Esta visita pode ser utilizada também como um recurso para a recolha de informação relevante sobre os cuidados que foram prestados, com o objetivo de melhorar o acompanhamento das famílias e do doente e, consequentemente, a qualidade dos cuidados⁴.

A EQUIPA

O cuidado em fim de vida numa UCI é considerado um momento desafiante, uma vez que os enfermeiros vivenciam uma realidade norteada pelo tratamento curativo e sucesso terapêutico. Contudo, muitas vezes também são confrontados com a finitude humana, o que coloca desafios pessoais e profissionais que exigem uma alteração do paradigma de cuidados. A morte inesperada relaciona-se a uma evidente carga emocional e psicológica, que se pode traduzir em sentimentos de ansiedade, depressão e falta de esperança, podendo influenciar a experiência destes profissionais e, consequentemente, a sua atuação^{4,5}.

O processo de cuidar em fim de vida é desgastante sendo, por isso, necessário tempo para a sua recuperação. A condição psicológica afetiva e emocional do enfermeiro deve ser assegurada antes de atribuição de um doente em morte iminente, protegendo o profissional enquanto pessoa e, consequentemente o doente e a família⁴.

De igual forma, o trabalho em equipa, na procura e o apoio dos colegas é considerado um bom mecanismo

INTERVENÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA

REALIZADO POR ANA FONSECA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. RÚBEN ENCARNAÇÃO

de adaptação, pois permite aos enfermeiros a existência de uma autoproteção emocional, bem como, a reflexão sobre as experiências vivenciadas acerca da morte e dos cuidados em fim de vida na UCI⁴.

Uma das barreiras aos cuidados em fim de vida entre os profissionais de saúde é a inexistência de protocolos dirigidos a este contexto^{2,4,5}.

As dificuldades comunicativas sentidas pelos enfermeiros sugerem a necessidade acrescida de ações de formação adequadas à prestação de cuidados a pessoas em fim de vida, nomeadamente acerca do sofrimento, da comunicação de más notícias, da gestão do luto e de estratégias de *coping* destinados a enfermeiros que trabalham em UCI^{2,4,5}.

Fluxograma 1 – Proposta de intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida.



INTERVENÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA

REALIZADO POR ANA FONSECA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. RÚBEN ENCARNAÇÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. 2020. Consultado a 2 de outubro, 2024. <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/enfermagem-em-contexto-de-cuidados-intensivos/>
2. Henao-Castaño ÁM, Alvarado Caro LV. Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos: revisión de alcance. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2023;25. doi:10.11144/javeriana.ie25.cfvu
3. Coventry A, Gerdtz M, McInnes E, Dickson J, Hudson P. Supporting families of patients who die in adult intensive care: A scoping review of interventions. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;78. doi:10.1016/j.iccn.2023.103454
4. Silva R, Lage I, Macedo E. Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2018;(20). doi:10.19131/rpesm.0224
5. Utami RS, Pujianto A, Setyawan D, Navati E, Rochana N. Critical care nurses' experiences of end-of-life care: A qualitative study. *Nurse Media Journal of Nursing*. 2021;10(3):260-274. doi:10.14710/NMJN.V10I3.31302
6. Ortiz Mendoza G, Huerta-Baltazar MI, Montoya-Ramírez GE, Cira-Huape JL, Correa-Vieyra G. Cuidados paliativos como intervención de enfermería en los últimos días de vida: revisión sistemática. *SANUS*. 2022;7:e289. doi:10.36789/revsanus.vi1.289
7. Almansour I, Abdel Razeq NM. Communicating prognostic information and hope to families of dying patients in intensive care units: A descriptive qualitative study. *J Clin Nurs*. 2021;30(5-6):861-873. doi:10.1111/jocn.15630
8. Kentish-Barnes N, Chevret S, Valade S, et al. A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial. *The Lancet*. 2022;399(10325):656-664. doi:10.1016/S0140-6736(21)02176-0
9. Haas KDC, Brust-Renck PG. A comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva: um estudo qualitativo com médicos experientes e novatos. *Psicologia USP*. 2022;33. doi:10.1590/0103-6564e220006
10. Gibello J, Parsons HA, Citero V de A. Importância da Comunicação de Más Notícias no Centro de Terapia Intensiva The Importance of Communicating Bad News in the Intensive Care Center. *Rev SBPH*. 2020;23(1):16-24.
11. Kentish-Barnes N, Meddick-Dyson S. A continuum of communication: family centred care at the end of life in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2023;49(4):444-446. doi:10.1007/s00134-023-07005-y

APÊNDICE II – Plano de sessão



Plano de Sessão

Módulo	A Pessoa em Situação Crítica sob Quimioterapia
Público-alvo	Enfermeiros da UCIP
Data	28/01/2025
Duração prevista	30 minutos
Método pedagógico	Expositivo
Formadora	Ana Catarina Sousa Fonseca

Objetivo geral:

Promover o desenvolvimento de aprendizagens profissionais no cuidado à pessoa em situação crítica sob quimioterapia, numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente.

Objetivos específicos:

- Entender o contexto da realização de quimioterapia na pessoa em situação crítica em regime de internamento.
- Conhecer o circuito hospitalar e as etapas do processo de administração de quimioterapia.
- Identificar as recomendações de boas práticas para a manipulação do Cateter Venoso Central Totalmente Implantado.
- Identificar as possíveis reações adversas e efeitos secundários da quimioterapia.

Recursos técnico-pedagógicos: Computador, tela de projeção, apresentação PowerPoint e Internet.

Avaliação: Questionário de avaliação pedagógica preenchido pelos formandos no fim da sessão.

Desenvolvimento da Sessão de Formação

FASE	CONTEÚDOS	TEMPO
Introdução	- Apresentação e contextualização do trabalho	
	- Pertinência do tema	5 minutos
	- Apresentação dos conteúdos da sessão	
Desenvolvimento	- Pessoa em situação crítica sob quimioterapia	
	- Etapas do processo de administração	
	- Acesso Vascular Central - Cateter Venoso Central Totalmente Implantado	20 minutos
	- Reações adversas e efeitos secundários	
Conclusão	- Principais conclusões	
	- Referências bibliográficas	5 minutos
	- Dúvidas do público	
Duração total: 30 minutos		

APÊNDICE III – A pessoa em situação crítica sob quimioterapia



A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB QUIMIOTERAPIA

CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO

RECOMENDAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

 **CATOLICA**
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

Autora: Ana Fonseca
Sob a tutoria da Enf^a e do Enf^o
Sob a orientação do Prof. Rúben Encarnação

ÍNDICE

PREÂMBULO	1
1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB QUIMIOTERAPIA	2
2. A QUIMIOTERAPIA.....	3
2.1. ETAPAS DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO	3
2.2. ACESSO VENOSO CENTRAL – CVCTI.....	5
2.3. REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS SECUNDÁRIOS	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13

PREÂMBULO

O presente documento foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa, sob tutoria da [] e orientação do professor Rúben Encarnação.

O desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica acresce aos enfermeiros a necessidade imperativa de assegurarem a implementação de uma prática baseada na evidência¹. A concretização de cuidados de enfermagem apoiados neste princípio não só permite uma melhoria na qualidade dos mesmos, como também promove práticas normalizadas e seguras, melhora o desenvolvimento profissional dos profissionais e incentiva uma cultura de aprendizagem apoiada no pensamento crítico².

A administração de Quimioterapia (QT) é considerada uma intervenção de alto risco, onde cada membro da equipa multidisciplinar desempenha um papel fundamental para garantir que o tratamento seja realizado de forma segura e eficaz³. Esta pode constituir um desafio na equipa de enfermagem pelo que, para que seja bem sucedida, devem ser asseguradas questões organizacionais, como a inclusão de protocolos clínicos, a segurança no circuito da medicação, assim como a possibilidade de apoio dos vários profissionais intervenientes na concretização do tratamento⁴.

O Cateter Venoso Central (CVC) consiste no dispositivo de eleição para a execução de procedimentos terapêuticos complexos, como a QT. De entre os seus vários tipos, o Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI) tem vindo a ganhar um grande destaque nos últimos anos, pelo que se torna essencial o desenvolvimento de competências técnico-científicas acerca da inserção, manutenção, prevenção e gestão das complicações associadas a este dispositivo⁵.

Assim, este trabalho surge como um guia orientador de boas práticas, permitindo que seja desenvolvido um conjunto de conhecimentos e competências que possibilitem assegurar uma prática de enfermagem à pessoa em situação crítica sob QT segura, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB QUIMIOTERAPIA

O cancro é definido como um conjunto de doenças caracterizadas pela proliferação anormal de células, podendo estas disseminar para os tecidos adjacentes e outros órgãos⁷. Esta patologia é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, sendo o número de pessoas com doença oncológica, que necessitam de realizar tratamentos antineoplásicos complexos, uma realidade que tem vindo a aumentar cada vez mais³⁻⁵. Nas últimas décadas, observou-se um aumento da expectativa de vida destes doentes, influenciado pelo crescente avanço de novas terapêuticas anticancerígenas e métodos de suporte de órgãos⁴.

O tratamento da pessoa oncológica está a tornar-se cada vez mais invasivo, levando a um maior risco de internamento em consequência de complicações graves provenientes do mesmo, tais como a insuficiência respiratória aguda, Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) por agentes multirresistentes, relacionados ou não com a imunossupressão, cuidados pós-operatórios, complicações cardiovasculares e perturbações neurológicas⁴.

