Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sofia da Costa Dias Fernandes

Relatório de Estágio

***Storytelling*, uma estratégia de Partilha e Aprendizagem para a Prática Clínica dos Enfermeiros**

Abril de 2026

***Storytelling*, uma estratégia de Partilha e Aprendizagem para a Prática Clínica do Enfermeiros**

Sofia da Costa Dias Fernandes

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sofia da Costa Dias Fernandes

Relatório de Estágio
Storytelling, uma estratégia de Partilha e Aprendizagem na Prática Clínica dos Enfermeiros

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica,
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Critica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professora Fátima Braga

Abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositoriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

AGRADECIMENTOS

A concretização deste percurso académico representa muito mais do que a conclusão de uma etapa formativa – reflete um caminho de crescimento pessoal, profissional e humano, marcado por desafios, aprendizagens e superações.

Após este percurso académico, não posso deixar de expressar um agradecimento muito especial à Professora Fátima Braga, por todo o apoio, dedicação e compreensão ao longo desta fase da minha vida, que se revelou particularmente exigente. Sem dúvida, todo o suporte prestado foi essencial para o desenvolvimento deste percurso de aprendizagem.

Aos meus orientadores de estágio, deixo também um sincero agradecimento por toda a partilha de conhecimento, pelas oportunidades proporcionadas e pelo contributo fundamental para o meu crescimento profissional.

Ao Enfermeiro Pedro Rodrigues, gestor do meu local de trabalho, deixo um agradecimento pela compreensão, flexibilidade e apoio demonstrados ao longo deste percurso, que se revelaram fundamentais para a concretização desta etapa.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, um agradecimento especial pela paciência nos momentos mais difíceis e por toda a força e o incentivo ao longo deste caminho.

Aos meus amigos de sempre, um profundo reconhecimento por nunca terem deixado de estar ao meu lado, sobretudo quando mais precisei.

E, por último, às minhas pessoas - as mais importantes da minha vida -, a minha família. Aos meus pais e à minha irmã, por todo o amor, apoio e amizade, pela paciência e, acima de tudo, pela compreensão ao longo destes meses, que só eles sabem o quão desafiantes foram para mim.

A verdade é que não foi um percurso fácil, mas foi, sem dúvida, um percurso que valeu cada minuto de esforço, por toda a aprendizagem pessoal e profissional que me proporcionou. Mais do que uma etapa académica, foi um caminho que me transformou, que me desafiou e que me fez crescer, ensinando-me que, mesmo nos momentos mais difíceis, é possível continuar.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

"O que sou toda a gente é capaz de ver;
Mas o que ninguém é capaz de imaginar
é até onde sou e como."
Miguel Torga

Relatório de Estágio - *Storytelling:* uma estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros

RESUMO

Introdução: O presente relatório de estágio, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, tem como objetivo refletir criticamente sobre o percurso formativo realizado, integrando a experiência adquirida em três contextos clínicos distintos: clínica de hemodiálise, serviço de urgência e serviço de medicina intensiva.

Objetivos: Descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas em diferentes contextos de estágio; refletir sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista; e, dar a conhecer o trajeto investigativo desenvolvido através da realização uma *scoping review*.

Métodos: O relatório encontra-se estruturado em duas partes complementares. A primeira parte incide na análise crítica-reflexiva do desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, sustentada na evidência científica e nos referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros. A segunda parte, corresponde a uma *scoping review* intitulada "*Storytelling*: uma estratégia de Partilha e Aprendizagem na Prática Clínica dos Enfermeiros", com o objetivo de mapear a evidência científica disponível, seguindo as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: A análise do desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de estágio evidenciou um progresso contínuo, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional e, consequentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados. No âmbito da *scoping review*, o *storytelling* constituiu uma estratégia relevante na partilha e construção de conhecimento em enfermagem, promovendo o pensamento crítico, a reflexão sobre a prática e a integração entre a teoria e a prática.

Conclusão: O desenvolvimento de competências especializadas, aliado à integração de estratégias inovadoras de aprendizagem como o *storytelling*, assume um papel relevante na promoção da qualidade, segurança e humanização dos cuidados de enfermagem, reforçando a importância da formação contínua e da prática baseada na evidência.

Palavras-chave: Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiro Especialista; Scoping Review; Storytelling.

Internship Report - *Storytelling*: A sharing and learning strategy in the clinical practice of nurses

ABSTRACT

Introduction: This internship report, developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Critical ill Person, at the School of Nursing of the University of Minho, aims to reflect on the training pathway undertaken critically, integrating the experience acquired in three distinct clinical contexts: a hemodialysis clinic, an emergency department and an intensive care unit.

Objectives: To describe and critically analyze the activities developed in different internship contexts; to reflect on the process of acquiring common and specific competencies of the specialist nurse; and to present the investigative path developed through a scoping review.

Methods: The report is structured in two complementary parts. The first part focuses on the critical-reflective analysis of the development of the specialist nurse's competencies, supported by scientific evidence and the normative references of the Order of Nurses. The second part corresponds to a scoping review entitled "Storytelling: a Sharing and Learning Strategy in the Clinical Practice of Nurses," with the objective of mapping the available scientific evidence, following the methodological recommendations of the Joanna Briggs Institute.

Results: The analysis of competency development in different internship contexts showed continuous progress, contributing to personal and professional growth and, consequently, to improving the quality of care. Within the scope of the scoping review, storytelling constituted a relevant strategy in the sharing and construction of knowledge in nursing, promoting critical thinking, reflection on practice, and the integration between theory and practice.

Conclusion: The development of specialised skills, combined with the integration of innovative learning strategies such as storytelling, plays a significant role in promoting quality, safety and humanisation of nursing care, reinforcing the importance of continuous education and evidence-based practice.

Keywords: Nursing; Critical ill person; Specialised Nurse; Scoping Review; Storytelling.

ÍNDICE

Agradecimentos iv
Resumo vii
Abstract viii
Índice de Figuras xi
Índice de Tabelas xi
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos xii
Introdução 1
PARTE I – Componente clínica 3
1. Enquadramento dos contextos de estágio 3
1.1 Clínica de hemodiálise 4
1.2. Serviço de Urgência Polivalente 7
1.3. Serviço de Medicina Intensiva 9
2. O cuidado especializado à pessoa em situação crítica 12
2.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 13
2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 14
2.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade 17
2.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados 19
2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 21
2.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista 24
2.2.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica 25
2.2.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção até à ação 28
2.2.3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica 31
PARTE II – Componente Investigativa 36
Resumo 37
Abstract 38
1. Enquadramento Teórico 39

2. Tipo de Estudo 42
2.1. Objetivo e Finalidade do Estudo 43
2.2. Questão de Revisão 43
2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão 44
2.4. Metodologia 45
2.4.1. Estratégia de Pesquisa 45
2.4.2. Seleção dos Estudos 47
2.4.3. Extração de dados 48
2.5. Apresentação dos Resultados 49
2.6. Discussão dos Resultados 54
2.7. Considerações Éticas 59
3. Considerações Finais 60
4. Referências Bibliográficas 63
Apêndice I – Poster II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia 68
ANEXO 1 – Certificados 69
ANEXO 1.1 – Certificado de Organização 69
ANEXO 1.2 – Certificado de Oradora 70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma Prisma do processo de seleção dos estudos. 48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Mnemónica PCC 44
Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos 50
Tabela 3 - Síntese dos principais resultados dos estudos incluídos 52
Tabela 4 - Barreiras identificadas à implementação do storytelling 56
Tabela 5 - Facilitadores identificados à implementação do storytelling 57

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AV – Acesso Vascular

BIS – Bispectral Index

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CPOT – Critical Care Pain Observation Tool

CVC – Catéter Venoso Central

DAE- Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EE – Enfermeiro Especialista

EEMCEPSC - Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

FAV – Fistula Arteriovenosa

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

JBI – Joanna Briggs Institute

NIRS – Near-Infrared Spectroscopy

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PSC- Pessoa em Situação Crítica

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA-ScR – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

PRx – Pressure Reactivity Index

PubMed – Public/Publisher MEDLINE

RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde

UC- Unidade Curricular

UCISU – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

UDC – Unidade de Decisão Clínica

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

INTRODUÇÃO

A formação no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, constitui um percurso académico e profissional exigente, sustentado na evidência científica e orientado para o desenvolvimento de competências avançadas na gestão da pessoa com falência orgânica e necessidade de suporte de vida. Este percurso permite ao enfermeiro especialista responder de forma eficaz, segura e humanizada às necessidades complexas das pessoas em contextos de elevada instabilidade clínica. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros reconhece que o enfermeiro especialista detém competências, técnicas e humanas diferenciadas que lhe permitem intervir de forma autónoma e responsável em contexto de elevada complexidade, contribuindo para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados (OE, 2019).

Neste contexto, o presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Opção - Estágio Final, inserida no terceiro semestre do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Esta unidade curricular coloca o estudante num contexto de prestação de cuidados de enfermagem especializados, visando complementar a formação teórica e teórico-prática adquirida e a consciencialização gradual dos diferentes domínios de intervenção do enfermeiro especialista em confronto com a prática clínica diferenciada. A orientação tutorial, presencial ou à distância, assegura o acompanhamento científico-pedagógico na conceção e implementação do projeto de estágio.

O presente relatório tem como objetivo refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios realizados e sobre a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista médico-cirúrgico na área da pessoa em situação crítica. Paralelamente, pretende dar a conhecer o desenvolvimento de competências na área de investigação sobre um tema relevante para a prática clínica dos enfermeiros, através da realização de uma *scoping review*.

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes complementares: uma primeira centrada na caracterização e análise dos contextos de estágio, bem como, no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e, uma segunda parte dedicada à revisão da literatura, e em particular, uma *scoping review* intitulada *"Storytelling, uma estratégia de partilha e aprendizagem para a prática clínica dos enfermeiros"*.

Assim, na primeira parte do relatório, abordamos a descrição dos diferentes contextos de estágio, nomeadamente, uma clínica de hemodiálise, um serviço de urgência polivalente e um Serviço de

Medicina Intensiva da zona norte do país. Estes contextos permitiram uma aproximação progressiva à complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, possibilitando a aquisição e consolidação de competências técnicas, científicas e relacionais fundamentais ao exercício do enfermeiro especialista.

A segunda parte do relatório corresponde à realização de uma *scoping review*, metodologia que visa mapear de forma sistemática e específica as evidências disponíveis sobre determinada temática, contribuindo para colmatar lacunas identificadas na literatura e orientar futuras investigações (Apóstolo, 2017). A escolha do *Storytelling* enquanto objeto de estudo prende-se com a sua crescente relevância na área do ensino-aprendizagem, sendo uma estratégia pedagógica, reflexiva e formativa no contexto da prática clínica em enfermagem. Em contextos de elevada complexidade, como o Serviço de Medicina Intensiva e o Serviço de Urgência Polivalente, o conhecimento clínico não é apenas técnico-científico, mas também profundamente experiencial e intuitivo. Neste sentido, o *storytelling* surge como uma ferramenta de translação de conhecimento, permitindo converter o saber tático – inerente à experiência do enfermeiro perito – em saber explícito e partilhável (Palla et al., 2024), sendo este processo fundamental na aprendizagem e na integração do conhecimento na prática clínica de enfermagem (Melnyk & Fineout-Overholt, 2022). A partilha de experiências através de narrativas promove a aprendizagem significativa e o desenvolvimento do pensamento crítico, essenciais na gestão da incerteza da pessoa em situação crítica. Para além disso, contribui para a construção de identidade profissional e para a humanização dos cuidados, assumindo potencial impacto na qualidade da prática clínica. A partilha de eventos críticos e "quase-erros" reforça a consciência situacional da equipa multidisciplinar, podendo influenciar diretamente a qualidade e segurança dos cuidados. Neste sentido, a crescente complexidade dos cuidados de saúde e a necessidade de promover práticas reflexivas e seguras tornam pertinente a exploração de estratégias inovadoras de aprendizagem, como o *storytelling,* no desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Deste modo, este relatório pretende não apenas descrever experiências, mas integrá-las numa reflexão crítica e fundamentada, articulando a vivência prática dos contextos de estágio com a análise teórica e científica do *Storytelling*, enquanto estratégia de aprendizagem e desenvolvimento profissional em enfermagem. O relatório procura, assim, evidenciar a importância da formação especializada e da integração de estratégias inovadoras de aprendizagem na construção de uma prática clínica segura, competente, ética e centrada na pessoa.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O estágio clínico assume um papel estruturante na formação em enfermagem, constituindo um espaço privilegiado de articulação entre o conhecimento teórico e a prática profissional, promovendo o desenvolvimento de competências essenciais à prestação de cuidados seguros e de qualidade (Mathisen et al., 2023).

O estágio desenvolvido em três contextos teve a duração total de 600 horas, de forma a contextualizar cada contexto-e a facilitar a compreensão do percurso realizado, apresenta-se uma breve caracterização dos mesmos. O primeiro decorreu no segundo semestre do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, entre abril e junho de 2025, numa Clínica de Hemodiálise da zona norte de Portugal, com uma carga horária de 200 horas. No terceiro semestre, realizaram-se dois estágios de igual duração, sendo o primeiro no Serviço de Urgência (SU) e o segundo no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), ambos numa Unidade Local de Saúde (ULS) da zona Norte de Portugal.

Esta experiência formativa diversificada permitiu uma aproximação progressiva à complexidade dos cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), proporcionando contacto com diferentes modelos de prática clínica, níveis diferentes de cuidados, recursos tecnológicos e abordagens multidisciplinares. A passagem por contextos distintos – desde a gestão da doença crónica até à resposta em situações agudas e cuidados intensivos – constituiu uma mais-valia para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, servindo de base à análise crítico-reflexiva apresentada nos subcapítulos seguintes.

1.1 Clínica de hemodiálise

A Clínica de Hemodiálise integra uma rede privada de prestação de cuidados de saúde em articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), assegurando a continuidade de cuidados à pessoa com doença renal crónica (DRC). Neste contexto, a hemodiálise assume-se como uma técnica de substituição renal de suporte de vida, sendo determinante na gestão da DRC. Esta técnica permite a remoção de substâncias tóxicas e do excesso de líquidos, bem como a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, revelando-se fundamental para a sobrevivência e a estabilidade clínica destes doentes (National Kidney Foundation, 2023). A atuação desta instituição encontra-se alinhada com a sua visão – ser a primeira escolha em cuidados médicos renais – e com a sua missão de melhorar a qualidade de vida das pessoas com DRC. A prática é orientada por valores institucionais assentes na competência, inspiração e paixão pelo cuidar, refletindo-se numa abordagem centrada na pessoa, na qualidade e na humanização dos cuidados, bem como na melhoria contínua dos cuidados.

Este contexto de estágio constituiu uma experiência formativa de elevada relevância, permitindo o contacto direto com a prestação de cuidados especializados à pessoa com DRC, num ambiente altamente técnico, organizado e exigente. A pessoa com DRC em tratamento dialítico apresenta frequentemente múltiplas comorbilidades, nomeadamente doença cardiovascular, diabetes mellitus e alterações metabólicas, sendo a doença cardiovascular amplamente reconhecida como a principal causa de morbilidade e mortalidade (Johansen et al., 2024), exigindo uma vigilância contínua e diferenciada.

Relativamente à estrutura física, a clínica dispõe de uma sala de hemodiálise equipada com 15 postos de tratamento, cada um dotado de cadeirão com balança incorporada, monitor de hemodiálise, televisão e tablet, garantindo conforto, segurança e monitorização contínua dos doentes. Existem ainda três monitores de reserva, assegurando a continuidade dos cuidados em situações de contingência. A organização do espaço físico favorece a vigilância permanente, a fluidez dos cuidados e a rápida intervenção perante eventuais intercorrências. A clínica dispõe igualmente de uma sala dedicada ao tratamento da água, considerada um elemento central de todo o processo dialítico. A qualidade da água utilizada é fundamental para a segurança do doente, sendo alvo de controlo rigoroso e monitorização contínua. Todos os profissionais recebem formação específica nesta área, sendo este conhecimento particularmente relevante para o enfermeiro especialista (EE), dada a sua responsabilidade na identificação precoce de anomalias e na prevenção de complicações associadas.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por um enfermeiro-chefe, três enfermeiros contratados e quinze enfermeiros em regime de prestação de serviços, dos quais quatro

são EE e quatro detêm competências acrescidas. Integram ainda a equipa quatro médicos nefrologistas, um diretor clínico, médicos internos, assistentes operacionais, uma assistente administrativa, uma nutricionista, uma farmacêutica e uma assistente social. O serviço funciona em diferentes turnos, incluindo turnos noturnos, possibilitando a conciliação do tratamento com a vida pessoal e profissional dos doentes, particularmente daqueles que mantêm atividade laboral. O rácio habitual é de um enfermeiro para cinco doentes, permitindo uma vigilância contínua, uma abordagem individualizada e uma resposta célere às necessidades emergentes. A presença médica permanente assegura suporte clínico imediato e uma tomada de decisão atempada.