A pessoa em situação crítica devido a doença oncológica pode necessitar de QT urgente em regime de internamento, sendo esta uma opção viável para casos com complicações potencialmente fatais, desde que apresentem uma expectativa prognóstica razoável. Contudo, apesar do tratamento poder reverter a complicação com risco de vida e diminuir a mortalidade, os seus efeitos secundários, como a imunossupressão e a elevada toxicidade, podem acelerar a disfunção orgânica e aumentar a mortalidade⁶.

De igual forma, a mesma pode ser administrada em regime de tratamento programado, desde que não existam contra-indicações, quando se justifica a monitorização ou a prevenção de efeitos secundários potencialmente graves em doentes de alto risco⁴.

Assim, devido à sua grande complexidade e riscos associados, torna-se fundamental que a equipa de enfermagem compreenda os cuidados inerentes ao processo de administração de QT, assim como as suas possíveis reações adversas e efeitos colaterais⁷.

2. A QUIMIOTERAPIA

A QT constitui uma das principais escolhas de tratamento para o cancro, uma vez que consiste na administração de fármacos que destroem as células cancerígenas, interferindo com os processos de crescimento e divisão das mesmas^{3,8}. Os protocolos terapêuticos antineoplásicos são complexos e administrados por longos períodos de tempo e por diferentes vias de acesso, sendo a via intravenosa e oral as mais comumente utilizadas⁹.

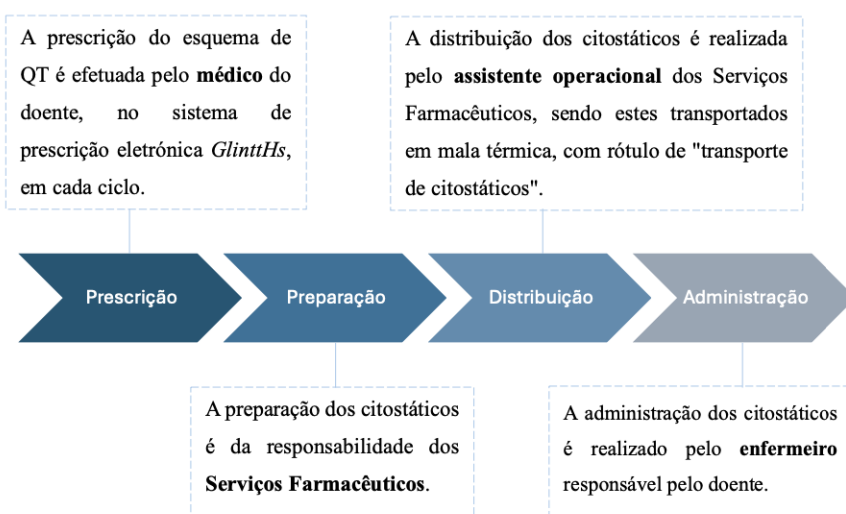
Os enfermeiros são os profissionais que se encontram diretamente envolvidos neste plano de tratamento, pelo que é fundamental que a sua prática profissional seja baseada em evidência científica, garantindo um cuidado integral, preventivo e efetivo⁹.

Neste sentido, este capítulo é composto por três subcapítulos essenciais para a compreensão dos cuidados inerentes à administração de terapêuticas antineoplásicas sistémicas, nomeadamente as diversas etapas constituintes do processo de administração, os cuidados de enfermagem relativos à manipulação do CVCTI e a monitorização e vigilância de possíveis reações adversas e efeitos colaterais provenientes deste tratamento.

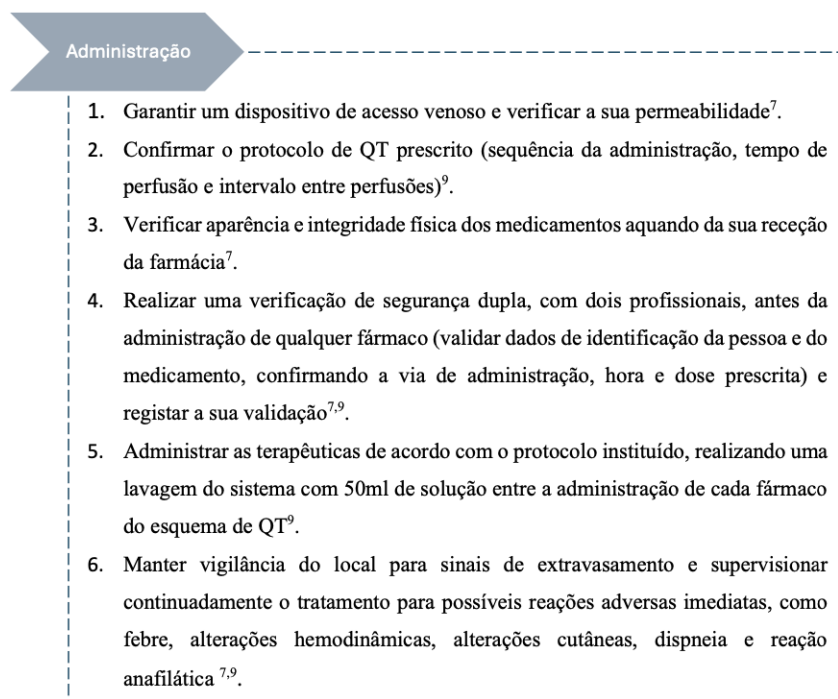
2.1. ETAPAS DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO

A segurança da pessoa é considerada um atributo da qualidade dos cuidados. A ocorrência de eventos adversos associados ao uso de neoplásicos é maior quando os protocolos não estão implementados ou não são cumpridos, sendo fundamental a construção de uma cultura de segurança durante todo o processo de administração⁸.

O processo de administração de QT é constituído por várias etapas (**prescrição - preparação - distribuição - administração**), sendo que qualquer falha processual pode implicar danos à pessoa, ao profissional e/ou à instituição⁷.



Esquema 1: Etapas do processo multidisciplinar para a administração de QT segundo o protocolo da

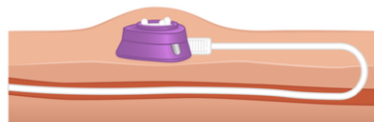


2.2. ACESSO VENOSO CENTRAL – CVCTI

Os protocolos de QT são complexos e administrados, muitas vezes, por longos períodos de tempo e por diferentes vias de acesso. A via endovenosa constitui a via de administração mais comum para este tratamento, pois permite um efeito imediato e completa disponibilidade do fármaco⁹.

A escolha para a utilização de um acesso vascular central depende de vários critérios, tais como a natureza da infusão a administrar (pH <5 ou >9, osmolaridade >600 mOsm/l ou características vesicantes), a existência de um património vascular deficiente ou perante a necessidade de flebotomias frequentes e a duração do regime terapêutico (≥ 6 dias)⁵.

O CVCTI é considerado um dos dispositivos de eleição para a realização de **QT endovenosa**, proporcionando um acesso venoso central seguro e de longa permanência. Este consiste num cateter conectado a um reservatório, localizado na extremidade distal, que é implantado cirurgicamente sob a pele^{1,10-12}.



A escolha do local de implante deve considerar a veia através da qual será introduzido o cateter¹². Geralmente, este é colocado na parede torácica anterior, utilizando a veia subclávia como vaso sanguíneo preferencial, uma vez que esta apresenta uma maior facilidade de acesso quando comparada a outros locais¹⁰.

Estes cateteres são fabricados em silicone ou poliuretano, tendo uma baixa taxa de rejeição e alta biocompatibilidade com o corpo humano¹⁰. De igual modo, como nenhum segmento do cateter fica exteriorizado, apresentam um menor risco de infeção e maior durabilidade em relação aos parcialmente implantados¹².

INDICAÇÕES

Para além da administração de fármacos citostáticos, como a QT, durante um período de tempo prolongado, o CVCTI pode apresentar inúmeras indicações para o seu uso, tais como a colheita de sangue para análises laboratoriais, a administração de fluidos e/ou terapêutica, a transfusão de sangue e hemoderivados e a administração de nutrição parentérica^{1,13-15}.

VANTAGENS

A redução da taxa de infecção associada ao CVCTI constitui uma das grandes vantagens quando comparado a outros tipos de acessos centrais. Contudo, as suas vantagens são inúmeras, entre as quais, minimiza o risco de trombose e complicações, é radiopaco, permite o tratamento em regime de ambulatório, possibilita uma boa mobilidade e não interfere com as atividades de vida diária da pessoa, é estético e preserva o sistema venoso periférico^{13,14}. Para além disso, promove um maior conforto à pessoa, uma vez que apresenta um tempo de permanência prolongado e é de fácil punção, diminuindo o sofrimento e traumatismo associado a punções venosas repetidas e/ou sem sucesso¹¹.

COMPLICAÇÕES

Apesar de amplamente utilizado, este dispositivo não é isento de complicações. A colocação de um CVCTI, como procedimento invasivo, pode apresentar complicações imediatas, como é o caso de hematomas, embolia gasosa, complicações anestésicas, tamponamento cardíaco e intolerância ao cateter^{1,11}.

De igual modo, por se tratar de um cateter de longa permanência, acrescentam-se também complicações tardias, como a infecção, obstrução do cateter, trombose venosa profunda, migração do cateter, rotura do sistema, entre outras^{1,11}.

A **infecção associada ao cateter** é considerada a complicação mais frequente e principal causa de remoção precoce do mesmo, contribuindo para um aumento do tempo de internamento, da morbilidade e dos custos de hospitalização^{12,14}.

A norma da Direção Geral da Saúde (DGS) "[Feixe de Intervenções para a Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central](#)" foi emitida de modo a garantir a prestação uniforme e integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a prevenção de Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) relacionada com o CVC¹⁶.

MANIPULAÇÃO DO CVCTI

A manipulação do acesso vascular central compreende todas os procedimentos que o profissional de saúde tem durante qualquer cuidado ao CVC. Deve ser utilizada **técnica asséptica ou non-touch**, incluindo o uso de material esterilizado (com exceção da avental/bata e máscara que não necessita de ser estéril), de forma a minimizar o risco de infecção associada ao CVC^{16,17}.

Neste capítulo, encontram-se as recomendações gerais relativas aos cuidados de enfermagem inerentes à manipulação deste tipo de cateter, nomeadamente a punção da câmara de injeção, a lavagem do cateter, o bloqueio/*lock* do mesmo e respetiva manutenção do dispositivo.

PUNÇÃO DA CÂMERA DE INJEÇÃO

Para aceder e utilizar o CVCTI é necessário realizar uma punção percutânea do reservatório, através de uma agulha de ponta romba, designada de *Huber*, devendo esta ser trocada a cada 7 dias. A utilização de outros tipos de agulhas pode causar danos à membrana de silicone do reservatório e reduzir a vida útil do cateter^{1,5,12}.



MATERIAL

- | | |
|--|---|
| - Máscara cirúrgica e avental/bata | - Seringas esterilizadas (2) |
| - Luvas esterilizadas | - Cloreto de sódio 0.9% |
| - Campo esterilizado | - Compressas esterilizadas |
| - Solução antisséptica com chlorohexidina a 2% | - Conectores de pressão neutra |
| - Agulha tipo <i>Huber</i> | - Penso adesivo transparente esterilizado |

1. A pessoa deve estar bem posicionada em decúbito dorsal ou semi-fowler e orientada para não se movimentar durante o procedimento¹⁸.

2. Realizar desinfecção sobre o local a puncionar com solução antisséptica com clorohexidina a 2% em solução alcoólica, deixando atuar durante 15 segundos e realizando movimentos circulares do centro para a periferia¹⁶⁻¹⁸.

3. Palpar e segurar a câmara de injeção fixando-a entre os dedos, através da pele. Puncionar a câmara com agulha adequada, previamente preenchida com soro fisiológico, num ângulo de 90° até esta atingir delicadamente a base da câmara^{15,18}.



4. Verificar permeabilidade do cateter, aspirando 3-5 ml de sangue, rejeitando-o e procedendo à lavagem do cateter com 10-20 ml de cloreto de sódio a 0.9%¹⁸. Devem ser utilizadas seringas com **volume igual ou superior a 10ml**, a fim de evitar o deslocamento da membrana do reservatório. O uso de seringas pequenas pode realizar uma pressão excessiva, o que poderá danificar o cateter^{15,17,19}.

5. Em caso de oclusão da câmara, **não se deve exercer pressão com a seringa**, mas tentar aspirar o líquido da mesma¹⁵.

A oclusão do CVCTI verifica-se quando existe incapacidade de infundir e/ou aspirar sangue do mesmo, podendo ocorrer devido à compressão mecânica do cateter, obstrução trombótica do lúmen ou precipitação de medicamentos e/ou alimentação parentérica^{5,11}.

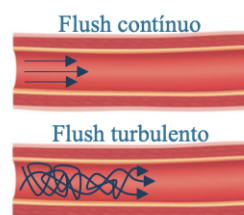
Na presença de sinais de obstrução, deve-se primeiro verificar o correto posicionamento da agulha. Na impossibilidade de aspirar no mínimo 3ml de sangue, pode ser utilizado protocolos de desobstrução de cateteres, uroquinase ou alteplase^{5,18}.

6. Fixar o dispositivo com um penso transparente semipermeável esterilizado^{16,18}.

LAVAGEM DO CATETER

A lavagem do cateter, também denominada como *flush*, deve sempre ser realizada após a utilização do mesmo. O seu objetivo é limpar o lúmen do cateter e/ou evitar a mistura de medicamentos ou soluções incompatíveis^{1,11}.

Como tal, a lavagem do cateter deve ser realizada recorrendo à técnica de *flush* turbulento, também conhecida como *push-pause*^{1,19}. Esta técnica apresenta uma vantagem face à lavagem de fluxo contínuo, pois cria uma turbulência dentro do lúmen do cateter, removendo fluidos e depósitos sólidos em menor tempo e com maior eficácia²⁰.



Para realizar esta técnica, utiliza-se uma seringa de 10 a 20 ml com cloreto de sódio 0.9% e administra-se de forma **pausada** e em **impulsos** de ± 2.5 ml, repetindo o processo até a administração de todo o volume¹⁷.

BLOQUEIO/LOCK DO CATETER

O bloqueio ou *lock* do CVCTI é usado para impedir que o sangue entre no lúmen do cateter quando este não está a ser utilizado. O volume do bloqueio usado na manutenção do cateter deve ser, no mínimo, o dobro da sua capacidade volumétrica, a fim de evitar que ocorra um preenchimento incompleto que, consequentemente, aumentaria o risco de obstrução do dispositivo^{1,11,13}.

Ao longo dos anos a solução heparinizada tem sido o método mais utilizado para realizar o bloqueio do CVCTI. Contudo, a heparina é um anticoagulante que atua ao nível da cascata da coagulação. Mesmo sendo utilizada em pequenas quantidades, esta pode contribuir para o desenvolvimento de efeitos iatrogénicos do próprio fármaco, como a trombocitopenia e hemorragia^{11,14,19}.

A evidência científica demonstra que a utilização de **cloreto de sódio 0.9%** é tão eficaz quanto a solução heparinizada para a manter a permeabilidade do CVC, prevenindo a exposição às complicações decorrentes da utilização do fármaco. Para além disso, apresenta vantagens em termos de custo-eficácia e não possui diversas apresentações e/ou necessidade de preparação de acordo com diferentes concentrações^{1,11,19}.

Após o preenchimento do cateter com a solução salina deve-se realizar a técnica de pressão positiva, que consiste na clampagem da via do CVC antes de desconectar a seringa, de modo a evitar o retorno de sangue^{17,19}.

Quando já não for necessária a utilização do cateter, a agulha deveser removida, após a realização do lock do mesmo. Para tal, procede-se á localização e fixação do reservatório e retira-se a agulha, colocando um penso oclusivo a proteger o local anteriormente puncionado¹⁸.

MANUTENÇÃO DO CATETER

O CVCTI, quando não estiver a ser utilizado, requer uma manutenção que deve ser realizada periodicamente. Apesar de não existir evidência científica consistente que determine o tempo máximo para a manutenção deste dispositivo, a recomendação dos fabricantes indica que esta **não deve ultrapassar as 4 semanas**^{13,15,17}.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

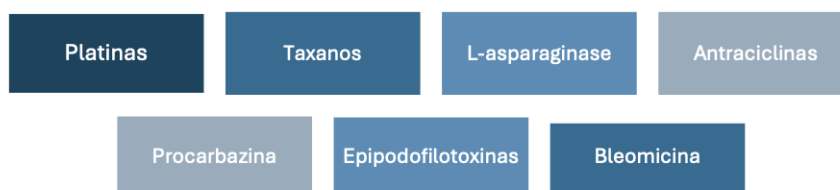
- Usar solução antisséptica com chlorhexidina a 2% em solução alcoólica em todos os processos de desinfeção, utilizando fricção durante 15 segundos¹⁷.
- Na presença de mais de um lúmen, todo o material (compressas e seringas) deve ser individualizado e não partilhado entre as diferentes vias^{16,17}.
- Usar sempre conector de pressão neutra na manipulação do CVC à exceção da colheita para hemoculturas, que deverá ser efetuada diretamente do lúmen do CVC¹⁷.
- Na necessidade de efetuar colheita de sangue, as perfusões devem ser interrompidas de forma a evitar falsos resultados analíticos^{16,17}.
- Substituir sistemas de soros, torneiras, conectores e prolongadores de 72/72 horas^{16,17}.
- O penso do CVC deve ser realizado até 48h (penso com compressa), a cada 7 dias (penso transparente) ou sempre que estiver visivelmente sujo ou descolado. A agulha deve ser trocada a cada 7 dias^{16,17}.

2.3. REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS SECUNDÁRIOS

A monitorização e vigilância da pessoa após a administração de fármacos antineoplásicos é de extrema importância uma vez que a não deteção de possíveis reações adversas e efeitos colaterais aumentam exponencialmente a morbidade e a mortalidade associada a este tratamento⁷. Assim, torna-se crucial que a equipa seja capaz de antecipar, identificar e gerir as complicações decorrentes da QT, compreendendo as suas possíveis reações adversas e efeitos secundários que podem suceder durante e posteriormente à sua administração^{3,7}.