Habitualmente, os doentes que necessitam de hemodiálise iniciam o tratamento em contexto hospitalar, sendo posteriormente integrados nas clínicas de acordo com a sua área de residência, assegurando a continuidade dos cuidados e a articulação entre diferentes níveis de saúde.

A importância do acesso vascular (AV) na prestação de cuidados à pessoa com DRC em programa de hemodiálise é amplamente reconhecida, constituindo um fator determinante para a eficácia do tratamento. Atualmente, distinguem-se três tipos principais de AV: fístula arteriovenosa (FAV), o enxerto arteriovenoso e o cateter venoso central (CVC)(OE, 2016) sendo a FAV, sempre que possível, o acesso de eleição uma vez que apresenta maior longevidade e menor risco de complicações.

Neste contexto, a vigilância do AV assume particular relevância, sendo realizada diariamente através da avaliação clínica e complementada pela medição do débito do acesso com recurso ao Nefroflow trimestralmente. Sempre que identificado risco ou disfunção, o doente é referenciado para centros especializados em acessos vasculares. A utilização da ecografia para punção ecoguiada contribui para a preservação do capital vascular e para a redução de complicações, refletindo a incorporação de tecnologia na melhoria da prática clínica. O bom funcionamento do AV é um fator importante para o sucesso e eficácia do tratamento dialítico, tendo o enfermeiro um papel fundamental na sua preservação.

Paralelamente, são reforçadas medidas rigorosas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente a correta desinfeção dos acessos, a adesão às precauções padrão e a educação contínua do doente, aspetos fundamentais na promoção da segurança. A prevenção da infeção é fundamental na estratégia de cuidados a prestar à pessoa com DRC em programa de hemodiálise, sobretudo nas pessoas com cateter como AV para hemodiálise. A existência de um enfermeiro coordenador, responsável pelos acessos vasculares, revela a importância desta área no tratamento dialítico, bem como o forte impacto da ação de Enfermagem nos resultados em saúde destes doentes (OE, 2016).

Durante as sessões de tratamento dialítico podem ocorrer diversas intercorrências, como hipotensão, cãibras musculares, náuseas, vómitos, cefaleias ou complicações associadas ao AV, nomeadamente

hematomas ou pequenas perdas sanguíneas, exigindo uma intervenção rápida e adequada por parte dos enfermeiros. Estas situações reforçam a necessidade de uma monitorização contínua e de uma atuação segura e fundamentada.

A sessão de hemodiálise deve ser bem tolerada, de forma a minimizar o impacto na qualidade de vida da pessoa. Nesse sentido, o enfermeiro procede à monitorização e vigilância contínua dos parâmetros da sessão, permitindo a identificação precoce de alterações e a implementação de intervenções adequadas, com vista à minimização dos incidentes intradialíticos e ao impacto sobre a estabilidade hemodinâmica durante o tratamento (OE, 2016).

No que respeita à qualidade e segurança dos cuidados, a clínica desenvolve diversos projetos estruturantes, entre os quais se destaca o acompanhamento sistemático do pé diabético, com vigilância regular e referenciação precoce sempre que necessário. São igualmente implementados programas de educação para a saúde, dirigidos à promoção da literacia em saúde, à gestão do regime terapêutico, aos cuidados com o AV e à adaptação à doença crónica. Neste contexto, a educação para a saúde assume um papel fundamental na promoção da adesão ao tratamento, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida da pessoa. A avaliação trimestral do Plano Individual Integrado permite monitorizar a evolução clínica do doente, adequar intervenções e promover uma abordagem centrada na pessoa.

A clínica promove ainda auditorias clínicas e de qualidade, bem como ações formativas regulares, incluindo formação em Suporte Imediato de Vida (SIV), segurança contra incêndios e procedimentos de emergência. O serviço dispõe de um carro de emergência totalmente equipado, com desfibrilhador, cuja verificação é realizada diariamente, evidenciando a preparação para a resposta em situações críticas. Existe igualmente um manual de normas e procedimentos acessível a todos os profissionais, garantindo a uniformização das práticas e o cumprimento das orientações institucionais e legais.

Este contexto permitiu o contacto com uma prática altamente diferenciada e tecnicamente exigente, evidenciando a complexidade dos cuidados prestados à pessoa com DRC em hemodiálise. A organização do serviço, os recursos disponíveis e a articulação da equipa multidisciplinar contribuíram para a prestação de cuidados seguros, contínuos e centrados na pessoa.

1.2. Serviço de Urgência Polivalente

O estágio realizado no SU decorreu numa instituição hospitalar pública integrada numa ULS, modelo organizacional que visa assegurar a articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, promovendo a continuidade de cuidados e a utilização eficiente de recursos. A constituição das ULS decorre de orientações estratégicas nacionais que procuram integrar diferentes níveis de cuidados sob uma governação clínica unificada, centrada na resposta às necessidades da população e na melhoria da acessibilidade e qualidade (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Neste enquadramento, a ULS assume como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, seguros e humanizados, orientados para a promoção de ganhos em saúde e para a satisfação das necessidades da comunidade que serve. A sua prestação assenta em valores institucionais como o respeito pela dignidade da pessoa, a equidade no acesso, o rigor científico, a responsabilidade ética e o trabalho em equipa, refletindo uma cultura organizacional orientada para a excelência, inovação e melhoria contínua.

A prática de enfermagem desenvolvida neste contexto encontra-se alinhada com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, a qual valoriza a relação terapêutica, a empatia e a dimensão ética do cuidar, reconhecendo a pessoa como um ser integral e único (Jean Watson, 2011). Este referencial conceptual sustenta uma abordagem centrada na pessoa e na família, mesmo em ambientes de elevada pressão, onde a articulação entre a competência técnico-científica e o cuidado humanizado revela-se essencial na prestação de cuidados seguros e de qualidade.

O SU da ULS constitui uma estrutura diferenciada e de elevada complexidade, responsável pela resposta imediata a situações agudas e potencialmente críticas. Integrado no SNS, assegura atendimento permanente, 24 horas/dia, pautando a sua prestação de cuidados por princípios de qualidade, segurança e humanização. O hospital onde decorreu o estágio, enquanto unidade central da ULS, encontra-se acreditado pelo CHKS *International Accreditation Programme for Healthcare Organizations* e certificado nas normas ISO 9001 (Qualidade), ISO 14001 (Ambiente) e ISO 45001 (Segurança e Saúde no Trabalho), evidenciando o compromisso institucional com a excelência, a segurança e a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Relativamente à estrutura física, o SU localiza-se no Bloco F, piso 1, e está organizado em quatro áreas funcionais principais: Urgência de Adultos, Urgência Pediátrica, Urgência Obstétrica e Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU), integrando ainda a Via Verde AVC. Esta estrutura funcional permite uma abordagem diferenciada e especializada, de acordo com a tipologia do utente e a

gravidade clínica da situação. Os recursos físicos incluem a área de triagem de prioridades, organizada segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM), duas salas de emergência e de reanimação (uma das quais capacitada para emergências pediátricas), áreas médica e cirúrgica, salas de intervenção e imagiologia de apoio, Unidades de Decisão Clínica [(UDC) 1, 2 e 3], áreas clínicas, áreas logísticas de suporte e por fim, a base da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Esta organização favorece a gestão eficiente do fluxo de doentes, garantindo uma resposta imediata e coordenada desde a admissão até à alta ou ao encaminhamento para internamento.

Em termos de recursos humanos, a equipa do SU é composta por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde (TAS) e assistentes técnicos, integrando ainda profissionais de apoio e alunos em formação. O enfermeiro gestor assegura a coordenação dos recursos humanos e materiais, promovendo a qualidade dos cuidados e a dinamização das atividades formativas e científicas. A prática clínica desenvolve-se numa lógica interdisciplinar e polivalente, assegurando a cooperação entre os diferentes profissionais, fundamental para a resposta eficaz às necessidades emergentes dos utentes. O EE tem um papel central na prestação de cuidados diferenciados à PSC, participando na avaliação, planeamento, execução e supervisão de cuidados de elevada complexidade. A triagem dos doentes permite a priorização conforme a gravidade clínica, enquanto protocolos institucionais e procedimentos normalizados sustentam a prática clínica diária, garantindo uniformidade, segurança e qualidade na prestação de cuidados.

Destaca-se, neste contexto, a valorização da formação contínua e da melhoria das práticas, através de ações "on job", reuniões interserviços e apresentações teórico-práticas, que estimulam a atualização científica e promovem o desenvolvimento profissional. A monitorização de indicadores clínicos, a gestão do risco, o controlo de infeção e a implementação de programas de vigilância, como o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), constituem ferramentas essenciais para assegurar cuidados baseados na evidência científica e promover a segurança do utente. Neste âmbito, o SU operacionaliza estas estratégias através do PPCIRA, que contempla a implementação de medidas de controlo de infeção, a monitorização de práticas clínicas e a realização de auditorias periódicas a equipamentos, materiais e procedimentos, incluindo soluções recentemente introduzidas, como as cortinas antimicrobianas.

Neste enquadramento, o SU adota ainda estratégias institucionais orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente através da implementação de modelos de comunicação estruturada, como o ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação), utilizado na transmissão de informação entre profissionais e na articulação com outros serviços. Estas práticas

contribuem para a padronização da comunicação clínica, promovendo a continuidade de cuidados e reduzindo o risco de eventos adversos associados a falhas de comunicação.

Paralelamente, são promovidas práticas baseadas na evidência científica, nomeadamente a higiene das mãos, a utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI) e o cumprimento das precauções básicas e específicas, com o objetivo de prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde e mitigar o impacto da resistência antimicrobiana (WHO, 2021)

Durante o período de estágio, encontrava-se em desenvolvimento um projeto de reorganização das UDC 1 e 2, com implementação prevista no início de 2026. Esta reestruturação assenta na divisão destas áreas em quatro setores funcionais, cada um com a atribuição de um enfermeiro e um TAS. O objetivo é otimizar a alocação dos recursos humanos, promovendo uma maior proximidade e continuidade nos cuidados prestados. Pretende-se, assim, agilizar a gestão do fluxo de doentes e garantir uma prestação de cuidados mais eficiente, organizada e centrada na pessoa. Esta reestruturação reflete uma dinâmica da melhoria contínua, evidenciando um esforço proativo de adaptação às exigências do serviço para elevar os padrões de segurança.

Em suma, a realidade do SU é marcada por um fluxo constante e pela imprevisibilidade da gravidade clínica, o que frequentemente conduz a cenários de sobrelotação. Esta complexidade exige uma gestão rigorosa de recursos e uma articulação interprofissional contínua, garantindo que, mesmo num ambiente de elevada pressão, a segurança e a qualidade dos cuidados permaneçam como prioridades centrais.

1.3. Serviço de Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva integra múltiplas áreas das ciências médicas, privilegiando a multidisciplinaridade e a diferenciação, centrando-se na prevenção, diagnóstico e tratamento da pessoa em condições fisiopatológicas ameaçadoras e/ou com falência de uma ou mais funções vitais, porém potencialmente reversíveis (Paiva et al., 2016)

O estágio realizado no SMI decorreu numa ULS, da zona norte, instituição cuja missão assenta na prestação de cuidados de saúde de excelência clínica, pautados pelo rigor científico e pela humanização, articulando a prática clínica com o ensino e a investigação. A sua prática orienta-se por valores como a Humanização e a Ética, e o respeito integral pelo doente, evidenciados na "Carta de Humanização"; a Inovação e Tecnologia, através da utilização de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento; o Rigor profissional, expresso no cumprimento de procedimentos e normas éticas; e a Integração, promovendo a articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares.

A prática de enfermagem neste contexto baseia-se num modelo integrado e focado na pessoa, orientado para a prevenção, tratamento e reabilitação, assegurando a articulação entre diferentes níveis de cuidados. Este modelo integra princípios de humanização dos cuidados, valorizando a pessoa na sua globalidade através de uma abordagem centrada na dignidade, empatia e relação terapêutica - aspetos cruciais em contextos de elevada vulnerabilidade como o SMI. Esta visão converge com o referencial teórico de Jean Watson (2008), no qual o cuidado humano é o eixo central. A valorização da formação e da investigação, aliada à diferenciação dos recursos humanos e tecnológicos, permite responder a situações clínicas de elevada complexidade, garantindo cuidados de saúde seguros, humanizados e baseados na evidência científica.

Neste enquadramento, o SMI constitui uma unidade altamente diferenciada, vocacionada para a prestação de cuidados especializados à PSC, exigindo monitorização contínua, suporte tecnológico e trabalho multidisciplinar, elementos fundamentais para a intervenção do EE.

O SMI dispõe de 16 camas de nível III de cuidados intensivos, distribuídas por duas alas. Apesar de se tratar de uma unidade predominantemente neurocrítica, o serviço acolhe igualmente doentes críticos polivalentes, permitindo a prestação de cuidados a doentes com elevada complexidade clínica provenientes de diferentes áreas. Esta diversidade de situações críticas, associadas a patologias díspares, possibilitou a aplicação de competências avançadas de avaliação, monitorização contínua, tomada de decisão e intervenção rápida, consolidando a prática clínica do EE em cuidados à PSC.

Estruturalmente, o serviço encontra-se dividido em duas alas: a ala A, com 10 camas, em espaço aberto, incluindo três quartos de isolamento com ajuste de pressão positiva ou negativa, e a ala B, com seis camas, destinada a doentes que não necessitam de neuromonitorização avançada ou que se encontram em fase final do percurso. A ala A dispõe de centro de vigilância centralizada e registo clínico. A presença de iluminação natural favorece o padrão sono-vigília e contribui para a recuperação da pessoa (Margaret A. Pisani & D'Ambrosio, 2020) (Kakar et al., 2022). A maioria dos dispositivos de monitorização e terapêutica encontra-se instalada em braços suspensos, permitindo acesso a 360°, e existem áreas dedicadas à preparação de medicação, com incorporação do sistema *Pyxis Medstation*. Na ala B, o armazém de materiais de consumo hoteleiro segue o sistema Kanban, sendo a gestão da responsabilidade da enfermeira gestora.

As áreas de apoio incluem secretariado, sala de espera para familiares, sala de notícias/informação, salas de reuniões, vestiários e copa. O gabinete médico destina-se ao acolhimento da família e constitui o espaço privilegiado para a comunicação de notícias, nomeadamente de situações de maior complexidade ou gravidade clínica. Antes de qualquer contacto com a família, é realizada uma

preparação prévia por parte da equipa, procurando-se conhecer de forma aprofundada a condição clínica da pessoa, as medidas diagnósticas e terapêuticas já implementadas, bem como as que poderão vir a ser necessárias e o prognóstico associado. O médico e o enfermeiro estabelecem conjuntamente o plano de comunicação, ajustando a informação às necessidades identificadas em cada família. No primeiro contacto, a informação é transmitida de forma clara, estruturada e com recurso à linguagem assertiva, incidindo sobre a condição clínica atual, o ambiente de um SMI, o regulamento de visitas e os procedimentos relacionados com a prevenção e controlo da infeção, sendo igualmente fornecido o guia de acolhimento. Paralelamente, são exploradas as expectativas da família e negociado o plano, promovendo uma relação terapêutica de confiança, proximidade e participação ativa no processo de cuidados (Villanueva & Ruivo, 2022).

A equipa multidisciplinar é composta por oito médicos especialistas, 65 enfermeiros e 16 assistentes operacionais, distribuídos por turnos ao longo das 24 horas. Dos 65 enfermeiros, 23 são especialistas, predominantemente em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) (14 enfermeiros), seguida de Enfermagem de Reabilitação (8 enfermeiros). A unidade é gerida por uma enfermeira gestora, apoiada por enfermeiros coordenadores e responsáveis de turno, garantindo supervisão clínica, gestão de recursos humanos e colaboração estreita na equipa multidisciplinar.

O modelo de trabalho privilegiado é o método individual, no qual cada enfermeiro assume total responsabilidade pelos cuidados prestados aos seus doentes durante o seu turno, recorrendo ao trabalho em equipa nos momentos de transição. Estes englobam não só a passagem de turno, mas também a transferência de responsabilidade entre profissionais ou serviços, assegurando a continuidade, segurança do doente (DGS, 2017). Contudo, existem situações em que a colaboração de outro enfermeiro é necessária. A carga de trabalho é avaliada através do instrumento TISS-28, ajustando-se os recursos humanos conforme o nível de cuidados (I, II ou III), de modo a respeitar os rácios recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (1:1 para nível III; 1:2 para nível II) e garantir a segurança do doente (OE, 2014).

Neste âmbito, o SMI desenvolve estratégias orientadas para a melhoria contínua através de grupos de prevenção e controlo de infeção. Estes, constituídos maioritariamente por EE, desempenham um papel fulcral na monitorização das práticas e na implementação de medidas de segurança. Complementarmente, a dinamização de ações formativas multidisciplinares e ajustadas às necessidades do serviço promove a atualização de conhecimento e a otimização dos cuidados, em que a complexidade clínica, a necessidade da monitorização contínua e o rigor técnico exigem uma atuação organizada, segura e centrada na pessoa.

2. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O crescente nível de complexidade dos cuidados de saúde tem exigido, nos últimos anos, uma progressiva diferenciação no exercício profissional dos enfermeiros. A evolução tecnológica, a sofisticação dos processos clínicos e a necessidade de respostas rápidas, seguras e eficazes perante situações de elevada instabilidade fisiológica tornam indispensável a presença de profissionais com preparação avançada. Neste enquadramento, o Estatuto da OE estabelece as condições para a atribuição do título de EE, reconhecendo a estes profissionais competências científicas, técnicas e humanas para intervir em áreas clínicas específicas, após verificação de um percurso formativo e de certificação de competências adequadas (OE, 2015)

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) reforça que o EE é o profissional detentor de formação especializada e de um título que certifica a sua capacidade para prestar cuidados de enfermagem especializados, para além dos cuidados gerais. Esta certificação constitui uma garantia para a população, assegurando que o EE possui conhecimentos, capacidades e atitudes que lhe permitem atuar de forma diferenciada, adequada às necessidades dos cidadãos e aos diferentes níveis de prevenção em que os cuidados se desenvolvem. As competências atribuídas ao EE assumem, assim, um papel determinante na promoção de elevados padrões de qualidade, segurança e excelência na prática clínica (OE, 2019).

No âmbito da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica assume particular relevância, face à crescente complexidade e exigência dos cuidados prestados. "A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2011, p.8656). Esta área responde, assim, a necessidades clínicas emergentes que implicam vigilância e intervenção rápida. Deste modo, o EEMCEPSC deve intervir de forma diferenciada e eficaz, mobilizando competências avançadas de avaliação, monitorização, tomada de decisão e gestão do risco, garantindo cuidados seguros, fundamentados na evidência científica e centrados na pessoa.

Cuidar de uma pessoa em situação crítica implica a mobilização de competências avançadas de avaliação clínica e de decisão terapêutica. O EE deve ser capaz de interpretar alterações súbitas da condição de saúde, implementar intervenções imediatas, antecipar complicações e articular-se com a restante equipa multidisciplinar de forma eficaz e segura. A prática neste contexto exige um domínio aprofundado das tecnologias de suporte à vida, conhecimentos atualizados sobre as respostas

fisiológicas à instabilidade e capacidade de atuar em ambientes marcados pela imprevisibilidade e pressão. A tomada de decisão assume, assim, um carácter dinâmico e complexo, sustentado no raciocínio clínico, na experiência profissional e na melhor evidência disponível.

Para além da dimensão técnico-científica, o cuidado à PSC integra uma componente humana particularmente exigente. Frequentemente, estas pessoas encontram-se com capacidade de comunicação reduzida ou totalmente dependentes da equipa multidisciplinar, o que exige uma atenção especial à relação terapêutica, à promoção da dignidade, ao respeito pelos valores individuais e ao apoio à família. A humanização dos cuidados, defendida pela OE como eixo transversal ao exercício profissional, torna-se um elemento central na prática especializada, contribuindo para a prestação de cuidados integrados, éticos, seguros e verdadeiramente centrados na pessoa.

Deste modo, o cuidado especializado à pessoa em situação crítica traduz-se numa prática profissional altamente exigente, sustentada nas competências comuns e específicas do EE. Este enquadramento teórico-conceptual constitui a base para a análise crítico-reflexiva desenvolvida nos capítulos seguintes, onde serão articuladas as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio com as competências que orientam a atuação do EE.

2.1. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do EE constituem o alicerce transversal da prática especializada, independentemente da área clínica de atuação. De acordo com o Regulamento nº 140/2019, estas são "competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria"(OE, 2019, p.4745)

O Regulamento das Competências Comuns do EE identifica quatro grandes domínios estruturantes da prática profissional especializada: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios refletem não apenas a dimensão técnico-científica do cuidar, mas também a dimensão humana, ética, reflexiva e organizacional da intervenção do EE, sendo estes determinantes para a construção de uma prática clínica segura, competente e centrada na pessoa.

O desenvolvimento destas competências implica uma prática reflexiva e crítica, sustentada na articulação entre o saber teórico, a experiência clínica e a análise sistemática das intervenções realizadas. Neste processo, a experiência de cuidado é continuamente transformada em conhecimento profissional, ultrapassando a execução técnica e contribuindo para a construção do saber especializado. Paralelamente, a liderança emerge como uma dimensão transversal, expressa na capacidade de influenciar práticas seguras, apoiar a equipa multidisciplinar e participar na tomada da decisão, promovendo ambientes de cuidados centrados na pessoa e orientados para a qualidade de cuidados. Este enquadramento encontra-se alinhado com os princípios do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que enfatiza a capacidade dos profissionais e a cultura de segurança como pilares da qualidade em saúde (DGS, 2021).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio foi possível mobilizar e consolidar estas competências de forma progressiva, adaptando a intervenção às especificidades de cada contexto, à complexidade das situações clínicas e às necessidades dos doentes, respetivos familiares e equipas multidisciplinares.

Neste subcapítulo pretende-se, assim, analisar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, à luz das experiências vivenciadas nos três contextos de estágio, evidenciando de que forma estas contribuíram para a construção de uma prática profissional ética, segura, reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um dos pilares estruturantes e fundamentais da prática do EE, estando intrinsecamente relacionado com a prestação de cuidados. De acordo com a OE, este domínio implica que o EE atue de forma autónoma, responsável e eticamente sustentada, respeitando os princípios deontológicos da profissão, a legislação em vigor e os direitos da pessoa, promovendo a dignidade, a confidencialidade e a tomada de decisão informada (OE, 2019).

A prática profissional do EE é orientada por referenciais normativos e deontológicos que sustentam a dimensão ética e legal dos cuidados, nomeadamente o REPE e o Código Deontológico, enquanto instrumentos reguladores do exercício profissional em Portugal, vinculativos às instituições de saúde e orientadores da tomada de decisão do enfermeiro. Estes enquadram a autonomia das intervenções de enfermagem, a responsabilidade inerente à tomada de decisão e o dever de salvaguardar os direitos da pessoa, constituindo-se como referenciais orientadores da prática profissional. A sua utilização ao longo dos estágios permitiu fundamentar a tomada de decisão ética, particularmente em situações

relacionadas com a confidencialidade, consentimento informado e respeito pelas Diretivas Antecipadas de Vontade, reforçando a consciência do papel do EE enquanto defensor da dignidade, da autonomia e da autodeterminação da PSC.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, esta competência revelou-se transversal e estruturante, assumindo particularidades consoante a especificidade de cada contexto, sendo progressivamente desenvolvida através da vivência de situações clínicas, da reflexão crítica e da interação com as equipas multidisciplinares. Neste percurso, foi possível desenvolver a capacidade de tomada de decisão, evoluindo de uma prática inicialmente mais orientada pelo cumprimento normativo para uma sustentada numa reflexão crítica mais aprofundada e centrada na pessoa.

Na Clínica de Hemodiálise, apesar do ambiente ser tendencialmente controlado, surgiram desafios éticos relevantes, particularmente relacionados com a privacidade e dignidade da pessoa. Tratando-se de um espaço open-space, onde os doentes estão em proximidade, tornou-se essencial desenvolver estratégias que salvaguardassem a privacidade durante a prestação de cuidados. Neste contexto, desenvolvi uma maior consciência relativamente à importância da comunicação terapêutica, do respeito pela privacidade e dignidade, mesmo em ambientes estruturalmente limitadores. A responsabilidade profissional revelou-se central na promoção da autonomia da pessoa com DRC, através da valorização do consentimento informado e da capacitação contínua para a gestão do regime terapêutico e dos acessos vasculares. Neste sentido, a relação de proximidade estabelecida permitiu reconhecer a comunicação terapêutica como um instrumento vital na tomada de decisão partilhada, respeitando sempre os valores, crenças e preferências individuais. Adicionalmente, em situações críticas, como a ocorrência de uma PCR durante uma sessão de hemodiálise, tornou-se evidente a dificuldade em conciliar a necessidade de uma atuação rápida com a preservação da privacidade. Esta experiência permitiu refletir sobre os limites da prática clínica em contexto real e compreender a importância de garantir, sempre que possível, o respeito pela dignidade da pessoa.

No SU, esta competência assumiu uma particular relevância, atendendo à necessidade de tomada de decisão rápida em contextos de elevada pressão e imprevisibilidade. Desenvolvi a capacidade de mobilizar juízo ético e clínico na priorização dos cuidados, nomeadamente no contexto de triagem, garantindo a equidade no acesso aos cuidados e segurança dos doentes, mesmo em situação de informação limitada. Paralelamente, a vivência de uma situação de fim de vida constitui um momento particularmente marcante, evidenciando a complexidade da comunicação com a família em contexto de grande vulnerabilidade emocional. A incerteza quanto ao que comunicar, como comunicar e em que momento o fazer representou um desafio significativo, permitindo desenvolver progressivamente

competências na comunicação terapêutica, tornando-a mais clara, empática e ajustada às necessidades do doente/família. Estas experiências contribuíram para uma maior segurança na abordagem de situações sensíveis e para a consolidação de uma prática mais consciente. A articulação com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial para assegurar decisões partilhadas e intervenções adequadas, especialmente em situações de incapacidade temporária do doente para expressar a sua vontade.

No SMI, atendendo à vulnerabilidade extrema dos doentes internados, frequentemente sedados, entubados ou incapazes de comunicar, o desenvolvimento desta competência revelou-se particularmente significativo. Neste contexto, a responsabilidade profissional traduziu-se na defesa dos interesses do doente, na salvaguarda da sua dignidade e na mediação da relação com a família, particularmente em situações de fim de vida e de suspeita/diagnóstico de morte cerebral. Tive oportunidade de acompanhar uma situação de morte cerebral, na qual se evidenciou a importância do rigor na aplicação dos critérios clínicos e do cumprimento dos procedimentos legais, como forma de garantir a dignidade da pessoa e o respeito pelas suas vontades previamente expressas. A comunicação com a família foi privilegiada através do contato presencial, aproveitando o período de visitas como uma oportunidade para promover o acompanhamento e o apoio emocional dos familiares. A participação em processos de comunicação de más notícias, o acompanhamento das famílias e o respeito pelos princípios da beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia contribuíram para consolidar uma consciência ética mais aprofundada associada ao exercício profissional do EE.

Importa salientar que, sendo o SMI um contexto frequentemente organizado em modelo open-space, a salvaguarda da informação transmitida assume particular relevância. Por exemplo, a realização da visita médica acompanhada pelo enfermeiro responsável de turno é realizada à cabeceira do doente, exigindo assim um cuidado acrescido na gestão da informação partilhada, uma vez que, apesar da maioria dos doentes se encontrar sob sedoanalgesia, alguns permanecem acordados, implicando uma atenção redobrada para evitar situações de exposição indevida e assim garantir o respeito pela confidencialidade e dignidade da pessoa.

De forma global, a experiência nestes contextos permitiu compreender que a responsabilidade profissional, ética e legal ultrapassa o mero cumprimento normativo, traduzindo-se na incorporação progressiva de uma identidade profissional ética, crítica e responsável perante a complexidade da PSC, integrando uma postura crítica, reflexiva e humanizada perante a pessoa e a sua família. O diálogo contínuo com os orientadores de estágio, a partilha de experiências com a equipa multidisciplinar e a análise crítica da legislação e dos princípios deontológicos contribuíram para a consolidação de uma prática mais informada, sensível e eticamente sustentada, ajustada às exigências da profissão. O

desenvolvimento desta competência contribuiu para uma prática progressivamente mais consciente, segura e fundamentada, reforçando o papel do EE enquanto profissional responsável, defensor dos direitos dos doentes, mediador ético no seio da equipa multidisciplinar e promotor da qualidade e integridade dos cuidados de enfermagem.

2.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade constitui um domínio essencial da prática do EE, estando diretamente associada à promoção de cuidados seguros, eficazes e sustentados na melhor evidência científica disponível e em indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Segundo a OE, este domínio implica a capacidade de analisar criticamente a prática clínica, identificar oportunidades de melhoria, implementar estratégias corretivas e participar ativamente em processos de avaliação e monitorização da qualidade dos cuidados, contribuindo para a redução do risco e para o aumento da segurança da pessoa (OE, 2019). Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a melhoria da qualidade deve ser entendida como um processo contínuo e sistemático, centrado na pessoa, que visa reduzir danos evitáveis e fortalecer sistemas de saúde seguros, eficazes e resilientes (WHO, 2021). Também a literatura contemporânea salienta que a qualidade dos cuidados depende da integração entre práticas baseadas na evidência, monitorização de resultados e desenvolvimento de culturas organizacionais orientadas para a segurança e aprendizagem contínua (Braithwaite et al., 2022). Ao longo dos diferentes contextos de estágio, esta competência foi desenvolvida de forma progressiva e integrada, através da participação em dinâmicas de monitorização da qualidade e da reflexão sistemática sobre a prática. Na Clínica de Hemodiálise, a melhoria contínua da qualidade esteve fortemente associada à vigilância sistemática dos acessos vasculares e à monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos. Tive oportunidade de acompanhar a avaliação do Plano Individual Integrado, instrumento de monitorização periódica (trimestral) que integra a avaliação clínica, laboratorial e terapêutica da pessoa com DCR, incluindo parâmetros como a adesão ao regime terapêutico e o risco de complicações, nomeadamente risco de queda, o que permitiu refletir criticamente sobre a pertinência das intervenções implementadas e identificar oportunidades de melhoria.

No SU, a melhoria da qualidade revelou-se particularmente desafiante, atendendo à elevada rotatividade de doentes, à imprevisibilidade das situações clínicas e à pressão constante. Neste sentido, a participação indireta numa auditoria do PPCIRA, dirigida à avaliação da correta utilização das cortinas antimicrobianas e da sua pertinência neste contexto, contribui para a análise das práticas e identificação

de inconsistências na sua utilização pelos profissionais. A reflexão sobre os resultados permitiu reconhecer fragilidades associadas à falta de conhecimento sobre a sua finalidade e contributo na prevenção da transmissão cruzada de microrganismos, tendo participado em momentos informais de sensibilização e discussão com a equipa, reforçando a importância destas medidas na prevenção de transmissão cruzada de microrganismos. Paralelamente, o acompanhamento da monitorização da adesão à higiene das mãos, à utilização adequada de EPI e à aplicação de precauções básicas e específicas evidenciou a importância da vigilância contínua e da responsabilização individual e coletiva na promoção da segurança do doente.

Ainda neste contexto, identifiquei uma lacuna ao nível da existência de protocolos estruturados para a recolha e preservação de provas forenses, sendo que as orientações existentes se centravam essencialmente na correta colheita de sangue em situações de suspeita de consumo de álcool, não contemplando outros contextos de potencial relevância médico-legal. Esta situação foi alvo de reflexão crítica e discussão com o enfermeiro orientador, permitindo reconhecer a importância da existência de procedimentos claros e uniformizados que assegurem a correta preservação de vestígios e a cadeia de custódia. Apesar de não ter sido possível desenvolver um protocolo no período de estágio, esta análise constitui uma oportunidade de melhoria identificada, reforçando o papel do EE na promoção de práticas seguras, legalmente sustentadas.

Ainda existiu a oportunidade de contactar com o plano de emergência e catástrofe da instituição, através da sua análise e discussão, o que permitiu compreender a importância da existência de planos estruturados para a resposta a situações de exceção. A reflexão crítica possibilitou a identificação de aspetos passíveis de otimização, reforçando a importância da atualização contínua destes planos enquanto estratégia de gestão do risco e promoção da segurança dos cuidados.

No SMI, este domínio assumiu uma relevância ainda mais estruturante, pela necessidade de prevenir eventos adversos em doentes particularmente vulneráveis. Assim, tive oportunidade de participar, em colaboração com a enfermeira orientadora, em auditorias internas centradas na avaliação de práticas relacionadas com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados ao cateter venoso central, cateter urinário e higienização das mãos. Estas práticas encontram-se alinhadas com *bundles* de prevenção recomendados pela DGS, integrando intervenções baseadas na evidência que contribuem para a redução de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). A participação nestas auditorias permitiu compreender a importância da monitorização contínua destes indicadores, identificar não conformidades e refletir sobre a adesão às mesmas, reconhecendo o seu impacto na segurança do doente.