Reações adversas

As reações adversas à QT correspondem a eventos que não resultam das propriedades tóxicas do fármaco, mas de uma reação imunológica à substância farmacológica administrada. Estas reações de hipersensibilidade são eventos imprevisíveis que podem ocorrer durante a administração do esquema de QT, sendo fundamental que o profissional de saúde seja capaz de reconhecer, avaliar e agir prontamente perante estas situações⁹.



Esquema 2: Fármacos associados a uma maior incidência de reações adversas⁹.

Efeitos secundários

A ocorrência de efeitos secundários à QT deriva do facto de esta atuar de forma não específica no processo de divisão e crescimento celular, podendo afetar as células malignas como também as células saudáveis^{9,10}. Estes podem manifestar-se de diferentes formas em todas as pessoas, surgindo habitualmente nos dias seguintes à administração, e tendem a desaparecer com o decorrer do tempo⁹.

Para além do impacto que a doença oncológica tem a nível psicológico, social e espiritual, o tratamento pode desenvolver efeitos secundários fisiológicos como alterações cognitivas, hematológicas e gastrointestinais, sensação de mal-estar, dor, astenia, alopecia, mucosite, neutropenia febril, e comprometimento das atividades de vida diária^{7,9}.

EXTRAVASAMENTO DE CITOTÓXICOS

O extravasamento de fármacos citotóxicos deve ser considerado uma emergência médica, devendo-se atuar rapidamente para evitar complicações com impacto na qualidade de vida, segurança do doente e eficácia do tratamento²¹.

COMO PROCEDER

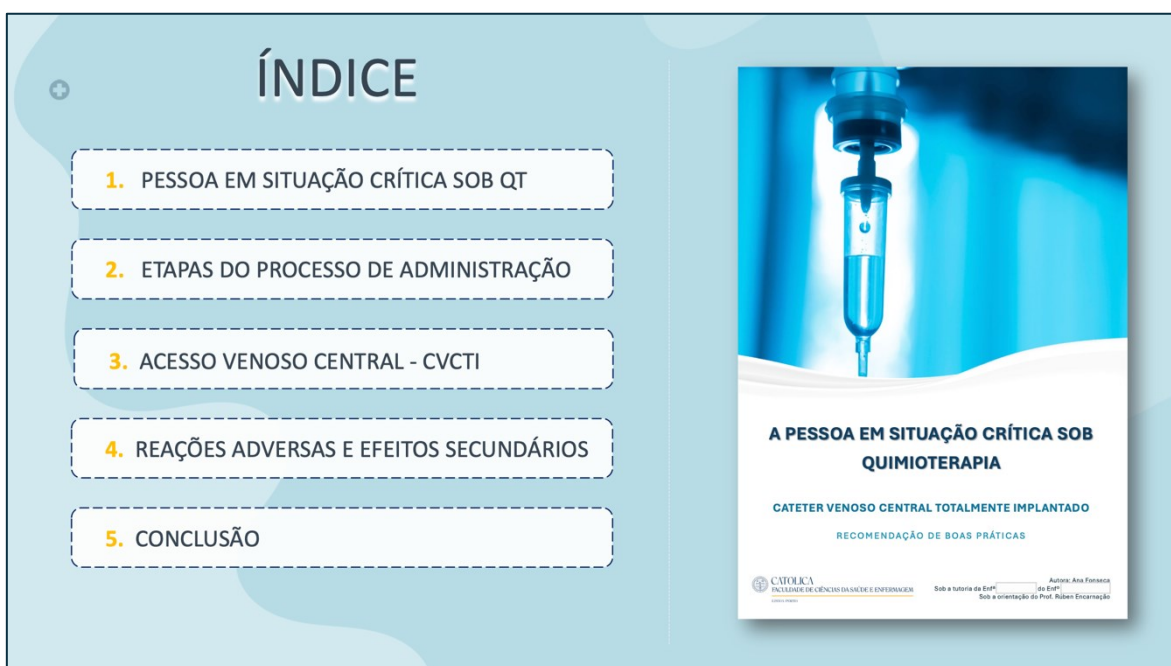
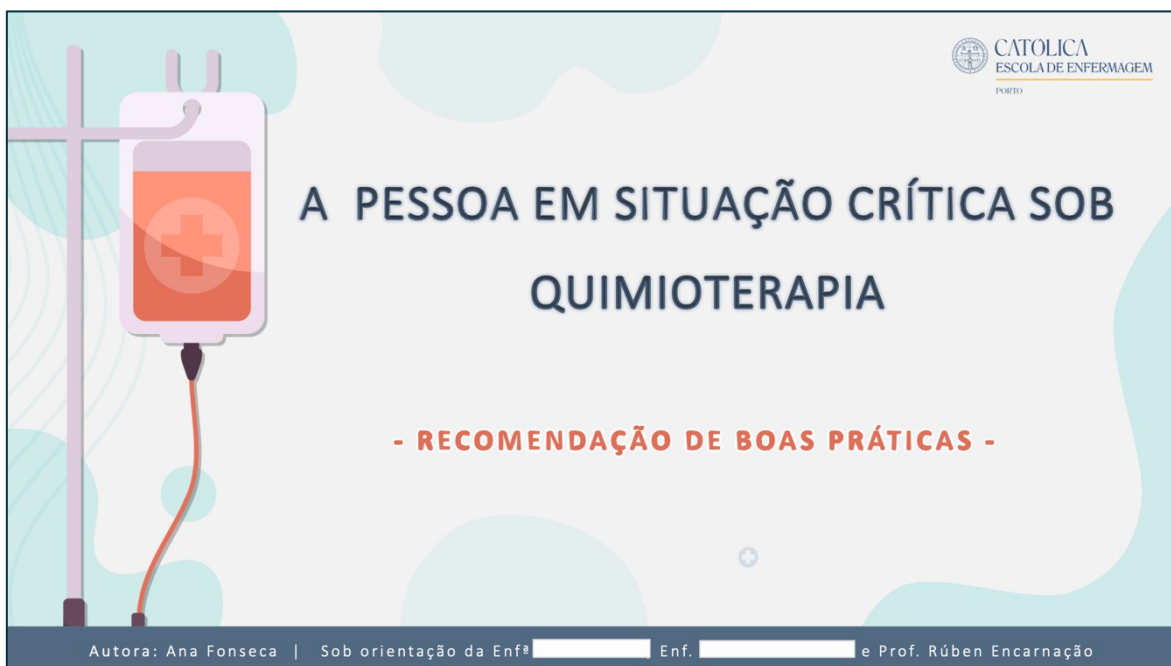
1. **Parar perfusão imediatamente e não remover o cateter.**
2. Desconetar a perfusão e tentar aspirar a maior quantidade de fármaco possível com uma seringa de 10ml.
3. Evitar fazer pressão manual no local.
4. Marcar área afetada.
5. Remover cateter/agulha.
6. Notificar médico assistente.
7. **Iniciar medidas específicas tendo em conta o citotóxico extravasado - APFH** “Extravasamento de Fármacos Citotóxicos”.
8. Elevar o membro para melhorar retorno venoso e diminuir edema (em caso de acesso periférico).
9. Administrar analgésico, caso necessário.
10. Registrar evento e vigiar doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramada D, Coelho F, Guilherme D, Marques P. Permeabilidade do cateter venoso central totalmente implantado revisão de literatura. *OncoNews*. 2018;37:20-29. doi:10.31877/on.2018.37.03
2. Naz H, Ganaie NA. Evidence-Based Practice in Nursing: A Comprehensive Review. *Clinical Medicine and Health Research Journal*. 2023;3(6):713-715. doi:10.18535/cmhrj.v3i6.254
3. Kanji S, Maclean E, Rashid FJ, et al. Chemotherapy in the Intensive Care Unit: An Evaluation of Context and Outcomes. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. 2020;73(4):279-287. Accessed December 10, 2024. <https://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/3027/4277>
4. Martos-Benítez FD, Soler-Morejón C de D, Lara-Ponce KX, et al. Critically ill patients with cancer: A clinical perspective. *World J Clin Oncol*. 2020;11(10):809-835. doi:10.5306/wjco.v11.i10.809
5. Santos A, Santos C, Girão M, et al. Acesso Venoso Central De Inserção Periférica E Totalmente Implantado. *Onco.news*. 2022;44:6-11. doi:10.31877/on.2022.44.01
6. de Oliveira MCF, Ferreira JC, Nassar Junior AP, Dettino ALA, Caruso P. Impact of Urgent Chemotherapy in Critically Ill Patients. *J Intensive Care Med*. 2020;35(4):347-353. doi:10.1177/0885066617748602
7. Silva LS, Fenzke MN, Brotto BRPP, Fônsaca CRP, Miranda FMD, Wolff LDG. Boas práticas na infusão de quimioterápico antineoplásico e a liderança do enfermeiro: revisão integrativa. *Revista Recien*. 2022;12(37):485-498. doi:10.24276/rrecien2022.12.37.485-498
8. Borges FMV, dos Santos JA, Ogliari KB da C. Segurança do paciente em tratamento com antineoplásicos. *OncoNews*. 2023;(46). doi:<https://doi.org/10.31877/on.2023.46.01>
9. Ordem dos Enfermeiros. *Guia Orientador de Boas Práticas Na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistêmicas À Pessoa Com Doença Oncológica*; 2023.
10. He E, Ye K, Zheng H. Clinical effect and safety of venous access ports and peripherally inserted central catheters in patients receiving tumor chemotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(8):9105-9113. doi:10.21037/apm-21-1926