Numa fase final do estágio, a implementação de auditorias diárias mais detalhadas por parte da enfermeira gestora, direcionadas a cada doente, constituiu uma estratégia relevante para reforçar a conformidade com os procedimentos institucionais, nomeadamente na verificação da identificação correta do doente e na revisão dos sistemas de perfusão, incluindo os sistemas de soluções lipídicas. Esta medida contribuiu para a uniformização das práticas e reforçou a perceção da relevância do papel do EE na promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

De forma transversal aos três contextos, a melhoria contínua da qualidade revelou-se indissociável da formação contínua, da reflexão crítica e da partilha de conhecimento entre profissionais. A participação em ações formativas, reuniões de equipa e momentos de supervisão contribuiu para a atualização científica e para a construção de uma prática baseada na evidência. Tornou-se evidente que a qualidade dos cuidados não depende exclusivamente da competência técnica individual, mas da construção de uma cultura de segurança e de qualidade partilhada pelas equipas, sustentada na monitorização, na formação, na reflexão contínua e numa prática sustentada na evidência científica.

Assim, o desenvolvimento desta competência contribuiu para uma prática mais consciente, crítica e fundamentada, consolidando o papel do EE como agente ativo na promoção da qualidade, na gestão do risco e na implementação de estratégias de melhoria contínua nos diferentes contextos.

2.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

O domínio da gestão dos cuidados corresponde a uma das áreas centrais da prática do EE, implicando a capacidade de planear, organizar, priorizar, coordenar e avaliar os cuidados prestados à pessoa, assegurando a sua continuidade, segurança e qualidade. Conforme a (OE, 2019) este domínio pressupõe que o EE seja capaz de integrar informação clínica complexa, gerir recursos humanos e materiais de forma eficiente e articular a intervenção da equipa multidisciplinar, promovendo cuidados centrados na pessoa e adequados às suas necessidades. Neste âmbito, a literatura internacional reforça que a gestão clínica eficaz assenta na coordenação integrada de recursos, na comunicação interprofissional e na tomada de decisão informada, elementos essenciais para garantir cuidados seguros e centrados na pessoa (WHO, 2021).

Na Clínica de Hemodiálise, a gestão dos cuidados manifestou-se essencialmente através do planeamento individualizado das sessões de tratamento, da monitorização contínua dos parâmetros clínicos e da vigilância contínua dos acessos vasculares. Neste contexto, participei ativamente na organização dos cuidados ao longo do turno, o que implicou a definição de prioridades e gestão do tempo, garantindo a

realização segura de procedimentos técnicos e a identificação precoce de intercorrências intradialíticas. A organização do trabalho por turnos, com um rácio de um enfermeiro para cinco doentes, exigiu uma gestão eficaz dos recursos disponíveis e a capacidade de ajustar a intervenção às necessidades de cada doente. A articulação com a equipa multidisciplinar – médicos, nutricionista, assistente social e farmacêutica – favoreceu uma abordagem integrada, promovendo a continuidade dos cuidados e a adaptação do plano terapêutico às necessidades específicas de cada doente.

No SU, a utilização do STM constituiu uma ferramenta fundamental para a organização dos fluxos e para a tomada de decisão inicial, permitindo alocar recursos de forma proporcional à gravidade da situação clínica. A participação na gestão simultânea de múltiplos doentes, com diferentes níveis de prioridade, exigiu a definição contínua de prioridades, a reorganização das intervenções e a comunicação eficaz com a equipa, face à constante evolução clínica. Esta dinâmica reforçou a importância do raciocínio clínico e da tomada de decisão em tempo útil, bem como da capacidade de adaptação a contextos imprevisíveis e de elevada pressão, caraterísticas inerentes à prática do EE.

No SMI, a gestão dos cuidados implicou a integração sistemática de dados clínicos, articulando informação, recursos e intervenções em tempo útil, de forma a sustentar a tomada de decisão clínica e a estabilidade da PSC. Neste contexto, assumi progressivamente maior responsabilidade na organização dos cuidados atribuídos, participando de forma ativa e crítica na sua gestão. A participação nos momentos de passagem de turno, visitas médicas e definição de planos de cuidados permitiu desenvolver competências ao nível da continuidade dos cuidados, da transmissão segura de informação e da articulação com a equipa multidisciplinar em torno de objetivos terapêuticos comuns.

De forma transversal aos diferentes contextos de estágio, tive ainda oportunidade de acompanhar os enfermeiros gestores e responsáveis de turnos, o que me permitiu compreender a complexidade inerente à organização e coordenação dos cuidados. Durante estes momentos, foi possível observar e participar na definição de prioridades, na distribuição dos doentes pelos enfermeiros, tendo em conta a gravidade clínica, o nível de monitorização exigida e a complexidade das intervenções. Por exemplo, no SMI, a gestão da carga de trabalho era sustentada pela utilização da escala TISS-28, instrumento que permite quantificar a intensidade dos cuidados necessários a cada doente, contribuindo para uma distribuição mais ajustada e equitativa dos doentes pelos enfermeiros.

Paralelamente, adotei uma postura proativa na integração nas equipas, colaborando na organização dos cuidados, antecipando necessidades e disponibilizando apoio sempre que necessário, uma vez que reconheço a importância do trabalho em equipa na prestação de cuidados seguros e eficazes. A interação contínua com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar permitiu reforçar competências de

comunicação, articulação e cooperação essenciais para a coordenação dos cuidados em contextos de elevada complexidade.

Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de uma visão mais integrada da gestão dos cuidados, permitindo reconhecer a importância da tomada de decisão em tempo real e da adaptação contínua à evolução dos doentes. Desta forma, o desenvolvimento desta competência contribuiu para a consolidação de uma prática profissional mais autónoma, organizada e responsável, reforçando o papel do EE enquanto gestor clínico do cuidado, capaz de articular recursos, pessoas e saberes em benefício da PSC e da eficiência dos serviços de saúde.

2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um domínio essencial da prática do EE, refletindo o compromisso com a atualização contínua do conhecimento, a integração da evidência científica e a melhoria permanente da sua prática clínica. De acordo com a OE, este domínio implica a capacidade de aprender ao longo da vida, refletir criticamente sobre a experiência profissional, partilhar conhecimento com a equipa e contribuir ativamente para o desenvolvimento das competências individuais e coletivas (OE, 2019). Neste enquadramento, a Prática Baseada na Evidência assume-se como elemento estruturante do desenvolvimento profissional, ao integrar a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica e os valores da pessoa cuidada na tomada de decisão (Melnyk & Fineout-Overholt, 2022). A integração da evidência científica na prática foi também influenciada pelos referenciais teóricos abordados ao longo do mestrado, nomeadamente o modelo do *Joanna Briggs Institute* (JBI), que orienta a pesquisa possibilitando, deste modo, uma tomada de decisão consciente através da articulação entre produção, síntese e aplicação da evidência, promovendo cuidados contextualizados e sustentados no conhecimento científico.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, esta competência foi desenvolvida de forma progressiva e transversal à prática diária. Neste sentido, a aprendizagem em contexto clínico é reconhecida como um processo dinâmico e reflexivo, no qual a experiência, a supervisão e a mobilização do conhecimento científico se articulam para sustentar o desenvolvimento profissional contínuo (Benner, 2001) através da participação ativa em momentos formativos, supervisão clínica, estudo autónomo e reflexão sistemática sobre a prática.

Na Clínica de Hemodiálise, o desenvolvimento das aprendizagens esteve particularmente associado à aquisição de conhecimentos técnicos especializados, nomeadamente na área do tratamento da água,

vigilância de acessos vasculares, gestão de complicações intradialíticas e educação terapêutica ao doente/família. Também a interação contínua com EE e profissionais com competências acrescidas permitiu consolidar aprendizagens relevantes, sustentadas na observação, na prática supervisionada e na reflexão crítica sobre as intervenções realizadas.

No SU, este domínio foi reforçado pela participação em ações de formação em contexto real, destacando-se a realização de formação em Suporte Básico de Vida Pediátrico e Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (DAE), orientadas por um enfermeiro formador que simultaneamente desempenhava funções de orientador de estágio. Esta experiência revelou-se particularmente significativa, não apenas pela aquisição de competências técnicas essenciais à atuação em contexto de emergência, mas também pela oportunidade de integrar conhecimento teórico com treino prático, simulação de cenários reais e discussão crítica de intervenções. A proximidade entre a formação e a prática clínica contribuiu para aumentar a confiança, a segurança na tomada de decisão e a capacidade de resposta em situações de PCR

No SMI, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assumiu uma dimensão mais aprofundada, decorrente da elevada complexidade do contexto. O contacto com tecnologias avançadas de monitorização e a discussão de casos clínicos complexos e reflexão conjunta com outros profissionais de saúde permitiram consolidar aprendizagens significativas.

A prestação de cuidados à PSC, frequentemente entubada e sob sedoanalgesia, exigiu um processo progressivo de aquisição e consolidação de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências na vigilância rigorosa e contínua dos parâmetros hemodinâmicos, ventilatórios e neurológicos. Inicialmente, a interpretação destes dados revelou-se desafiante, contudo, ao longo do estágio, foi possível desenvolver maior segurança e capacidade de análise crítica, sustentada na evidência científica e na reflexão contínua sobre a prática.

Neste sentido, fui integrando de forma progressiva a utilização e interpretação de escalas e instrumentos de monitorização, fundamentais para a tomada de decisão e segurança dos cuidados. A avaliação do estado de consciência e da resposta neurológica através da Escala de Coma de Glasgow (ECG), associada à avaliação pupilar e ao recurso ao pupilómetro, permitiu uma monitorização mais objetiva e sistematizada.

A utilização da *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) e da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) possibilitou uma gestão mais adequada da dor e do nível de sedação, contribuindo para a individualização dos cuidados. Paralelamente, o contacto com tecnologias avançadas, como o *Near-Infrared Spectroscopy* (NIRS) e o *Bispectral Index* (BIS), bem como a monitorização do *Pressure Reactivity Index* (PRx), permitiu

aprofundar conhecimentos na área da monitorização neurológica, favorecendo a compreensão da autorregulação cerebral e a otimização da pressão de perfusão cerebral.

Numa perspetiva global, a partilha de experiências entre profissionais, o *debriefing* sobre situações clínicas reais vivenciadas, a consulta de literatura científica e a participação em momentos formativos formais contribuíram para uma aprendizagem significativa, sustentada e integrada, transformando a experiência em conhecimento profissional. Este processo permitiu desenvolver não apenas competências técnicas, mas também capacidades de autoavaliação, pensamento crítico e consciência profissional, essenciais à prática do EE.

Neste âmbito, destaca-se a participação como organizadora e oradora nas II Jornadas de Enfermagem da Neurocirurgia da ULS Braga, com a apresentação do tema "Evolução das práticas: acompanhar a mudança, garantir a alta segura", ANEXO 1 – Certificados, bem como a elaboração de um poster científico intitulado "A utilização correta das luvas pelos enfermeiros: uma medida simples que garante a segurança do doente", Apêndice I – Poster II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia. Estas experiências constituíram oportunidades relevantes de desenvolvimento de competências na área da investigação, comunicação e partilha de conhecimento, implicando a pesquisa e análise crítica de evidência científica, bem como a reflexão sobre a prática clínica, permitindo integrar conhecimento teórico e experiencial. A sua apresentação em contexto científico possibilitou a partilha de conhecimento com outros profissionais, promovendo a reflexão sobre as práticas e contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente ao nível da prevenção de IACS e da transição segura da PSC.

Paralelamente, tive oportunidade de assumir um papel ativo na facilitação da aprendizagem em contexto clínico, ao orientar uma estudante do 4º ano, ainda que sob supervisão do enfermeiro responsável, durante um turno no SU. Esta experiência implicou uma mudança de papéis, constituindo uma mais-valia, nomeadamente ao nível da transmissão de conhecimento, do acompanhamento na prestação de cuidados e da promoção do raciocínio clínico, contribuindo para o desenvolvimento de competências da estudante e reforçando simultaneamente a minha capacidade de comunicação, supervisão e reflexão sobre a prática.

A reflexão sobre a prática clínica e a partilha de experiências entre profissionais evidenciaram a relevância do *storytelling* enquanto estratégia de aprendizagem e desenvolvimento profissional, promovendo a transmissão de conhecimento e o pensamento crítico (Haigh & Hardy, 2011). Neste sentido, a partilha de experiências clínicas, aliada à realização de momentos de *debriefing*, assume-se como uma estratégia fundamental para a melhoria contínua dos cuidados, permitindo a análise das práticas, a identificação

de oportunidades de melhoria e a prevenção de erros (Dreifuerst, 2012). A integração sistemática destas práticas nos contextos clínicos poderá contribuir para o desenvolvimento das equipas mais reflexivas, seguras e orientadas para a aprendizagem contínua e para a excelência de cuidados.

2.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

As competências específicas do EEMCEPSC referem-se à capacidade de intervir de forma diferenciada em contextos de elevada complexidade e instabilidade clínica, mobilizando conhecimentos avançados, tecnologias especializadas e raciocínio clínico aprofundado. Estas competências traduzem-se numa atuação centrada na avaliação sistemática e contínua da PSC, na monitorização rigorosa dos sinais vitais, na tomada de decisão clínica fundamentada, na prevenção de complicações e na implementação de intervenções terapêuticas dirigidas a situações de instabilidade fisiológica, com vista à manutenção da vida, à redução do risco e à promoção da recuperação funcional da pessoa.

Em conformidade com o regulamento da OE, o EEMCEPSC deve ser capaz de prestar cuidados altamente especializados, integrar informação clínica complexa, utilizar tecnologias avançadas de suporte à vida e intervir de forma autónoma e colaborativa em equipas multidisciplinares, assegurando cuidados seguros, eficazes e baseados na melhor evidência científica (OE, 2019). A literatura reforça que os cuidados à PSC exigem capacidade de resposta rápida à instabilidade fisiológica, tomada de decisão clínica sustentada e monitorização contínua, frequentemente em ambientes tecnologicamente exigentes e marcados por elevada incerteza clínica (Marshall et al., 2016). Neste contexto, o EE assume um papel determinante na antecipação de complicações e na gestão da complexidade clínica, contribuindo diretamente para a segurança e qualidade das respostas em saúde.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio foi possível desenvolver estas competências de forma progressiva, desde a vigilância de doentes crónicos com risco de descompensação até à gestão de doentes críticos instáveis, sedados, ventilados e com necessidade de monitorização invasiva. Estes contextos permitiram consolidar uma prática especializada, orientada para a deteção precoce de complicações, a intervenção atempada e a articulação eficaz com a equipa multidisciplinar.

Neste subcapítulo pretende-se, assim, analisar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEMCEPSC, à luz das experiências clínicas vivenciadas, evidenciando o impacto destas na segurança, qualidade e humanização dos cuidados prestados à PSC e sua família.

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

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEMCEPSC, o domínio "Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica" refere-se à capacidade de prestar cuidados altamente especializados, integrando a avaliação clínica avançada, a monitorização contínua, a intervenção terapêutica e o apoio emocional, com vista à manutenção da estabilidade fisiológica, à prevenção de complicações e à promoção do bem-estar da pessoa e da sua rede de suporte (OE, 2019).

O cuidado à PSC exige uma abordagem especializada sustentada na vigilância sistemática, na antecipação de complicações e na resposta imediata à instabilidade hemodinâmica, sendo estas competências consideradas nucleares nos cuidados de enfermagem em contextos de cuidados intensivos. A evidência científica demonstra ainda que a identificação precoce de sinais de deterioração clínica constitui um elemento determinante para a segurança da pessoa, permitindo intervenções atempadas antes da instalação da falência multiorgânica (Massey et al., 2016).

Adicionalmente, o apoio à família/cuidador constitui um pilar fundamental desta competência. A vivência de uma situação de doença crítica compromete frequentemente o equilíbrio emocional, psicológico e social do núcleo familiar, podendo gerar muitas vezes ansiedade, incerteza e desorganização. Segundo (Davidson et al., 2017) a integração da família no processo de cuidados, através da comunicação empática, do apoio emocional e da partilha de informação, contribui para reduzir o impacto psicológico da situação e promover uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa-família.

A comunicação de más notícias constitui um dos momentos mais exigentes da prática clínica, requerendo uma abordagem estruturada, sensível e centrada nas necessidades emocionais da família. A aplicação de princípios orientadores, como os preconizados pelo protocolo SPIKES *(Setup; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy),* permitiu estruturar a comunicação, adequar a informação transmitida e responder de forma ajustada às emoções expressas, promovendo uma relação terapêutica humanizada, sendo reconhecida na literatura como uma estratégia eficaz na melhoria das competências comunicacionais e na qualidade da interação com a pessoa/família (Mahendiran et al., 2023).

Nos diferentes contextos de estágio, a experiência revelou-se particularmente significativa neste domínio. No SU, a vivência de uma situação de fim de vida evidenciou a necessidade de mobilizar, de forma integrada, competências técnicas, comunicacionais e relacionais. Tratando-se de um acontecimento inesperado para a família, o processo comunicacional constituiu um desafio acrescido, requerendo uma

abordagem gradual, sensível e ajustada às necessidades emocionais manifestadas. A intervenção desenvolvida centrou-se não apenas no conforto e dignidade da PSC, mas também no apoio à família, através da criação de um espaço de escuta ativa, esclarecimento de dúvidas e suporte emocional, promovendo um ambiente de cuidado humanizado.

No SMI, o envolvimento no processo de avaliação e realização de testes para a determinação da morte cerebral evidenciou a complexidade inerente à confirmação deste diagnóstico, baseada em critérios rigorosos e padronizados. A necessidade de assegurar a estabilidade hemodinâmica e o suporte fisiológico adequado à pessoa implicou uma atuação contínua e diferenciada, não numa perspetiva curativa, mas orientada para a preservação da viabilidade orgânica com vista à eventual doação de órgãos. Em Portugal, a doação de órgãos baseia-se no princípio do consentimento presumido, segundo o qual todos os cidadãos são considerados potenciais dadores após a morte, exceto se tiverem manifestado oposição em vida através do Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA), modelo que visa promover a solidariedade e aumentar a disponibilidade de órgãos para transplantação (Lei n.º 12/93, de 22 de Abril).

No âmbito da humanização dos cuidados no SMI, o serviço desenvolveu um projeto de humanização assente na realização de um diário do doente, normalmente destinado a pessoas com maior potencial de recuperação neurológica e cujas famílias demonstram disponibilidade para participar ativamente no processo. Neste diário são registados acontecimentos relevantes, mensagens e vivências durante o internamento, permitindo que, aquando da recuperação do estado de consciência, o doente possa reconstruir a sua história e atribuir significado à experiência vivida. Este instrumento revelou-se particularmente importante na reconstrução do percurso vivido durante o internamento, no reforço do envolvimento da família e na redução do impacto psicológico associado à amnésia do período de internamento, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa/família.

No contexto da Clínica de Hemodiálise, apesar de se tratar maioritariamente de um ambiente associado à gestão da doença crónica, a complexidade clínica e as comorbilidades das pessoas predispõem à ocorrência de situações agudas que exigem uma resposta imediata e diferenciada. A pessoa submetida à hemodiálise regular apresenta múltiplas comorbilidades e risco acrescido de complicações, podendo ocorrer descompensações súbitas durante o tratamento, o que exige vigilância contínua e capacidade de atuação rápida por parte do enfermeiro. A evidência científica demonstra que as pessoas com doença renal crónica em contexto de hemodiálise apresentam elevado risco cardiovascular e maior probabilidade de eventos agudos, incluindo instabilidade hemodinâmica e paragem cardiorrespiratória (PCR), decorrente da própria fisiopatologia da doença e das exigências do tratamento dialítico (Flythe et al.,

2011). Durante o período de estágio foi possível vivenciar uma situação de PCR ocorrida durante uma sessão de tratamento, que culminou, apesar das manobras de reanimação, no falecimento da pessoa. Esta vivência evidenciou a necessidade de uma atuação rápida, segura e tecnicamente fundamentada. Evidenciou ainda a importância de uma vigilância contínua e de mobilização de competências avançadas, essenciais para uma tomada de decisão rápida, segura e eficaz.

A monitorização contínua durante os tratamentos, a gestão de intercorrências frequentes como episódios de hipotensão, caibras, desequilíbrios hidroeletrolíticos ou dificuldades relacionadas com os acessos vasculares permitiram mobilizar conhecimentos e desenvolver um raciocínio orientado para a prevenção de complicações. Paralelamente, a natureza repetida e prolongada do tratamento favoreceu a construção de uma relação terapêutica de proximidade, permitindo compreender o impacto multidimensional da doença renal crónica na vida da pessoa e da sua família/cuidador.

A experiência adquirida nestes contextos de maior complexidade, nomeadamente no SU e no SMI, permitiu aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências específicas, particularmente na manipulação e monitorização de dispositivos invasivos, como o cateter venoso central, o cateter arterial e drenos, bem como na gestão do suporte ventilatório invasivo e não invasivo. A participação ativa nestes cuidados permitiu consolidar competências técnicas e desenvolver maior segurança na sua execução.

Para além disso, a diversidade de fármacos utilizados exigiu um aprofundamento do conhecimento relativo aos seus mecanismos de ação, indicações terapêuticas, potenciais efeitos adversos e interações medicamentosas. O estudo autónomo e o debate informal com os enfermeiros orientadores permitiram uma atuação segura e fundamentada na preparação e administração de medicação específica, baseada na evidência científica.

Globalmente, as experiências vivenciadas permitiram consolidar a capacidade de cuidar da PSC e da sua família e/ou cuidador, articulando o conhecimento científico com a vigilância clínica e com a componente relacional do cuidado. A prática desenvolvida evidenciou que o cuidado especializado não se restringe à execução de procedimentos complexos, mas implica uma abordagem holística, que considera a pessoa/família na sua globalidade e em todas as suas dimensões. Neste sentido, torna-se evidente a importância da articulação entre o conhecimento técnico-científico, a tomada de decisão e a dimensão relacional do cuidar, enquanto elementos fundamentais para a promoção da segurança, qualidade e humanização dos cuidados prestados.

2.2.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção até à ação

O Regulamento das Competências Específicas do EEMCEPSC, no domínio "Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação" traduz-a capacidade de antecipar, planear, organizar e intervir de forma eficaz perante situações de risco iminente, instabilidade clínica grave ou eventos com múltiplas vítimas, assegurando a coordenação da equipa, a priorização de cuidados e a gestão de recursos, com vista à maximização da segurança e da sobrevivência das pessoas envolvidas (OE, 2019).

Neste âmbito, o EE assume um papel determinante enquanto elemento dinamizador da resposta organizada a situações críticas, atuando não só na execução técnica, mas também na coordenação estratégica e articulação de cuidados em cenários de emergência, exceção e/ou catástrofe. A sua formação diferenciada permite integrar rapidamente a informação clínica, liderar equipas, gerir recursos disponíveis e adaptar estratégias de intervenção à evolução da situação, garantindo uma prática segura. O EE contribui ainda para a preparação institucional face a situações de exceção e catástrofe, através da sua participação na elaboração, implementação e treino de planos de contingência, promovendo uma cultura de segurança, prontidão e melhoria contínua da resposta, aspetos considerados essenciais para sistemas de saúde resilientes e capazes de responder eficazmente a eventos críticos (WHO, 2021).

No SU, este domínio foi particularmente evidente na participação ativa em situações de emergência médica, nomeadamente em PCR, politraumatizados, estados de choque e situações de compromisso respiratório agudo. A atuação nestes contextos implicou uma resposta rápida e organizada, sustentada na avaliação primária sistematizada (ABCDE), na ativação atempada das equipas de emergência, na preparação adequada de material e terapêutica e na execução de intervenções imediatas, tais como SBV e SAV, monitorização contínua e estabilização hemodinâmica.

A simulação clínica constitui uma estratégia pedagógica amplamente reconhecida para o desenvolvimento de competências técnicas, comportamentais e de trabalho em equipa, contribuindo para melhorar a segurança do doente e a eficácia da resposta em situações críticas (INACSL, 2021). No SU, a participação em treinos simulados de PCR, realizados de forma não programada em diferentes serviços, constituiu uma experiência particularmente relevante. Estas situações exigiram uma resposta imediata e organizada, mobilizando competências ao nível da atuação em SBV e SAV, da comunicação em equipa e da gestão do stress em contextos de elevada pressão. A vivência destes cenários permitiu identificar aspetos a melhorar na coordenação de tarefas e na priorização de intervenções, contribuindo

para o desenvolvimento de uma atuação mais estruturada e eficaz. Simultaneamente, reforçou a importância do trabalho em equipa e da comunicação clara, aumentando a confiança na resposta a situações reais de emergência.

No SMI, esta competência desenvolveu-se num ambiente tendencialmente mais controlado e monitorizado, onde, apesar de ocorrerem situações de emergência, estas são frequentemente precedidas por sinais de instabilidade hemodinâmica passíveis de antecipação. A vigilância contínua, suportada por monitorização maioritariamente invasiva, mas também não invasiva, possibilitou a deteção precoce de alterações clínicas (hemodinâmicas, respiratórias e/ou neurológicas), favorecendo intervenções atempadas. Não obstante esta realidade, durante o percurso no SMI foi possível vivenciar um episódio de PCR súbita que, apesar da atuação imediata dos enfermeiros e da implementação das manobras de SAV em articulação com a equipa médica de urgência, não foi reversível.

Esta situação evidenciou que mesmo em ambientes diferenciados, organizados e dotados de profissionais experientes, as situações de emergência podem ocorrer de forma inesperada, reforçando a importância da capacidade de resposta imediata, do trabalho em equipa e da capacidade de resposta estruturada. Esta experiência permitiu ainda reforçar a importância da monitorização avançada e da sua interpretação contínua, bem como da comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, facilitando a tomada de decisão rápida e fundamentada.

Para além da resposta direta em contexto clínico, este domínio incluiu também a aquisição de conhecimentos relativos aos diferentes níveis de planeamento em situações de catástrofe, nomeadamente o Plano Nacional de Emergência, os Planos Distritais e os Planos Municipais de Proteção Civil. A análise destes documentos permitiu compreender a articulação entre estas estruturas e perceber o enquadramento macro da resposta em saúde, bem como o papel das instituições hospitalares no sistema de proteção civil.

Importa ainda salientar que, em ambos os campos de estágio, existem planos institucionais de catástrofe devidamente estruturados, com definição de circuitos, zonas de triagem, áreas de expansão de capacidade, redistribuição de recursos humanos e materiais e canais de comunicação internos.

Neste sentido, e no âmbito da análise do plano de catástrofe da ULS onde decorreu o estágio em SU, documento orientador da resposta institucional em situações de emergência major ou afluxo massivo de vítimas, foi possível compreender a organização da resposta em contexto de catástrofe, evidenciando a existência de uma segunda zona vermelha, destinada ao acolhimento e tratamento de doentes emergentes, distinta e afastada da 1ª zona vermelha, correspondente às salas de emergência.

Apesar de reconhecer a lógica organizacional subjacente, nomeadamente o aumento da capacidade de resposta, identifiquei, em conjunto com o meu orientador e após reflexão crítica, como potencial limitação a sua localização física, por se encontrar afastada da zona principal. Numa situação real, esta distância poderá comprometer a vigilância contínua e a proximidade das equipas, aspetos cruciais em contextos de elevada complexidade. Adicionalmente, a menor visibilidade e monitorização desta área poderão aumentar o risco de atrasos na intervenção e de falhas de comunicação em situações emergentes.

No SU, tive a oportunidade de ver a organização do armário de catástrofe existente no serviço, cujo conteúdo se encontrava organizado de forma funcional e orientada para uma resposta rápida. A disposição dos materiais, incluindo EPI, material de triagem e kits de intervenção, bem como a existência de um manual com orientações claras sobre os procedimentos e funções dos diferentes intervenientes, evidenciou a importância de uma preparação previamente definida. Isto permitiu compreender que a distribuição de responsabilidades e a definição antecipada de funções contribuem para uma atuação coordenada, eficiente e segura aquando da ativação do plano de catástrofe.

Ainda relativamente a esta competência, destaca-se uma situação de exceção vivenciada durante o estágio na Clínica de Hemodiálise, relacionada com uma falha súbita no fornecimento de energia elétrica (apagão). Este evento representou um risco significativo para a segurança dos doentes em tratamento, uma vez que a hemodiálise depende integralmente de suporte tecnológico contínuo, não só para o funcionamento dos monitores, mas também para o sistema de tratamento da água, considerado o "cérebro" de todo o processo dialítico. A interrupção do fornecimento energético colocava, assim, em causa a qualidade da água utilizada e, consequentemente, a segurança clínica do tratamento. Perante esta situação, foi ativado o plano interno de contingência da clínica, com recurso imediato aos sistemas de energia de emergência, garantindo a continuidade dos tratamentos e a monitorização permanente dos doentes. A falha energética teve impacto direto na disponibilidade de recursos humanos, uma vez que alguns profissionais não conseguiram deslocar-se para o local de trabalho, obrigando a equipa presente a reorganizar-se e a assumir funções acrescidas. Paralelamente, foi necessária uma articulação rápida para garantir o fornecimento contínuo de combustível ao gerador, tendo os próprios profissionais participado ativamente na sua obtenção, de modo a assegurar o funcionamento ininterrupto dos equipamentos e prevenir a interrupção dos tratamentos. Em simultâneo, tornou-se essencial prestar suporte emocional aos doentes, que se encontravam visivelmente apreensivos e inseguros quanto à continuidade dos cuidados e às consequências da situação. Importa ainda referir que, perante a incerteza quanto à reposição da energia e à disponibilidade de combustível, foi equacionada a hipótese real de encaminhamento dos doentes para o hospital da sua área de residência. No entanto, esta alternativa

podia representar um risco acrescido, na medida em que a concentração de doentes provenientes de várias clínicas poderia comprometer a capacidade de resposta dos serviços hospitalares e, consequentemente, a prestação de cuidados com os níveis de qualidade e segurança desejáveis. Esta experiência permitiu compreender, de forma concreta, a importância do planeamento, da gestão de recursos e da liderança em situações de exceção, reforçando o papel do EE na coordenação da resposta, na manutenção da segurança dos cuidados e no apoio emocional às pessoas em situação de particular vulnerabilidade.

Para além disso, estas experiências evidenciaram que, apesar de ser importante, a existência de planos estruturados e de recursos materiais adequados não garante, por si só, uma resposta eficaz. A capacidade de atuação depende, em grande medida, do nível de preparação dos profissionais, sendo determinantes a experiência prévia e a familiaridade com os procedimentos.

Assim, tornou-se claro que a resposta a situações de exceção e/ou catástrofe exige não apenas organização institucional, mas também investimento contínuo na capacitação dos profissionais. Neste sentido, destaca-se o papel do EE na promoção de momentos formativos, treino prático e simulações, contribuindo para o desenvolvimento de equipas mais preparadas, seguras e capazes de responder de forma eficaz a situações críticas.

Por fim, importa reconhecer que o desenvolvimento desta competência apresentou desafios, uma vez que as situações reais de exceção e catástrofe são, felizmente, pouco frequentes, o que limita a possibilidade de vivência direta destes cenários. No entanto, a participação em situações de emergência, em práticas simuladas e na análise e reflexão sobre os planos de catástrofe institucionais permitiu consolidar conhecimentos e desenvolver competências neste domínio. Neste sentido, torna-se evidente que a capacidade de resposta a situações de elevada complexidade e incerteza não exige apenas conhecimentos técnicos e científicos, mas também competências ao nível da adaptação, da tomada de decisão e da articulação eficaz entre os diversos profissionais, reforçando o papel do EE na dinamização de respostas seguras e coordenadas.

2.2.3. Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) constituem problemas interrelacionados e de elevada importância à escala mundial. Estas contribuem para o aumento da morbilidade e da mortalidade, prolongam o tempo de internamento e acarretam custos

acrescidos para os sistemas de saúde. A utilização frequente e, por vezes, inadequada de antibióticos exerce uma pressão seletiva sobre os microrganismos, favorecendo o desenvolvimento de bactérias multirresistentes e dificultando, desta forma, o tratamento de determinadas infeções.

A OMS reconhece a resistência aos antimicrobianos como uma das principais ameaças globais à saúde pública, salientando a necessidade de estratégias de prevenção e controlo de infeção, bem como de uma utilização prudente e racional dos antimicrobianos (WHO, 2023). Paralelamente, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças reforça que as IACS e a RAM representam um desafio crítico para os sistemas de saúde europeus, exigindo a implementação consistente de programas de vigilância, prevenção, controlo e formação dos profissionais de saúde (ECDC, 2022).

Neste enquadramento, o Regulamento das Competências Específicas do EEMCEPSC, no domínio "Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos" pressupõe a capacidade do EE implementar, monitorizar e avaliar estratégias de prevenção e controlo da infeção, assegurando a aplicação rigorosa de medidas baseadas na evidência científica, com vista à redução da incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde e à contenção da resistência aos antimicrobianos (OE, 2019). Sendo este um problema de dimensão global, a prevenção e o controlo de infeção assumem-se como componentes inerentes à prestação de cuidados de saúde, constituindo um pilar fundamental da segurança da pessoa, particularmente em contextos de elevada complexidade, onde a utilização de dispositivos invasivos e a administração prolongada de terapêutica antimicrobiana são frequentes. Neste sentido, o papel do EE ultrapassa a dimensão técnica, assumindo também uma vertente de liderança, supervisão das práticas e promoção de uma cultura de segurança e qualidade dos cuidados.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, esta competência assumiu particular relevância, uma vez que todos os ambientes de prática clínica envolveram pessoas mais vulneráveis a infeções.