11. de Oliveira FJG, Rodrigues AB, Ramos IC, Caetano JÁ. Dosage of heparin for patency of the totally implanted central venous catheter in cancer patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:1-11. doi:10.1590/1518-8345.3326.3304
12. Zerati AE, Wolosker N, de Luccia N, Puech-Leão P. Cateteres venosos totalmente implantáveis: Histórico, técnica de implante e complicações. *J Vasc Bras*. 2017;16(2):128-139. doi:10.1590/1677-5449.008216
13. Gomes AR, Sá SPC, Ferreira SCM, Sousa AI. Difference of volumes in solutions for maintenance of totally implanted central venous catheter. *Journal of Nursing*. 2015;9(9):9152-9161. doi:10.5205/reuol.7874-68950-4-SM.0909201501
14. dos Santos EJF, Cunha Nunes MMJ, Cardoso DFB, Apóstolo JLA, Queirós PJP, Rodrigues MA. Effectiveness of heparin versus 0.9% saline solution in maintaining the permeability of central venous catheters: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2015;49(6):995-1003. doi:10.1590/S0080-623420150000600017
15. BBraun. *Celsite Implantofix - Porte de Acesso Venoso e Arterial*.; 2021.
16. Direção Geral de Saúde. *Norma No 022/2015, Atualizada a 29 de Agosto de 2022 "Feixe de Intervenções" Para a Prevenção de Infeção Relacionada Com o Cateter Vascular Central*.; 2022.
17. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. *Recomendação de Boas Práticas: Acessos Vasculares Centrais*.; 2021.
18. Fonseca DF Da, Oliveira PP De, Amaral RAC, Nicoli LHDS, Silveira EAA Da, Rodrigues AB. Care protocol with totally implanted venous catheter: A collective construction. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2019;28. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2018-0352
19. Encarnação RMC, Marques P. Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013;III(9):161-169. doi:10.12707/RIII1298
20. Goossens GA. Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:1-12. doi:10.1155/2015/985686
21. Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares. *Extravasamento de Fármacos Citotóxicos*.; 2014.

APÊNDICE IV – A pessoa em situação crítica sob quimioterapia – recomendação de boas práticas



1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB QT



EXPETATIVA DE VIDA
TERAPÊUTICAS ANTICANCERÍGENAS
MÉTODOS DE SUPORTE DE ORGÃOS



TRATAMENTO MAIS AGRESSIVO
MAIOR RISCO DE INTERNAMENTO

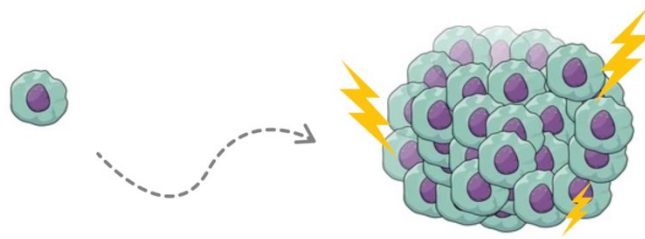
1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB QT



EXPETATIVA DE VIDA
TERAPÊUTICAS ANTICANCERÍGENAS
MÉTODOS DE SUPORTE DE ORGÃOS



TRATAMENTO MAIS AGRESSIVO
MAIOR RISCO DE INTERNAMENTO



1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB QT

QT **URGENTE** EM REGIME DE INTERNAMENTO



Situação crítica motivada pela doença oncológica

QT EM REGIME DE INTERNAMENTO **PROGRAMADO**



Necessidade de monitorização ou prevenção de efeitos secundários potencialmente graves em doentes de alto risco



Devido à sua grande complexidade e riscos associados, torna-se fundamental que a equipa de enfermagem compreenda os cuidados inerentes ao processo de administração de QT, assim como as suas possíveis reações adversas e efeitos secundários

2. ETAPAS DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO

A prescrição do esquema de QT é efetuada pelo **médico** do doente, no sistema de prescrição eletrónica *Glinthts*, em cada ciclo

A distribuição dos citostáticos é realizada pelo **assistente operacional** dos Serviços Farmacêuticos, sendo estes transportados em mala térmica com rótulo "transporte de citostáticos"



A preparação dos citostáticos é da responsabilidade dos **Serviços Farmacêuticos**

A administração dos citostáticos é realizada pelo **enfermeiro** responsável pelo doente

2. ETAPAS DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO

ANTES

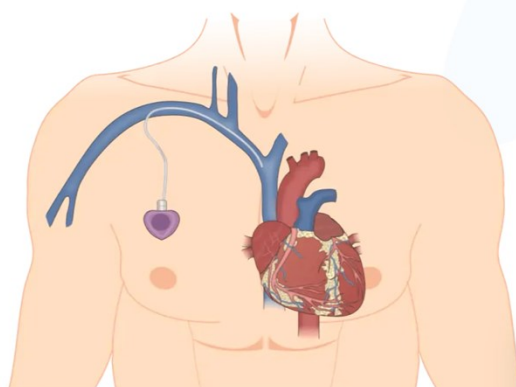
- Garantir um dispositivo de acesso venoso e verificar a sua permeabilidade
- Confirmar o protocolo de QT prescrito (sequência da administração, tempo de perfusão, intervalo entre perfusões e forma de administração)
- Verificar aparência e integridade física dos medicamentos **aquando da sua recepção da farmácia**
- Realizar uma verificação de segurança dupla, com dois profissionais, antes de iniciar a administração (validar dados de identificação da pessoa e do fármaco, confirmando a via de administração, hora e dose prescrita) e registrar a sua validação

DURANTE

- Administrar a terapêutica de acordo com o protocolo instituído, realizando uma lavagem do sistema com 50ml de solução entre a administração de cada fármaco do esquema de QT
- Manter vigilância do local para sinais de extravasamento e supervisionar continuamente o tratamento para possíveis reações adversas

3. ACESSO VENOSO CENTRAL - CVCTI

É um dispositivo de acesso venoso central conectado a um reservatório, localizado na extremidade distal, que é implantado cirurgicamente sob a pele

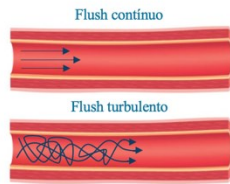


2. MANIPULAÇÃO DO CVCTI

PUNÇÃO DA CÂMERA DE INJEÇÃO



LAVAGEM DO CATETER



BLOQUEIO/LOCK DO CATETER



PUNÇÃO DA CÂMERA DE INJEÇÃO

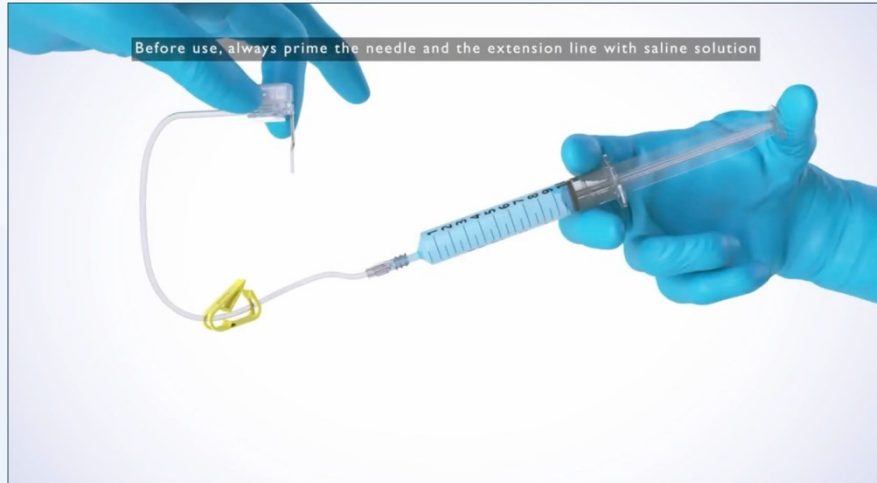
MATERIAL

- Máscara cirúrgica e avental/bata
- Luvas esterilizadas
- Campo esterilizado
- Solução antisséptica com chlorhexidina a 2%
- Agulha tipo "Huber"
- Seringas esterilizadas (2)
- Cloreto de sódio 0.9%
- Compressas esterilizadas
- Conectores de pressão neutra
- Penso adesivo transparente esterilizado



- ✓ POSICIONAMENTO
- ✓ DESINFEÇÃO DO LOCAL
- ✓ PUNÇÃO DA CÂMERA DE INJEÇÃO
- ✓ PERMEABILIDADE
- ✓ FIXAÇÃO DO DISPOSITIVO

PUNÇÃO DA CÂMERA DE INJEÇÃO

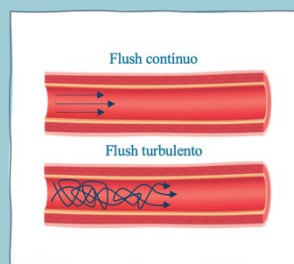


2. MANIPULAÇÃO DO CVCTI

PUNÇÃO DA CÂMERA DE INJEÇÃO



LAVAGEM DO CATETER



BLOQUEIO/LOCK DO CATETER



LAVAGEM DO CATETER

O seu objetivo é limpar o lúmen do cateter e/ou evitar a mistura de medicamentos ou soluções incompatíveis.