Na Clínica de Hemodiálise, o controlo de infeção constituiu um eixo central da prática, nomeadamente através da triagem rigorosa de serologias, da utilização de técnicas assépticas na manipulação dos acessos vasculares e/ou dos CVC e da desinfeção adequada dos equipamentos.

No que diz respeito aos AV, assumi um papel ativo na vigilância quer das FAV, quer dos CVC, não apenas através da identificação precoce de sinais inflamatórios, mas também garantindo a utilização rigorosa da técnica assética na sua manipulação, reconhecendo a sua associação ao risco de infeção da corrente sanguínea. Perante suspeita de infeção, articulei com a enfermeira orientadora e com a equipa médica, sendo frequentemente solicitada a colheita de hemoculturas, com vista à identificação de possíveis microrganismos e, assim, à instituição atempada de terapêutica dirigida.

Neste sentido, no que reporta à educação para a saúde fiz ensinos junto das pessoas em tratamento, reforçando a importância dos cuidados com o AV e da higiene pessoal, reconhecendo que a prevenção da infeção se estende para além do contexto institucional. Abordei aspetos como a higienização adequada do membro com FAV antes das sessões de tratamento, evitar exercer pressão sobre o acesso (nomeadamente evitar dormir sobre o membro ou utilizar roupas apertadas), bem como a identificação precoce de sinais de alerta, como dor, rubor, calor ou edema. No caso dos CVC, reforcei a importância de manter os pensos limpos, secos e íntegros, de forma a prevenir complicações. Estas intervenções permitiram promover a autonomia da pessoa e a sua participação ativa na prevenção e controlo de infeção, contribuindo para a melhoria de segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Importa salientar que, neste domínio, a prevenção e o controlo de infeção constituem uma resposta partilhada por toda a equipa multidisciplinar, não se restringindo exclusivamente aos enfermeiros ou ao EE. A eficácia das medidas implementadas depende da articulação entre todos os profissionais envolvidos no processo de cuidados. As assistentes operacionais desempenham um papel determinante, nomeadamente na higienização e desinfeção adequada dos equipamentos e superfícies entre os tratamentos, assegurando ambientes clínicos seguros. Paralelamente, os restantes profissionais de saúde, ao estabelecerem contacto direto com as pessoas, devem cumprir rigorosamente as precauções padrão, designadamente a higienização das mãos e a utilização apropriada de EPI, de forma a prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.

No SU, a elevada rotatividade de pessoas, a imprevisibilidade das situações e a pressão constante constituíram desafios significativos à implementação sistemática das medidas de prevenção e controlo de infeção. Trata-se de um contexto particularmente dinâmico, onde a necessidade de intervenção imediata pode dificultar, em determinados momentos, o cumprimento integral de todas as recomendações, exigindo do enfermeiro a capacidade de estabelecer prioridades sem descurar a segurança.

Neste contexto, particularmente na sala de emergência, inicialmente tinha a perceção de que, devido ao ritmo e à natureza emergente das intervenções, os cuidados relacionados com o controlo de infeção poderiam ser frequentemente desvalorizados. Contudo, a vivência prática durante o estágio permitiu desconstruir esta ideia pré-concebida, verificando-se que, apesar da complexidade e exigência das situações, existia uma preocupação constante por parte da equipa em cumprir, na maioria das vezes, as recomendações e protocolos estabelecidos.

Importa ainda destacar que a prevenção e controlo de infeção assumem uma natureza multidisciplinar, envolvendo todos os profissionais de saúde. Os TAS desempenham um papel fundamental, constituindo

um dos pilares da manutenção de ambientes seguros, uma vez que são responsáveis pela higienização e desinfeção de superfícies, equipamentos e espaços de utilização comum, como macas, cadeiras e áreas de espera. A articulação entre enfermeiros e estes profissionais revelou-se essencial para garantir a correta aplicação dos procedimentos, promovendo uma cultura de segurança partilhada e uma abordagem integrada ao controlo de infeção. Neste sentido, em momentos informais, promovi a sensibilização para práticas seguras, relacionadas com procedimentos de limpeza, a utilização adequada de produtos de desinfeção e EPI, reforçando a responsabilidade partilhada na prevenção de infeção.

No SMI, considerando a complexidade clínica da PSC e a sua maior vulnerabilidade, tornou-se evidente a necessidade de uma atuação rigorosa e antecipatória na prevenção da infeção, centrada na redução do risco de transmissão de microrganismos. Neste sentido, as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), como recomendado pela DGS, assumem-se como fundamentais, incluindo medidas como a correta colocação de doentes, a higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de correta de EPI, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambientar, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Assim, a realização sistemática de rastreios microbiológicos à admissão e ao longo do internamento, dirigidos à identificação de microrganismos como *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e Enterobactérias resistentes aos carbapenemos (CRE), bem como a implementação de medidas de isolamento consoante os resultados assumem-se como estratégias fundamentais para minimizar o risco de transmissão cruzada.

Para complementar o meu desenvolvimento profissional, tive oportunidade de integrar a aplicação dos principais feixes de intervenção (*bundles*) de prevenção de infeções, nomeadamente e associados à prevenção de pneumonia associada à intubação (PAI), prevenção de infeção relacionada com CVC, prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical (IACV), prevenção de infeção do local cirúrgico (ILC), conforme preconizado pela DGS enquanto estratégias eficazes na redução das IACS (DGS, 2022). Ao longo do meu percurso, a integração dos feixes de intervenção na prestação de cuidados tornou-se progressivamente parte integrante da minha prática. No que diz respeito à PAI, esta "surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas" (DGS, 2022, p. 6). Neste sentido, durante a minha prática clínica procurei assegurar a manutenção da cabeceira elevada, pelo menos a 30°, a realização da higiene oral pelo menos 1 vez por turno, a vigilância da pressão do cuff e a aspiração de secreções sempre que necessário, nomeadamente antes de posicionar o doente.

No que concerne à prevenção da IACV, tive presente o cuidado de realizar a higienização diária do meato urinário, manter sempre o sistema de drenagem fechado e manter o saco coletor abaixo do nível da bexiga, tendo o cuidado de verificar se o saco foi esvaziado sempre que atingiu 2/3 da sua capacidade. Neste sentido, em momentos informais, reforcei junto dos TAS a importância do esvaziamento adequado do saco, bem como da sua utilização.

Relativamente à prevenção da ILC, tive sempre presente a necessidade de vigiar a ferida cirúrgica, nomeadamente a existência de sinais inflamatórios ou de exsudado. No SMI, sendo um serviço que recebia maioritariamente doentes submetidos a cirurgia, realizei com frequência tratamentos de feridas cirúrgicas, tendo por base a utilização da técnica assética. Contudo, importa realçar que, apesar da implementação de cuidados adequados, a ocorrência de infeções nem sempre é evitável. Durante o meu percurso, observei situações de infeção do local cirúrgico, o que reforçou a importância da manutenção destes cuidados e de reforçar a vigilância contínua de forma a identificar precocemente sinais de infeção. Importa realçar que deve ser avaliada diariamente a necessidade de dispositivos invasivos nos doentes.

Paralelamente, participei na realização de auditorias internas centradas nos feixes de intervenção e higienização das mãos, permitindo monitorizar práticas, identificar oportunidades de melhoria e reforçar a adesão às normas institucionais, evidenciando o papel do EE na promoção ativa da segurança e da qualidade dos cuidados.

De modo geral, a intervenção do EE neste domínio ultrapassa claramente a dimensão meramente técnica, assumindo igualmente um carácter formativo, preventivo e articulador. A sustentação das intervenções na melhor evidência científica disponível, aliada à vigilância e auditoria contínua, revelou-se determinante para redução do risco de infeção, para a mitigação da resistência aos antimicrobianos e para a garantia de cuidados mais seguros, qualificados e centrados na PSC.

Como já defendia Florence Nightingale (1863), "The very first requirement in a hospital is that it should do the sick no harm" (p. 9), princípio que permanece atual e orientador da prática do enfermeiro especialista, reforçando a responsabilidade de garantir ambientes seguros, práticas rigorosas e cuidados de qualidade centrados na pessoa.

PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA

Storytelling: uma estratégia de partilha e aprendizagem para a prática clínica dos enfermeiros: uma *scopping review*

RESUMO

Introdução: O *storytelling* tem vindo a emergir como uma estratégia potencialmente relevante na partilha de conhecimento e, consequentemente, na aprendizagem em enfermagem, permitindo valorizar a experiência vivida e promover a integração entre a teoria e a prática. A evidência científica disponível, particularmente em contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, permanece ainda limitada.

Objetivos: Este estudo teve como principal objetivo mapear a evidência científica disponível sobre a utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros em contexto hospitalar.

Metodologia: Foi realizada uma *scoping review* de acordo com o protocolo PRISMA e as recomendações do *Joanna Briggs Institute (JBI).* A pesquisa foi efetuada nas bases de dados PubMed, CINAHL, MEDLINE e SciELO. Foram incluídos estudos publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol. A seleção, análise e síntese dos dados seguiram critérios rigorosos de inclusão e exclusão, com recurso ao software *Rayyan.* Foram identificados 617 estudos que, após a remoção de duplicados e a triagem inicial por título e resumo, seguida de leitura integral dos artigos, resultaram em 4 estudos que respondiam aos objetivos do estudo.

Resultados: A análise dos resultados sugere que o *storytelling* é uma estratégia que potencia a aprendizagem em enfermagem, contribuindo para uma prática reflexiva, para o desenvolvimento de competências de comunicação com o utente e partilha de conhecimento através de experiências. Contudo, a sua implementação é condicionada por barreiras organizacionais e falta de conhecimento acerca da elaboração de narrativas.

Conclusão: O *storytelling* constitui uma estratégia de partilha de conhecimento e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros. A formação em competências narrativas é fundamental ao enfermeiro, pois a sua utilização promove a reflexão sobre a prática, permitindo aos enfermeiros reinterpretar as suas experiências e construir significado a partir das mesmas reforçando a relação enfermeiro-doente, promovendo desta forma cuidados mais humanizados.

Palavras-chave: Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; *Scoping Review*; *Storytelling*.

Storytelling: A sharing and learning strategy in the clinical practice of nurses: a scoping review

ABSTRACT

Introduction: Storytelling has been emerging as a potentially relevant strategy in knowledge and, consequently, in nursing learning, allowing to value lived experience and promote the integration between theory and practice. The available scientific evidence, particularly in contexts of care for critically ill person, remains limited.

Objective: This study aimed primarily to map the available scientific evidence on the use of storytelling as a strategy for sharing and learning in the clinical practice of nurses in a hospital context.

Methodology: A scoping review was conducted according to the PRISMA protocol and the recommendations of the Joanna Briggs Institute (JBI). The search was performed in the detabases PubMed, CINAHL, MEDLINE, and SciELO. Studies published in the last 10 years were included, in Portuguese, English, and Spanish. The selection, analysis, and synthesis of data followed rigorous inclusion and exclusion criteria, using the Rayyan software. A total of 617 records were identified which, after removing duplicates and initial screening by title and abstract, followed by full reading of the articles, resulted in 4 studies that met the study objectives.

Results: An analysis of the results suggests that storytelling is a strategy that enhances learning in nursing, contributing to reflective practice, the development of communication skills with patients, and the sharing of knowledge through experiences. However, its implementation is hindered by organizational barriers and a lack of knowledge about narrative development.

Conclusion: Storytelling is a strategy for sharing knowledge and learning in nurses' clinical practice. Training in narrative skills is essential for nurses, as the use of these skills promotes reflection on practice, allowing nurses to reinterpret their experiences and construct meaning from them, thereby strengthening the nurse-patient relationship and promoting more humanized care.

Keywords: Critical ill person; Nursing; Scoping Review; Storytelling.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os enfermeiros, no exercício da sua profissão, desenvolvem duas vertentes distintas: uma objetiva, centrada no desenvolvimento e aplicabilidade de técnicas e conhecimentos específicos, e outra subjetiva, que abrange a sensibilidade, a criatividade e a intuição no modo de cuidar do outro (Gonçalves, 2021). Esta dualidade evidencia que a prática profissional transcende a dimensão técnica, integrando competências relacionais, éticas e reflexivas fundamentais para a segurança e qualidade do cuidado à pessoa numa situação de vulnerabilidade.

As narrativas dos enfermeiros, alicerçadas no contexto da prática, reconstroem a essência da experiência vivida e constituem veículos privilegiados para a aprendizagem em enfermagem (Geanellos, 1996). Através destas histórias, a experiência clínica deixa de ser meramente vivenciada para ser reinterpretada, partilhada e transformada em conhecimento profissional.

Historicamente, a partilha das histórias tem sido uma forma natural e eficaz de transmitir saber e experiência clínica. Esta troca, que ocorria predominantemente de forma oral e informal entre colegas, criava oportunidades valiosas de aprendizagem no quotidiano dos serviços. Estas dinâmicas permitiam que os enfermeiros menos experientes aprendessem a partir de experiências concretas, podendo facilitar a memorização, promovendo a reflexão crítica e contribuindo para o desenvolvimento de competências humanas fundamentais, como a empatia, o respeito e a escuta ativa (Bailey & Tilley, 2002). Neste sentido, os indivíduos atribuem significado às suas experiências através da construção e partilha de histórias, sendo estas fundamentais para a compreensão das vivências em contexto de enfermagem.

Este processo é impulsionado pela articulação entre narrativa e reflexão. A reflexão representa uma abordagem ativa, intencional e deliberativa, através da qual os profissionais atribuem significado à experiência vivida. Contar a história de uma situação vivenciada permite não só a partilha da experiência, mas também que os enfermeiros aprendam uns com os outros e construam conhecimento em equipa. Esta simbiose entre contar histórias reais e refletir permite estabelecer vínculos entre o conhecimento disponível e as aprendizagens passadas ou futuras. Enquanto técnica pedagógica, a narrativa envolve os aprendizes, organiza a informação e permite a exploração de experiências partilhadas sem as exigências ou consequências imediatas da prática real. Além disso, promove a aprendizagem significativa, facilita a compreensão e favorece a ligação entre teoria e prática (Araújo et al., 2021).

McCance et al., (2001) reforçam esta perspetiva ao afirmar que “the use of narratives in the exploration of caring confirmed the benefits of using this method when considering the more contextual elements of

nursing practice" (p.356), evidenciando a relevância das narrativas na compreensão dos elementos contextuais do cuidar em enfermagem.

Face ao avanço tecnológico e à crescente valorização de práticas clínicas baseadas na evidência científica, os cuidados de enfermagem parecem ter-se tornado progressivamente mais centrados em procedimentos e dados objetivos. Neste panorama, marcado pela tecnologia e pela recolha de dados impessoais, os profissionais de saúde podem evidenciar distanciamento nas relações interpessoais, quer entre si, quer na relação com as pessoas de quem cuidam.

Neste contexto, o *storytelling* surge como uma ferramenta promissora para o desenvolvimento profissional, com potencial para enriquecer a aprendizagem em diferentes fases da carreira. Desde as etapas iniciais do percurso formativo, a partilha de experiências pode constituir uma forma natural de aprendizagem, permitindo a estudantes e profissionais atribuir significado às suas experiências e, desta forma, integrar o conhecimento teórico na prática (Fitzpatrick & Kim, 2024)(Schoenhofer & Boykin, 2022). O recurso a narrativas para partilhar vivências clínicas poderá contribuir para a criação de ambientes de aprendizagem mais envolventes, favorecendo a reflexão e a construção de conhecimento significativo para o exercício da profissão. Esta estratégia pode ainda estar associada a práticas mais humanizadas e centradas na pessoa, especialmente em contextos onde o rigor dos protocolos pode, por vezes, distanciar o profissional da pessoa cuidada.

Para além do seu valor pedagógico, o *storytelling* tem vindo a ser apontado na literatura como uma estratégia relevante na preservação da identidade profissional e na promoção da humanização de cuidados. Através da narrativa, os enfermeiros podem encontrar oportunidade de se envolverem e aprenderem mutuamente, promovendo a partilha de experiências e a construção de significado, bem como o desenvolvimento de relações profissionais baseadas na compreensão e na ação reflexiva (Mccance & Mccormack, 2025).

A utilização de narrativas na prática clínica encontra-se associada ao conceito de *narrative medicine*, introduzido por (Charon, 2001), que enfatiza a importância da capacidade dos profissionais de saúde de reconhecer, interpretar e agir com base nas histórias dos doentes. Esta abordagem promove a empatia, a reflexão e a qualidade da prática, sendo considerada um modelo para cuidados mais humanizados e centrados na pessoa. Embora este conceito tenha origem no contexto médico, a sua aplicação tem sido progressivamente alargada à enfermagem, com estudos recentes a evidenciar que o *storytelling* constitui uma estratégia relevante na integração entre teoria e prática, no desenvolvimento profissional e na promoção do bem-estar (Palla et al., 2024).

No âmbito da literatura científica, o *storytelling* não constitui uma abordagem homogénea, assumindo diferentes formas de aplicação consoante o contexto, os objetivos e os intervenientes envolvidos. O estudo de (Attenborough & Abbott, 2020) refere que o storytelling é aplicado de diferentes formas dependendo do contexto educativo, dos objetivos e dos participantes envolvidos. Assim, no contexto da presente *scoping review*, optou-se por organizar o storytelling em três tipologias: *storytelling* narrativo, reflexivo e digital. O *storytelling* narrativo centra-se na partilha de histórias e experiências vividas por enfermeiros, doentes ou famílias, constituindo um meio de construção e transmissão de conhecimento baseado nas experiências, promovendo a empatia e a compreensão do cuidado centrado na pessoa (Charon, 2001). Já o *storytelling* reflexivo assenta na análise crítica das experiências vividas, permitindo ao enfermeiro atribuir significado às suas práticas e desenvolver o pensamento crítico, contribuindo para a melhoria contínua da prática (Araújo et al., 2021). Por último, o *storytelling* digital recorre a recursos multimédia, como vídeo, áudio e imagem, possibilitando novas formas de comunicação e aprendizagem, sendo utilizado sobretudo em contextos formativos e de desenvolvimento profissional (Urstad et al., 2018).

As narrativas desempenham também um papel crucial na socialização profissional, facilitando a compreensão dos desafios e responsabilidades inerentes a cada função e contribuindo para uma adaptação mais fluida à prática. Quando aplicadas em contextos de elevada complexidade, como o cuidar da PSC, as narrativas assumem uma relevância acrescida. Estes ambientes caracterizam-se pela instabilidade hemodinâmica, pela necessidade de vigilância contínua e por uma tomada de decisão rápida e fundamentada, exigindo dos enfermeiros não apenas domínio técnico, mas também julgamento clínico, capacidade reflexiva, integração de saberes e, muitas vezes, inteligência emocional.

Nestes contextos, onde a imprevisibilidade é constante e a complexidade das situações vivenciadas é real, a gestão emocional adquire um papel relevante na medida em que as decisões tomadas têm impacto imediato na vida da pessoa. O *storytelling,* através do *debriefing* emocional após casos difíceis, estimula a inteligência emocional permitindo o reconhecimento de emoções e, consequentemente, o desenvolvimento de competências não só cognitivas, mas também relacionais e emocionais onde o conhecimento é construído a partir da experiência, revelando-se esta uma estratégia particularmente valiosa. Na perspetiva de Sophia Williams (2025), "Healthcare professionals who use storytelling methods reduce information gaps between emotions and cognition because this approach protects humanistic and individualised care delivery" (p.33). Assim, a partilha de experiências favorece uma prática mais reflexiva, colaborativa e eficaz, contribuindo para a construção de conhecimento direcionado à realidade.

A partilha de conhecimento entre enfermeiros em contexto à PSC enfrenta múltiplas barreiras organizacionais, tais como a sobrecarga do trabalho, a fragmentação da comunicação, a rotatividade das equipas e a inexistência de espaços formais destinados à reflexão sobre a prática.

Acresce ainda, por vezes, a dificuldade na forma como o feedback, a orientação e a correção construtiva são transmitidos e recebidos pelos profissionais. Aquilo que deveria constituir uma oportunidade de aprendizagem e de melhoria contínua pode ser frequentemente percecionado como crítica pessoal, comprometendo os processos de ensino, a supervisão clínica e a partilha de conhecimento.

Apesar dos avanços na implementação de protocolos e na consolidação da prática baseada na evidência, persistem desafios na integração entre o conhecimento teórico e a realidade prática. Neste cenário, o *storytelling* tem vindo a ser reconhecido como um meio facilitador da aprendizagem, uma estratégia capaz de promover uma aprendizagem significativa, estimular a reflexão crítica e favorecer a construção partilhada do conhecimento. Ao articular experiências reais com conteúdos teóricos, esta metodologia permite analisar decisões complexas, dilemas éticos e experiências emocionais indissociáveis do cuidado à PSC.

Compreender de que forma o *storytelling* potencia a aprendizagem e a otimização dos cuidados é fundamental, dado que o desenvolvimento contínuo dos profissionais impacta diretamente a qualidade dos cuidados prestados.

Apesar do interesse crescente nesta estratégia, a sua aplicação no contexto específico do cuidado à PSC carece de sistematização na literatura científica. Perante a complexidade destes contextos de cuidados e a necessidade de métodos que favoreçam a reflexão sobre a prática, torna-se imperativo compreender de que forma o *storytelling* tem vindo a ser utilizado na prática de enfermagem e quais são os seus contributos para a partilha de conhecimento, desenvolvimento profissional e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, a realização desta s*coping review*, tem como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre a utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros.

2. Tipo de Estudo

De forma a dar resposta à problemática identificada e alcançar os objetivos propostos, o presente estudo adota a metodologia de *scoping review*, de natureza exploratório-descritiva. Este tipo de estudo é particularmente adequado quando o fenómeno em análise ainda não se encontra suficientemente compreendido, existindo lacunas no conhecimento ou na dispersão da evidência científica numa

determinada área. Neste sentido, a *scoping review* permite mapear de forma sistemática e específica a evidência disponível, contribuindo para colmatar lacunas identificadas na literatura e orientar futuras investigações (Apóstolo, 2017).

A presente *scoping review* é realizada de acordo com as diretrizes propostas pelo JBI, amplamente reconhecidas na área das ciências da saúde. O processo metodológico estrutura-se em etapas rigorosas: definição da questão de revisão, identificação e seleção dos estudos, extração e organização dos dados e, por fim, a síntese dos resultados.

Esta abordagem metodológica revela-se a mais adequada para mapear a evidência científica disponível sobre a utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros no cuidado à PSC.

2.1. Objetivo e Finalidade do Estudo

O presente estudo tem como objetivo principal mapear a evidência científica disponível sobre a utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros em contexto hospitalar. Tendo por base este objetivo, pretendemos realçar a importância da utilização desta ferramenta – storytelling no desenvolvimento de competências dos enfermeiros e, deste modo, contribuir para a segurança e melhoria dos cuidados prestados à PSC.

A partir do objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a evidência científica disponível sobre os contributos da utilização do *storytelling* na formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros;
- Descrever os benefícios e limitações associados à aplicação do *storytelling* no desenvolvimento como estratégia de partilha e aprendizagem no desenvolvimento de conhecimento profissional dos enfermeiros;
- Identificar como a utilização do *storytelling* pode contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados à PSC.

2.2. Questão de Revisão

Segundo as diretrizes do *JBI*, o título de uma *scoping review* deve ser claro e informativo, refletindo com clareza o tópico da revisão. Para garantir a sua identificação com este tipo de estudo, deve conter a expressão "...: uma *scoping review*". Além disso, recomenda-se que o título siga a estrutura PCC

(População, Conceito e Contexto), permitindo uma formulação clara e significativa, alinhada aos objetivos da pesquisa (Peters et al., 2024).

Neste sentido, o título proposto para o presente estudo é: "*Storytelling*, uma estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros em contexto hospitalar: uma *scoping review*.". A formulação da questão de revisão assenta no modelo PCC, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1
PCC

PCC	Descrição
População	Enfermeiros
Conceito	*Storytelling* uma estratégia de partilha e aprendizagem
Contexto	Contexto hospitalar

Com base nesta estrutura, definiu-se a seguinte questão de revisão: Qual a evidência científica disponível sobre a utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros em contexto hospitalar

A definição clara da questão de revisão orienta todo o processo metodológico subsequente, nomeadamente a seleção dos termos de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, bem como a estratégia de extração e análise dos dados.

2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão definem a base para a seleção das fontes de evidência, servindo como um guia rigoroso tanto para os revisores como para o leitor (Peters et al., 2024). Com base na mnemónica PCC, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão:

- População: Estudos que envolvam enfermeiros como participantes ou como foco central.
- Conceito: Estudos que abordem o uso do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros
- Contexto: Estudos realizados em contexto hospitalar

Adicionalmente foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, incluindo estudos primários, secundários, revisões de literatura, literatura cinzenta. Aplicaram-se também filtros relativos

ao idioma, tendo sido incluídas publicações em português, inglês e espanhol; e Período Temporal, cujos estudos publicados foram nos últimos 10 anos.

Serão excluídos os estudos que não envolvam os enfermeiros, estudos que não abordem o uso de *Storytelling*.

2.4. Metodologia

A presente Scoping Review é orientada pelas diretrizes mais recentes do JBI, que estruturam de forma sistemática e rigorosa o processo de mapeamento da evidência científica.

A metodologia das *scoping reviews* foi inicialmente proposta por (Arksey & Lisa O'Malley, 2005) que definiram um enquadramento composto por etapas sequenciais destinadas a identificar, selecionar e sintetizar a literatura existente. Posteriormente, este modelo foi refinado por (Levac et al., 2010), que reforçaram a necessidade de maior rigor metodológico, clareza na formulação da questão de revisão e transparência no processo de seleção e análise dos estudos.

Atualmente, o JBI integra e sistematiza estas contribuições, estabelecendo orientações atualizadas que serão seguidas no estudo. O processo metodológico compreenderá as seguintes etapas: definição da estratégia de pesquisa, a identificação e seleção dos estudos, a extração e organização dos dados e, por fim, a síntese dos resultados. Para garantir a transparência e reprodutibilidade do estudo, a apresentação dos resultados seguirá as recomendações *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), instrumento de desenvolvimento para orientar a elaboração e a apresentação de *Scoping review*.

2.4.1. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa deve, idealmente, tentar ser o mais abrangente possível, dentro das restrições de tempo e recursos, a fim de identificar tanto fontes primárias de evidência publicadas como também literatura cinzenta e revisões relacionadas com o tema (Peters et al., 2024).

Nesse sentido, a presente revisão seguiu uma estratégia de pesquisa em três etapas. A primeira etapa consistiu em uma pesquisa inicial limitada realizada nas bases de dados PubMed e CINAHL, no mês de abril de 2025, utilizando um conjunto inicial de palavras-chave identificadas a partir dos títulos e resumos dos estudos possivelmente relevantes. Esta etapa teve como objetivo identificar os termos mais relevantes e apropriados para a elaboração da estratégia de pesquisa definitiva. Com base nesta análise inicial, os termos de pesquisa e os operadores booleanos foram ajustados, a fim de estruturar a estratégia de pesquisa utilizada nas etapas subsequentes da revisão. Os principais termos de pesquisa (descritores

MeSH) identificados são: (“Storytelling” OR “Narrative”) AND (“Nursing” OR “Nurse” OR “Enfermeiros”) AND (“Knowledge”) AND (“Learning Strategies”).

Os descritores de pesquisa utilizados para a construção da estratégia de busca foram identificados e validados através dos vocabulários controlados MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Sempre que os conceitos analisados não apresentavam descritores normalizados, foram igualmente utilizados termos livres, de forma a aumentar a sensibilidade da pesquisa e permitir a identificação de estudos mais recentes ou ainda não indexados. Os sinónimos e termos equivalentes foram combinados através do operador booleano OR, enquanto os diferentes blocos conceptuais foram articulados através do operador AND, permitindo estruturar a estratégia de pesquisa de forma sistemática.

Após a análise dos resultados encontrados na pesquisa inicial, foi iniciada a segunda etapa de pesquisa que consiste numa pesquisa abrangente, sendo esta mais ampla, e realizada em bases de dados consideradas relevantes para o estudo, nomeadamente Medline e CINAHL (através da plataforma EBSCOhost), PubMed, SCIELO e Scopus, utilizando a seguinte estratégia de pesquisa: (“Storytelling” OR “Narrative” OR “Story Telling” OR “Stories”) AND (“Nurs*”) AND (“Knowledge” OR “Learning Strategies”). Nesta fase, foram aplicados critérios de filtragem específicos para restringir a seleção aos estudos publicados nos últimos 10 anos, redigidos em português, inglês ou espanhol, e que se encontravam de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos.

A terceira etapa correspondeu à revisão das listas de referências dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar fontes adicionais potencialmente relevantes. Sempre que a análise das referências resultou na inclusão de novos artigos elegíveis, foram devidamente registados o título, os autores e a respetiva justificação para a inclusão, com base nos critérios de elegibilidade previamente definidos.

Adicionalmente, foi realizada uma pesquisa complementar na literatura cinzenta, recorrendo a fontes como o *Google Scholar* e repositórios institucionais, com o objetivo de identificar estudos adicionais relevantes. As evidências provenientes deste tipo de literatura foram avaliadas com base em critérios rigorosos de relevância e credibilidade, assegurando a sua contribuição para uma revisão de literatura sólida e fundamentada. Neste processo, foi considerada a origem dos documentos, privilegiando relatórios institucionais e teses académicas. Também foi analisada a metodologia utilizada na elaboração dos materiais, de modo a garantir que estes sigam padrões adequados de rigor científico. A atualidade das informações constitui igualmente um critério essencial, tendo sido privilegiados estudos recentes que refletissem o estado atual do conhecimento nesta área. Desta forma, a literatura cinzenta contribuiu para complementar as evidências provenientes das bases de dados científicas tradicionais, permitindo ampliar

a compreensão sobre a utilização do *storytelling* na enfermagem e proporcionando assim uma visão mais holística e contextualizada do fenómeno em estudo.

2.4.2. Seleção dos Estudos

A pesquisa inicial resultou na identificação de um total de 617 artigos provenientes das bases de dados selecionadas: 120 da PubMed, 172 da CINAHL, 235 da MEDLINE e 90 do SciELO. Todos os registos foram importados para a aplicação Rayyan®, onde foi utilizada a ferramenta automática para a remoção de duplicados, tendo sido identificados e excluídos 210 artigos duplicados,

Posteriormente, procedeu-se à análise dos títulos e resumos, avaliando a sua relevância face aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, o que conduziu à exclusão de 380 estudos.

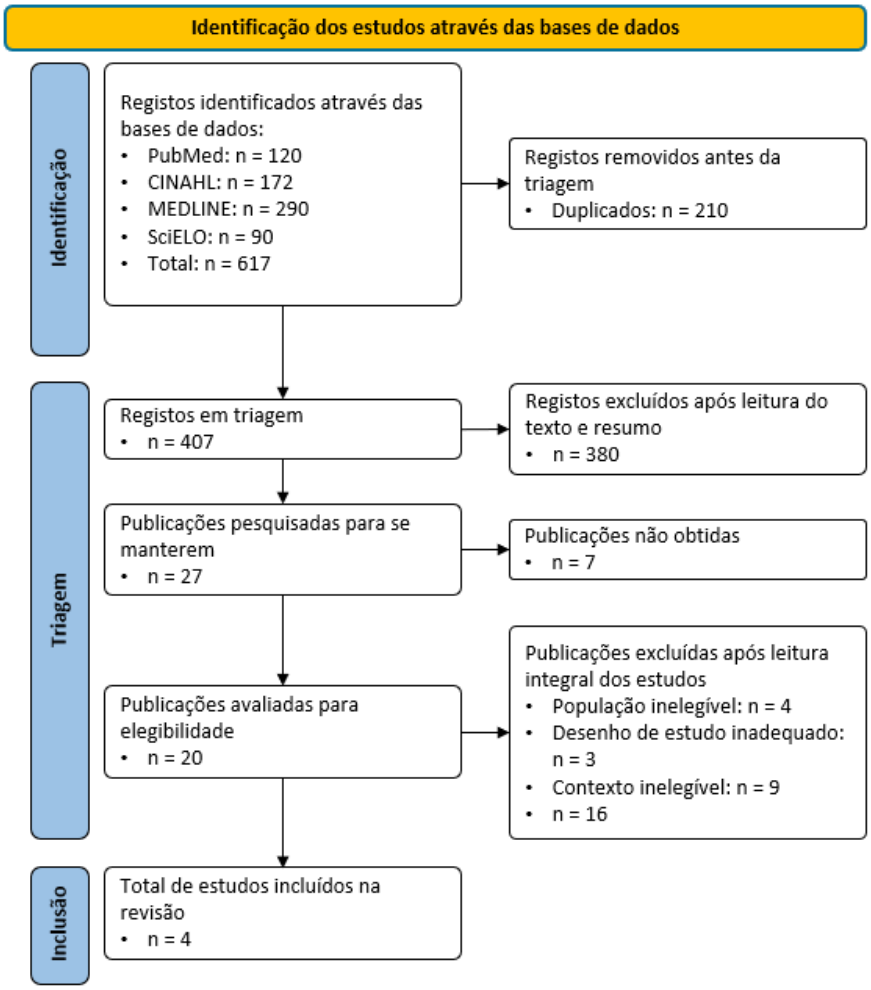
Assim, 27 estudos foram considerados potencialmente elegíveis. Destes 27, não foi possível obter o texto integral de 7 estudos, pelo que ficaram 20 que foram incluídos para avaliação de elegibilidade. Após leitura integral e análise detalhada dos estudos, foram excluídos 16: 4 por não cumprirem o critério relativo à população, 3 por não responderem ao conceito definido e 9 por não se enquadrar no contexto estabelecido.