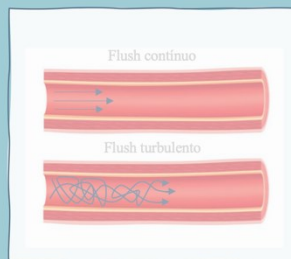


2. MANIPULAÇÃO DO CVCTI

PUNÇÃO DA CÂMERA DE INJEÇÃO



LAVAGEM DO CATETER



BLOQUEIO/LOCK DO CATETER



BLOQUEIO/LOCK DO CATETER

O seu objetivo é impedir que o sangue entre no lúmen do cateter quando este não está a ser utilizado.

TRADICIONALMENTE



2,5ml a 3ml de solução
heparinizada
(concentrações variam de
10UI/ml a 1000UI/ml)



NOVA EVIDÊNCIA



- ✓ Previne complicações associadas à heparina
- ✓ Vantagem de custo-eficácia
- ✓ Não tem necessidade de preparação conforme diferentes concentrações

REMOÇÃO DA AGULHA

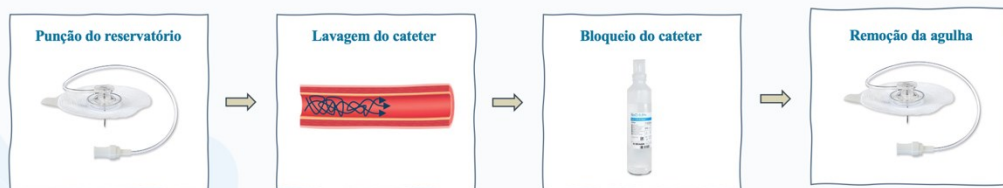
A agulha deve ser removida quando já não for necessária a utilização do CVCTI e sempre após a realização da lavagem do cateter e bloqueio do mesmo.

- ✓ Utilizar técnica asséptica
- ✓ Clampar a via do cateter antes da remoção da seringa (pressão positiva)
- ✓ Fixar o reservatório com a mão não dominante
- ✓ Remover a agulha com a mão dominante num ângulo de 90°
- ✓ Proteger o local com penso de proteção



3. MANUTENÇÃO DO CVCTI

A manutenção do CVCTI deve ser realizada a cada **4 semanas**, quando este não estiver a ser utilizado.

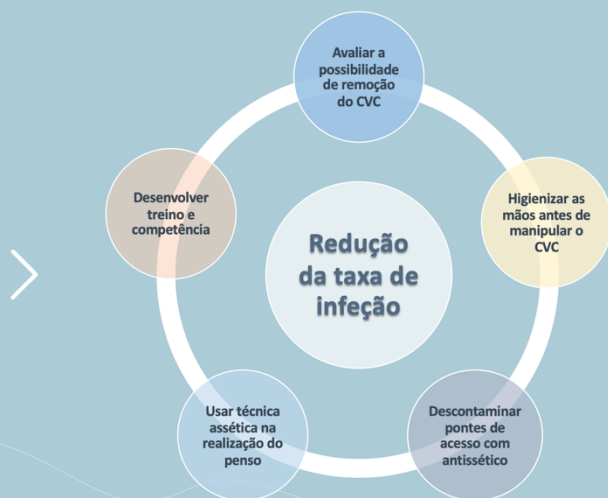


INFEÇÃO ASSOCIADA AO CVC

NORMA DGS

Faixa de intervenções para a prevenção de infeção associada à manutenção do CVC

- a) Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC^{(1),(2),(4),(5)}:
 - i. Retirar de imediato o CVC em caso de não ser necessário (Categoria IA)^{(1),(2),(3),(4),(5)};
 - ii. Documentar o motivo de manutenção do cateter (Categoria IB)^{(1),(2),(3),(4),(5)};
- b) Realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC:
 - i. Antes da manipulação do CVC, realizar Higiene das Mãos (Categoria IA)^{(1),(2),(3),(5)} (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde); e
 - ii. Utilizar técnica no-touch nos pontos de acesso ao mesmo (Categoria IB)^{(1),(2)};
- c) Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico:
 - i. Usar técnica asséptica antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração (Categoria IB)^{(1),(2),(3)};
 - ii. Descontaminar com material de uso único e estéril, com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos, e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril (Categoria IA)^{(1),(2),(3),(5)};
- d) Usar técnica asséptica na realização do penso:
 - i. Para realização do penso após inserção: limpar o local de inserção com técnica asséptica e CHD a 2% com álcool, segundo as normas do fabricante de CVC (Categoria IA)^{(1),(2),(3),(4),(5)};
 - ii. Mudar o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições:
 - (i) Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele (Categoria IB)^{(1),(2),(3),(4)};
 - (ii) Penso com compressa: até 48 horas após sua realização (Categoria IB)^{(1),(2)};
 - (iii) Penso transparente: 7 dias após sua realização (Categoria IB)^{(1),(2)};
- e) Desenvolver treino e competência na manutenção do CVC:
 - i. A manipulação do CVC deve ser realizada por profissional com treino e competência (Categoria IA)^{(1),(2),(3)};
 - ii. A avaliação periódica de conhecimentos e de adesão às boas práticas (Categoria IA)^{(1),(2)} é realizada nos termos da presente Norma.



EXTRAVASAMENTO DE CITOTÓXICOS

Deve ser considerado uma emergência médica, devendo-se atuar rapidamente para evitar complicações

1. Parar perfusão imediatamente e **não** remover o cateter
2. Desconectar a perfusão e tentar aspirar a maior quantidade de fármaco possível com uma seringa de 10ml
3. Evitar fazer pressão manual no local
4. Marcar área afetada
5. Remover cateter/agulha
6. Notificar médico assistente
7. Iniciar medidas específicas tendo em conta o citotóxico extravasado - APFH "[Extravasamento de Fármacos Citotóxicos](#)"
8. Elevar o membro para melhorar retorno venoso e diminuir edema (em caso de acesso periférico)
9. Administrar analgésico, caso necessário
10. Registrar evento e vigiar doente



OBSTRUÇÃO DO CVC

Verifica-se quando existe incapacidade de infundir e/ou aspirar sangue do cateter



COMPRESSÃO MECÂNICA



OBSTRUÇÃO TROMBÓTICA DO LÚMEN



PRECIPITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Realizar várias tentativas de aspiração
2. Verificar correto posicionamento da agulha
3. Realizar protocolo de desobstrução de cateteres (uroquinase ou alteplase, prescrito pelo médico)
4. Confirmar patência de CVC com meios complementares (ex. Raio-X) e avaliar necessidade de remoção/troca

4. REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS SECUNDÁRIOS

REAÇÃO ADVERSA

Evento que resulta de uma reação imunológica à substância farmacológica administrada

Febre
Alterações hemodinâmicas
Alterações cutâneas
Sensação de calor corporal
Dispneia
Prurido
Reação anafilática

EFEITO SECUNDÁRIO

Sinais e sintomas que podem ocorrer devido às propriedades tóxicas do fármaco, uma vez que este atua de forma não específica no processo de divisão e crescimento celular

Alterações cognitivas
Alterações hematológicas
Alterações gastrointestinais
Mal-estar geral
Dor
Astenia
Alopecia
Mucosite

5. CONCLUSÃO

- ✓ Os cuidados de enfermagem apoiados na prática baseada na evidência não só permite uma melhoria na qualidade dos mesmos, como também promove práticas normalizadas e seguras, melhora o desenvolvimento profissional e incentiva uma cultura de aprendizagem apoiada no pensamento crítico
- ✓ A existência de protocolos clínicos, a segurança no circuito da medicação, assim como a possibilidade de apoio dos vários profissionais intervenientes na concretização do tratamento é crucial para que este seja bem sucedido



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ramada D, Coelho F, Guilherme D, Marques P. Permeabilidade do cateter venoso central totalmente implantado revisão de literatura. *OncoNews*. 2018;37:20-29. doi:10.31877/on.2018.37.03
- Naz H, Ganaie NA. Evidence-Based Practice in Nursing: A Comprehensive Review. *Clinical Medicine and Health Research Journal*. 2023;3(6):713-715. doi:10.18535/cmhrj.v3i6.254
- Kanji S, Maclean E, Rashid FJ, et al. Chemotherapy in the Intensive Care Unit: An Evaluation of Context and Outcomes. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. 2020;73(4):279-287. Accessed December 10, 2024. <https://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/3027/4277>
- Martos-Benítez FD, Soler-Morejón C de D, Lara-Ponce KX, et al. Critically ill patients with cancer: A clinical perspective. *World J Clin Oncol*. 2020;11(10):809-835. doi:10.5306/wjco.v11.i10.809
- Santos A, Santos C, Girão M, et al. Acesso Venoso Central De Inserção Periférica E Totalmente Implantado. *Onco.news*. 2022;44:6-11. doi:10.31877/on.2022.44.01
- de Oliveira MCF, Ferreira JC, Nassar Junior AP, Dettino ALA, Caruso P. Impact of Urgent Chemotherapy in Critically Ill Patients. *J Intensive Care Med*. 2020;35(4):347-353. doi:10.1177/0885066617748602
- Silva LS, Fenzke MN, Brotto BRPP, Fônsaca CRP, Miranda FMD, Wolff LDG.
- Boas práticas na infusão de quimioterápico antineoplásico e a liderança do enfermeiro: revisão integrativa. *Revista Recien*. 2022;12(37):485-498. doi:10.24276/rrecien2022.12.37.485-498
- Borges FMV, dos Santos JA, Ogliari KB da C. Segurança do paciente em tratamento com antineoplásicos. *OncoNews*. 2023;(46). doi:<https://doi.org/10.31877/on.2023.46.01>
- Ordem dos Enfermeiros. *Guia Orientador de Boas Práticas Na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistêmicas À Pessoa Com Doença Oncológica*.; 2023.
- He E, Ye K, Zheng H. Clinical effect and safety of venous access ports and peripherally inserted central catheters in patients receiving tumor chemotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(8):9105-9113. doi:10.21037/apm-21-1926

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- de Oliveira FJG, Rodrigues AB, Ramos IC, Caetano JÁ. Dosage of heparin for patency of the totally implanted central venous catheter in cancer patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:1-11. doi:10.1590/1518-8345.3326.3304
- Zerati AE, Wolosker N, de Luccia N, Puech-Leão P. Cateteres venosos totalmente implantáveis: Histórico, técnica de implante e complicações. *J Vasc Bras*. 2017;16(2):128-139. doi:10.1590/1677-5449.008216
- Gomes AR, Sá SPC, Ferreira SCM, Sousa AI. Difference of volumes in solutions for maintenance of totally implanted central venous catheter. *Journal of Nursing*. 2015;9(9):9152-9161. doi:10.5205/reuol.7874-68950-4-SM.0909201501
- dos Santos EJF, Cunha Nunes MMJ, Cardoso DFB, Apóstolo JLA, Queirós PJP, Rodrigues MA. Effectiveness of heparin versus 0.9% saline solution in maintaining the permeability of central venous catheters: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2015;49(6):995-1003. doi:10.1590/S0080-623420150000600017
- BBraun. *Celsite Implantafix - Porte de Acesso Venoso e Arterial*.; 2021.
- Direção Geral de Saúde. *Norma No 022/2015, Atualizada a 29 de Agosto de 2022 "Feixe de Intervenções" Para a Prevenção de Infecção Relacionada Com o Cateter Vasculares Centrais*.; 2022.
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. *Recomendação de Boas Práticas: Acessos Vasculares Centrais*.; 2021.
- Fonseca DF Da, Oliveira PP De, Amaral RAC, Nicoli LHDS, Silveira EAA Da, Rodrigues AB. Care protocol with totally implanted venous catheter: A collective construction. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2019;28. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2018-0352
- Encarnação RMC, Marques P. Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013;III(9):161-169. doi:10.12707/RIII1298
- Goossens GA. Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:1-12. doi:10.1155/2015/985686

APÊNDICE V – Questionário de avaliação pedagógica



Questionário de Avaliação Pedagógica

Sessão: A Pessoa em Situação Crítica sob Quimioterapia

Data: 28/01/2025

Duração: 30 minutos

Formadora: Ana Catarina Sousa Fonseca

Este questionário tem por finalidade obter elementos que permitam analisar o grau de satisfação dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente acerca do desenvolvimento da ação de formação realizada. Assinale com uma cruz a resposta que mais corresponde à sua opinião, utilizando a seguinte escala:

1- Insuficiente | 2- Suficiente | 3- Bom | 4- Muito Bom | 5- Excelente

	1	2	3	4	5
Pertinência da problemática identificada para a prática diária de cuidados.					
Natureza dos conteúdos abordados na sessão.					
Clareza na exposição e apresentação dos conteúdos.					
Promoção do conhecimento e melhoria contínua em enfermagem.					
Apreciação global da sessão formativa realizada.					

Obrigado.

APÊNDICE VI – Póster “Intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida”

Intervenção Familiar no Cuidado ao Doente Crítico em Fim de Vida

Introdução

As Unidades de Cuidados Intensivos apresentam elevadas taxas de mortalidade, sendo que, dada a complexidade da sua condição clínica, o número de pessoas que morrem em contexto de doença aguda é substancial. Neste contexto, as famílias são, por vezes, confrontadas com a rápida transição de tratamento curativo para cuidados em fim de vida, dando-lhes pouco tempo para processar os possíveis impactos de uma morte antecipada. Assim, torna-se fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de proporcionar cuidados especificamente direcionados para a prevenção e alívio do sofrimento da pessoa em situação crítica e da sua família, promovendo o conforto e a dignidade durante todo o processo de morte.

Objetivo



Compreender quais as intervenções familiares que podem ser realizadas no cuidado ao doente crítico em fim de vida.

Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura, onde foram selecionados 11 artigos com pertinência para a temática em estudo. De seguida, procedeu-se à elaboração de um protocolo de apoio aos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, com intervenções no cuidado ao doente crítico em fim de vida.

Resultados

A intervenção deve centra-se em três momentos distintos e cruciais para o processo de fim de vida: a **Conferência Familiar**, o **Fim de Vida** e o **Apoio no Luto**. As intervenções identificadas envolvem uma parceria entre o enfermeiro e o médico responsável pelo doente, sendo a comunicação e o suporte empático componentes centrais de qualquer momento, afetando significativamente o resultado das mesmas.

Decisão de suspensão de medidas terapêuticas



1º MOMENTO CONFERÊNCIA FAMILIAR

- Preparar previamente o encontro (protocolo SPIKES e/ou VALUE).
- Preparar o ambiente físico (utilizar sala da família/local próprio).
- Disponibilizar tempo para a intervenção.
- Comunicar a má notícia de forma clara, honesta, sensível e coerente, utilizando linguagem simples, contacto visual e tom de voz adequado.
- Encorajar a família a expressar emoções.
- Questionar acerca da presença de familiares no momento da morte.
- Questionar acerca de apoio espiritual/religioso (ex: realização de santa unção para doentes católicos).
- Encorajar a despedida da família.
- Responder a eventuais dúvidas.
- Fornecer informação/contacto do serviço.
- Utilizar intérpretes na existência de barreira linguística.

2º MOMENTO FIM DE VIDA

- Estar presente pelo menos uma vez no quarto do doente junto da família.
- Proporcionar cuidados de conforto ao doente (controlo sintomático, hidratação de mucosas, alternância de posicionamentos, troca de roupa do doente e da cama e cuidados com a aparência física).
- Humanizar ambiente (controlo de ruído e luminosidade, colocação de pertences do doente na unidade, utilização de música ambiente).
- Oferecer apoio emocional e escuta ativa.
- Providenciar suporte (cadeira, copo de água e lenços de papel).
- Responder a possíveis questões acerca do momento de morte (objetivo da equipa, hora/momento previsto, sinais e sintomas expectáveis).

MORTE

3º MOMENTO APOIO NO LUTO

- Reunir com familiares numa sala própria em conjunto com o médico.
- Expressar as condolências em nome de toda a equipa.
- Esclarecer possíveis dúvidas que ainda possam apresentar.
- Incentivar a família a procurar ajuda caso tenham dificuldades no processo de luto.
- Convidar a família a uma visita follow-up.

Conclusão

Os resultados obtidos permitiram corroborar a importância da relação entre a família e os profissionais de saúde, devendo esta ser significativa e baseada no reconhecimento que a mesma é uma constante essencial no estabelecimento da relação terapêutica com o doente.

Referências Bibliográficas



APÊNDICE VII – Póster “Cuidados de enfermagem ao cateter venoso central totalmente implantado: prática baseada na evidência”

Cuidados de Enfermagem ao Cateter Venoso Central Totalmente Implantado: Prática Baseada na Evidência

Introdução

O Cateter Venoso Central Totalmente Implantado é um dispositivo de acesso venoso central que tem vindo a ganhar um grande destaque nos últimos anos. Este consiste num cateter de longa permanência, conectado a um reservatório, localizado na extremidade distal, que é implantado cirurgicamente sob a pele. A sua manipulação, manutenção e otimização é responsabilidade do enfermeiro, o que torna fundamental que este adequa a sua prática à evidência científica, devidamente fundamentada e validada, de forma a prestar cuidados de qualidade e seguros.

Objetivo



Reconhecer as recomendações atuais associadas aos cuidados de enfermagem inerentes à manipulação do Cateter Venoso Central Totalmente Implantado, na promoção de uma prática segura e baseada em evidência.

Metodologia

Foi desenvolvida uma revisão de literatura onde foram analisados e selecionados 13 artigos e *guidelines* com pertinência para a temática em estudo. De seguida, procedeu-se à elaboração de um documento orientador de boas práticas como instrumento de apoio aos profissionais de saúde, que foi implementado num Serviço de Urgência e numa Unidade de Cuidados Intermédios da região norte do país.

Conclusão

O desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica acresce aos enfermeiros a necessidade imperativa de assegurarem a implementação de uma prática baseada na evidência. A manipulação do acesso vascular central compreende todas as ações de contacto do profissional com o cateter para a realização de qualquer procedimento, pelo que deve ser realizada consoante as mais recentes recomendações. A crescente utilização desta tipologia de cateter torna imperativo que os profissionais de saúde reúnam esforços para desenvolverem os seus conhecimentos e habilidades no manuseamento deste dispositivo.

Resultados



Deve ser realizada **técnica asséptica** ou *non-touch* para a realização de qualquer procedimento inerente ao cateter.



Para aceder a este cateter é necessário realizar uma punção percutânea do seu reservatório, através de uma **agulha Huber**. Para tal, deve-se segurar a câmara com dois dedos e puncionar entre eles num ângulo de 90°.



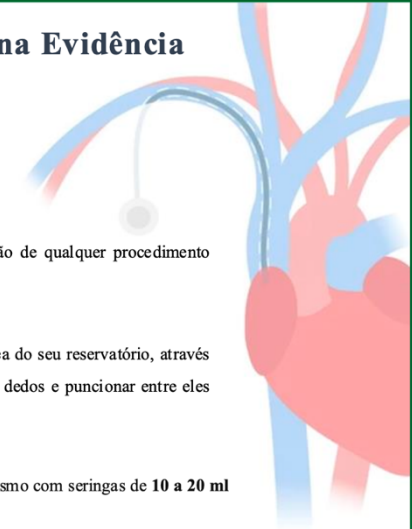
A lavagem do cateter deve sempre ser realizada após a utilização do mesmo com seringas de **10 a 20 ml de cloreto de sódio a 0,9%**, através da **técnica push-pause**.



O bloqueio do cateter deve ser realizado lentamente com **cloreto de sódio 0.9%**, uma vez que é tão eficaz quanto a solução heparinizada para a manter a sua permeabilidade e apresenta mais vantagens.



A manutenção do cateter deve ser realizada até às **4 semanas**.



Referências Bibliográficas



ANEXOS

ANEXO I – Comprovativo de presença – formações UCIP

**CENTRO DE FORMAÇÃO
FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Identificação do Serviço UCIP
 Data da ação 24/11/2024 Duração da ação 1h

Identificação responsável Formação em Serviço

Nome: _____
 Serviço: UCIP

Identificação formadores

Nome: _____
 Serviço: UCIP

Nome: _____
 Serviço: UCIP
 Interno Externo Instituição: _____

Tema da ação: Práticas seguras - preparação
 Objetivos: e administração de injetáveis e renovação de medicamentos

Resumo: _____

Metodologia: Expositivo

Material audiovisual: Power Point

Avaliação: _____

Pág. 1 de 2

Registo de presenças			N.
N.º Mec.	Serviço	Assinatura	
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11
			12
			13
			14
			15
			16
			17
			18
			19
			20
			21
			22
			23
			24
			25
			26
			27
			28
			29
			30
			31
			32
			33
			34
	Instituição	Alunos	
	<u>Universidade Católica Portuguesa</u>	<u>Ana Catarina Sousa Sousa</u>	1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11

Nota: Só serão aceites acções de formação com duração igual ou superior a 1 hora, ministrada por 1 ou no máximo 2 formadores. Quando a duração da formação for superior a 1 hora terá que ser por múltiplos de 2. Quando o número de formadores for superior a 2 terá que se recorrer ao preenchimento de mais de que uma folha.

Centro de Formação: _____

Data: ____/____/____

Pág. 2 de 2

**CENTRO DE FORMAÇÃO
FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Identificação do Serviço UCIP
 Data da ação 12/11/2024 Duração da ação 1h

Identificação responsável Formação em Serviço

Nome: _____
 Serviço: UCIP

Identificação formadores

Nome: _____
 Serviço: UCIP
 Nome: _____
 Serviço: UCIP
 Interno Externo Instituição: _____

Tema da ação: Risco de Queda
 Objetivos:

 Resumo:

 Metodologia: Expositivo
 Material audiovisual: Power Point
 Avaliação:

Pág. 1 de 2

Registo de presenças			N.
N.º Mec.	Serviço	Assinatura	
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11
			12
			13
			14
			15
			16
			17
			18
			19
			20
			21
			22
			23
			24
			25
			26
			27
			28
			29
			30
			31
			32
			33
			34
	Instituição	Alunos	
	<u>Universidade Católica Portuguesa</u>	<u>Ana Catarina Sousa Fonseca</u>	1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11

Nota: Só serão aceites acções de formação com duração igual ou superior a 1 hora, ministrada por 1 ou no máximo 2 formadores. Quando a duração da formação for superior a 1 hora terá que ser por múltiplos de 2. Quando o número de formadores for superior a 2 terá que se recorrer ao preenchimento de mais do que uma folha.

Centro de Formação: _____
 Data: ____/____/____

Pág. 2 de 2

**CENTRO DE FORMAÇÃO
FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Identificação do Serviço UCIP
 Data da ação 12/11/2024 Duração da ação 1h

Identificação responsável Formação em Serviço

Nome: _____
 Serviço: UCIP

Identificação formadores

Nome: _____
 Serviço: UCIP
 Nome: _____ N.º mec.: _____
 Serviço: UCIP
 Interno Externo Instituição: _____

Tema da ação: Fidelidade e CVP
Objetivos:

Resumo:

Metodologia: Expositivo
Material audiovisual: Power Point
Avaliação:

Pág. 1 de 2

Registo de presenças			N.
N.º Mec.	Serviço	Assinatura	1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11
			12
			13
			14
			15
			16
			17
			18
			19
			20
			21
			22
			23
			24
			25
			26
			27
			28
			29
			30
			31
			32
			33
			34
	Instituição	Alunos	
	<u>Universidade Católica Portuguesa</u>	<u>Ana Catarina Sousa Fonseca</u>	1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11

Nota: Só serão aceites acções de formação com duração igual ou superior a 1 hora, ministrada por 1 ou no máximo 2 formadores. Quando a duração da formação for superior a 1 hora terá que ser por múltiplos de 2. Quando o número de formadores for superior a 2 terá que se recorrer ao preenchimento de mais do que uma folha.

Centro de Formação: _____
 Data: ____/____/____

Pág. 2 de 2

ANEXO II – Certificado de presença “1º Congresso Internacional de Enfermagem em
Doente Crítico”

CERTIFICADO

Certifica-se que

ANA CATARINA SOUSA FONSECA

com o cartão de cidadão nº 13864078, participou como **Congressista**, na modalidade **Presencial**, no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

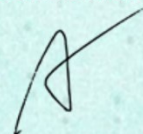
Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica



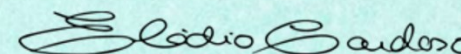
Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC



Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora



Eládio Cardoso

ANEXO III – Certificado de presença “Jornadas Medicina Intensiva do Porto”



27 JORNADAS

MEDICINA INTENSIVA DO PORTO

**VENTILATION AND OTHER CHALLENGES
IN INTENSIVE CARE - TIME TO RETHINK?**

ICBAS.PORTO
16-17.01.2025

CERTIFICADO

Certifica-se que

ANA CATARINA SOUSA FONSECA

participou nas Jornadas de Medicina Intensiva do Porto, que se realizaram nos dias 16 e 17 de janeiro de 2025, no Salão Nobre do ICBAS, Porto.

Irene Aragão

Presidente das JMIP

Organização



Patrocínio científico



ANEXO IV – Certificado de presença “I Congresso de Especialidades de Enfermagem da
ULSEDV”



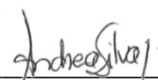
 REPÚBLICA PORTUGUESA |
  SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE |
  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ENTRE DOURO E VOUGA



Certificado

Certifica-se que,
Ana Catarina Sousa Fonseca

esteve presente o ***I Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga – Diversidade no Conhecimento, Unidade no Propósito***, que decorreu nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2025, no Cineteatro António Lamoso em Santa Maria da Feira.



Enf. Especialista Andrea Silva
 Presidente da Comissão Organizadora



Enf.º Especialista André Filipe Ribeiro
 Presidente da Comissão Científica

ANEXO V – Certificado do trabalho apresentado “Intervenção familiar no cuidado ao doente crítico em fim de vida”



CONGRESSO DE ESPECIALIDADES

10, 11 FEVEREIRO 2025

CINETEATRO ANTÓNIO LAMOSO
SANTA MARIA DA FEIRA

DIVERSIDADE NO
CONHECIMENTO,
UNIDADE NO
PROPÓSITO



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA



Certificado

Certifica-se que,

ANA FONSECA, RÚBEN ENCARNAÇÃO

participou no *I Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga – Diversidade no Conhecimento, Unidade no Propósito*, que decorreu nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2025, no Cineteatro António Lamoso em Santa Maria da Feira, com o póster: **“Intervenção Familiar no Cuidado ao Doente Crítico em Fim de Vida”**

Enf.ª Especialista Andrea Silva
Presidente da Comissão Organizadora

Enf.º Especialista André Filipe Ribeiro
Presidente da Comissão Científica

ANEXO VI – Certificado do trabalho apresentado “Cuidados de enfermagem ao cateter venoso central totalmente implantado: prática baseada na evidência”



Certificado

Certifica-se que,

ANA FONSECA, RÚBEN ENCARNAÇÃO

participou no *I Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga – Diversidade no Conhecimento, Unidade no Propósito*, que decorreu nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2025, no Cineteatro António Lamoso em Santa Maria da Feira, com o póster: **“Cuidados de Enfermagem ao Cateter Venoso Central Totalmente Implantado: Prática Baseada na Evidência”**

Enf. Especialista Andrea Silva
Presidente da Comissão Organizadora

Enf.º Especialista André Filipe Ribeiro
Presidente da Comissão Científica



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ENTRE DOURO E VOUGA