Deste processo, resultou a inclusão de 4 estudos na presente *scoping review.*

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão está representado no fluxograma PRISMA-ScR (**Figura *1***).

Figura 1

Fluxograma Prisma do processo de seleção dos estudos.



2.4.3. Extração de dados

A extração de dados foi realizada de forma independente por dois revisores, recorrendo a uma ferramenta desenvolvida especificamente para este propósito. O referido instrumento, denominado "Formulário de Extração de Dados", foi elaborado em Microsoft Excel®. Durante o processo, o formulário foi sujeito a ajustes sempre que necessário, com o intuito de refletir de forma mais adequada as evidências provenientes dos estudos incluídos e otimizar a organização dos dados extraídos. As divergências entre os revisores foram discutidas e resolvidas por consenso.

Inicialmente, cada estudo incluído foi analisado individualmente, sendo registados elementos cruciais, tais como autor(es), ano de publicação, país de realização, objetivos, desenho metodológico, caraterísticas da população e os principais resultados relacionados com a questão de revisão.

Os dados extraídos foram organizados e sistematizados de forma estruturada, permitindo evidenciar os principais contributos dos estudos relativamente à utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros. Esta sistematização constituiu a base para a análise e discussão dos resultados.

2.5. Apresentação dos Resultados

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram integrados 4 estudos, os quais exploram a utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem do conhecimento em enfermagem. A análise da evidência permitiu identificar contributos relevantes para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, a reflexão sobre a prática clínica e a promoção da humanização e da qualidade dos cuidados.

Os resultados são apresentados de forma organizada e sistematizada, permitindo uma visão global das principais caraterísticas e tendências da produção científica nesta área. A caracterização dos estudos incluídos encontra-se sintetizada na Tabela 2, possibilitando uma visão abrangente e estruturada da evidência científica analisada e constituindo a base para a análise e discussão dos resultados.

Tabela 2

Caracterização dos estudos incluídos

N.º	Autor(es), Ano e País	Título	Objetivos	Metodologia	Participantes	Contexto
1	(Wang et al., 2022), China	*An analysis of the current situation and influence factors of narrative competence among nurses in VIP ward*	Analisar o nível de competência narrativa dos enfermeiros e identificar os fatores que a influenciam, com vista à promoção da enfermagem narrativa na prática clínica.	Estudo quantitativo e descritivo.	94 Enfermeiros	Hospitalar ("*VIP ward*")
2	(Zhang et al., 2024), China	*Barriers and Facilitators to narrative nursing implementation for junior nurses: A qualitative study*	Explorar as barreiras e os facilitadores à implementação da enfermagem narrativa entre enfermeiros juniores.	Estudo qualitativo	16 Enfermeiros juniores	Hospitalar (Serviço não especificado)
3	(Beierwaltes et al., 2020), EUA	*An educational intervention incorporating digital storytelling to implement family nursing practice in acute care settings*	Descrever e compreender a implementação de uma intervenção educativa baseada em *storytelling* digital, destinada a promover mudanças na prática dos cuidados de enfermagem centrados na família em contexto de cuidados agudos.	Estudo quase-experimental com abordagem mista (quantitativa e qualitativa)	160 Enfermeiros e 49 familiares	Hospitalar (no âmbito da pessoa em situação aguda)
4	(Pan et al., 2025), China	*Factors influencing the willingness of clinical nurses to participate in narrative nursing: A cross-sectional study*	Investigar a predisposição dos enfermeiros em participar na enfermagem narrativa e identificar os fatores preditores que influenciam essa decisão.	Estudo quantitativo e descritivo	2092 Enfermeiros	Hospitalar (Serviço não especificado)

Conforme evidenciado na Tabela 2, os estudos incluídos apresentam diversidade metodológica. Assim 2 estudos são descritivos com abordagem quantitativa, 1 estudo apresenta uma abordagem qualitativa e outro é um estudo quasi-experimental com abordagem mista. Todos foram desenvolvidos em contexto hospitalar, abrangendo diferentes tipologias de serviços e níveis de complexidade de cuidados. Esta diversidade contribui para uma compreensão mais abrangente do papel do *storytelling* enquanto estratégia de aprendizagem e partilha de conhecimento na prática de enfermagem.

A análise dos estudos permitiu identificar tendências comuns, evidenciando a relevância do *storytelling* no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, na promoção da reflexão sobre a prática e na valorização dos cuidados mais humanizados e centrados na pessoa.

Após a caraterização dos estudos incluídos, procedeu-se à síntese dos principais resultados, com o intuito de identificar padrões, tendências e contributos relevantes para a compreensão do papel do *storytelling* em enfermagem. A síntese dos principais resultados encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 3

Síntese dos principais resultados dos estudos incluídos

Autor(es), Ano	Tipo de *storytelling*	Principais Resultados	Benefícios para a Prática de Enfermagem	Barreiras Identificadas	Facilitadores Identificados
(Wang et al., 2022)	Narrativo	A competência narrativa dos enfermeiros revelou-se globalmente baixa, sendo esta influenciada pelo título profissional e pela familiaridade com a enfermagem narrativa, apresentando níveis mais elevados associados a maior experiência profissional e conhecimento nesta área.	A integração da enfermagem narrativa na formação e prática clínica promove o **desenvolvimento de competências essenciais**, contribuindo para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados, bem como para o reforço da identidade e valorização profissional dos enfermeiros.	Falta de formação e reduzida familiaridade com a enfermagem narrativa, dificultando a sua aplicação na prática clínica.	Formação contínua e integração das competências narrativas no desenvolvimento profissional dos enfermeiros.
(Zhang et al., 2024)	Narrativo	O estudo identificou cinco barreiras e três facilitadores principais à implementação da enfermagem narrativa.	A utilização da enfermagem narrativa promove a **humanização dos cuidados** e reforça a **relação enfermeiro-doente.**	Falta de competências práticas; Desvalorização de cuidados humanizados; Experiências negativas; Sobrecarga de trabalho; Ambiente clínico limitado.	Confiança dos doentes e familiares; Formação em competências narrativas; Ambiente de trabalho colaborativo.
(Beierwaltes et al., 2020)	Digital	A análise das narrativas digitais permitiu identificar seis áreas centrais de preocupação na experiência enfermeiro-família, que serviram de base ao desenvolvimento de intervenções educativas	O storytelling digital facilita a **integração** do conhecimento na prática, promovendo a **reflexão** dos enfermeiros e a **comunicação** com as famílias.	Falta de tempo; Sobrecarga de trabalho; Dificuldades na integração da família nos cuidados.	Articulação entre contexto clínico e académico e implementação de intervenções educativas.

(Pan et al., 2025)	Narrativo	orientadas para a prática clínica. O estudo demonstra uma elevada predisposição dos enfermeiros para a utilização da enfermagem narrativa, sendo influenciada pelo contexto profissional, pela formação e pelas atitudes face à sua aplicação clínica.	A enfermagem narrativa contribui para melhorar a **comunicação** enfermeiro-doente e assim, reforçar o **cuidado humanizado.**	Falta de tempo; Sobrecarga de trabalho; Constrangimentos organizacionais.	Conhecimento sobre a enfermagem narrativa e a perceção do valor da sua aplicação na prática.

De forma geral, verificou-se uma predominância do *storytelling* narrativo, utilizado como estratégia de partilha de experiências e construção do conhecimento em diferentes contextos de enfermagem. O s*torytelling* digital emergiu como uma abordagem inovadora, associada sobretudo à formação e ao desenvolvimento de competências.

No que diz respeito às barreiras, vários estudos evidenciam limitações relacionadas com a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, o défice de formação específica e constrangimentos organizacionais, que podem dificultar a integração do *storytelling* na prática clínica. Em contrapartida, os facilitadores identificados centram-se sobretudo na formação em *storytelling*, no apoio institucional e na colaboração entre pares, bem como na criação de espaços de partilha e reflexão, considerados elementos que favorecem a sua implementação

2.6. Discussão dos Resultados

A presente *scoping review* permitiu mapear a evidência científica disponível sobre a utilização do *storytelling* como estratégia de partilha e aprendizagem do conhecimento em enfermagem, com particular enfoque nos seus contributos para o desenvolvimento de competências, nos benefícios e limitações da sua aplicação e no seu potencial na segurança e qualidade dos cuidados à PSC. A análise dos quatro estudos incluídos permite discutir os resultados à luz destes objetivos.

O primeiro objetivo centrou-se na análise dos contributos do *storytelling* para a formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Os estudos incluídos e analisados sugerem, de forma consistente, o potencial desta estratégia como ferramenta formativa.

A formação em competências narrativas emerge como um aspeto central. Wang et al. (2022), identificaram que a competência narrativa dos enfermeiros revelou-se globalmente baixa, sendo influenciada pela experiência profissional e pelo conhecimento prévio sobre a enfermagem narrativa. Estes resultados sugerem que o desenvolvimento destas competências não ocorre de forma espontânea, evidenciando a necessidade de formação nesta área e de intervenções formativas estruturadas. Também Pan et al. (2025), corroboram esta perspetiva, demonstrando que a predisposição dos enfermeiros para participar na enfermagem narrativa é influenciada pelo contexto profissional, pela formação e pelas atitudes profissionais face à sua aplicação na prática. Adicionalmente, os autores recorrem à *Medical Narative Competence Scale,* um instrumento que avalia dimensões como a escuta, compreensão e reflexão na prática clínica, verificando que níveis mais elevados desta competência estão associados a uma maior predisposição para a sua implementação em contexto clínico.

O estudo de Beierwaltes et al. (2020), evidencia o contributo de uma intervenção educativa baseada em *storytelling* digital, sugerindo que intervenções estruturadas podem apoiar a integração do conhecimento na prática clínica. A análise das narrativas permitiu identificar seis áreas centrais de preocupação nas experiências dos enfermeiros no cuidado à família, nomeadamente relacionadas com: i) Incerteza; ii) Presença; iii) Confiança; iv) Cuidado; v) Esperança; e vi) Celebrações. Estas áreas orientaram o desenvolvimento da intervenção educativa, evidenciando o potencial do *storytelling* na identificação de necessidades da prática e na construção de estratégias formativas mais ajustadas. Esta abordagem integrou a articulação entre o contexto clínico e académico, reforçando a importância da colaboração entre instituições de ensino e de saúde no desenvolvimento destas competências.

Estes resultados são consistentes com Paré et al. (2017) evidenciando que a utilização de narrativas permite explorar o desenvolvimento de competências como a liderança, a autonomia e a capacidade de adaptação. Por sua vez, Kristiansen et al. (2019) demonstram que a análise das narrativas favorece o desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica e de conhecimento especializado.

O segundo objetivo desta revisão consistiu em descrever os benefícios e limitações associados à utilização da estratégia de *storytelling* no desenvolvimento do conhecimento profissional dos enfermeiros.

A promoção da comunicação terapêutica e humanização dos cuidados emerge como um dos principais benefícios. Zhang et al. (2024) e Pan et al. (2025), evidenciam que a enfermagem narrativa apresenta potencial para reforçar a relação enfermeiro-doente e promover cuidados mais humanizados.

Estes resultados assumem particular relevância quando enquadrados no âmbito da comunicação terapêutica, entendida como um elemento central na relação enfermeiro-doente, que sustenta a construção de confiança, a expressão emocional e a compreensão das necessidades da PSC, sendo reconhecida como determinante para a qualidade dos cuidados e a segurança do doente (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Neste sentido, o *storytelling*, ao potenciar a escuta ativa e a partilha de experiência, pode constituir uma estratégia facilitadora do desenvolvimento desta competência.

O estudo de Swan e Eggenberger (2021), reforça esta perspetiva ao destacar que o cuidado focado na família promove o seu envolvimento, contribuindo para a melhoria da relação terapêutica.

A partilha de conhecimento baseada na experiência constitui outro benefício relevante identificado nos estudos incluídos. Zhang et al. (2024) e Wang et al. (2022), sugerem que a utilização da narrativa favorece a reflexão sobre a prática e a construção de aprendizagens a partir das experiências clínicas.

O desenvolvimento da prática reflexiva é igualmente evidenciado nos estudos incluídos. A utilização do *storytelling* promove a reflexão sobre a prática, permitindo aos enfermeiros reinterpretar as suas experiências e construir significado a partir das mesmas. Ainda de acordo com Wang et al. (2022), a

competência narrativa está associada à capacidade de refletir sobre a prática, podendo contribuir para a melhoria das práticas de cuidados. Também Kristiansen et al. (2019) indicam que a análise de narrativas favorece a compreensão das complexidades dos cuidados e a identificação de áreas de melhoria. Estes resultados são consistentes com a literatura que evidencia o papel do *storytelling* na promoção da reflexão crítica e do desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Graham, 2022).

Assim, esta estratégia pode contribuir para a integração do conhecimento na prática clínica. Na perspetiva de Beierwaltes et al. (2020), o *storyteling* digital pode apoiar este processo, ao promover a reflexão e a ligação entre a experiência e a prática dos profissionais. Estes resultados encontram-se alinhados com a literatura, que destaca o potencial do *storytelling* digital na promoção da aprendizagem e do envolvimento dos profissionais, nomeadamente através de intervenções estruturadas, como workshops, que favorecem a partilha de experiências, a reflexão sobre a prática e a construção de significado (Jun et al., 2022).

A análise dos estudos permitiu identificar um conjunto consistente de barreiras à implementação do *storytelling* na prática clínica, conforme demonstra a Tabela 4.

Tabela 4

Barreiras identificadas à implementação do storytelling

Barreira	Estudos que a identificam
Falta de tempo	2; 3; 4
Sobrecarga de trabalho	2
Défice de formação/competências narrativas	1; 2; 4
Barreiras organizacionais e institucionais	2; 3; 4
Desvalorização do cuidado humanizado	2

As principais barreiras identificadas refletem desafios estruturais dos contextos de saúde, evidenciando a necessidade de condições organizacionais favoráveis à integração desta estratégia.

Em particular, o estudo de Zhang et al. (2024), evidencia que a implementação da enfermagem narrativa é condicionada por fatores de natureza organizacional, formativa e experiencial, nomeadamente a sobrecarga de trabalho, a falta de competências narrativas, a desvalorização do cuidado humanizado, a limitação do ambiente clínico e a ocorrência de experiências negativas, que podem diminuir a disposição dos enfermeiros juniores para a adoção desta prática, comprometendo a sua motivação.

A falta de tempo e a sobrecarga de trabalho emergem como obstáculos frequentes, evidenciando a dificuldade em integrar práticas reflexivas em contextos exigentes. O défice de formação demonstrado

nas narrativas, identificado em vários estudos, reforça a necessidade de investimento formativo nesta área. Por sua vez, os constrangimentos organizacionais e institucionais indicam a importância do apoio das instituições na implementação destas estratégias.

Para além das barreiras identificadas nos estudos incluídos, a literatura evidencia que o receio de exposição e a vulnerabilidade pode constituir uma barreira adicional à partilha narrativa, uma vez que este tipo de abordagem exige a existência de ambientes de segurança psicológica que promovam a confiança e a abertura entre profissionais (O'donovan & Mcauliffe, 2020).

Paralelamente, os estudos identificaram fatores que favorecem a implementação bem-sucedida do *storytelling*, como estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros, conforme descrito na Tabela 5.

Tabela 5

Facilitadores identificados à implementação do storytelling

Facilitador	Estudos que o identificam
Formação específica em *storytelling*/enfermagem narrativa	1; 2; 3; 4
Apoio organizacional/institucional	2; 3; 4
Espaços de partilha e reflexão	1
Articulação entre contexto clínico e académico	3
Confiança profissional	2
Ambiente clínico	2

A necessidade de formação específica em competências narrativas surge como o principal facilitador identificado nos estudos incluídos, evidenciando a importância de intervenções educativas estruturadas no desenvolvimento desta abordagem. Neste sentido, o apoio organizacional assume igualmente relevância, sugerindo que a implementação bem-sucedida depende do reconhecimento e valorização destas práticas pelas instituições.

A articulação entre o contexto clínico e académico, identificada por Beierwaltes et al. (2020), reforça a integração entre o ensino e a prática clínica. Neste sentido, o *storytelling* digital surge como uma estratégia de implementação relevante, contribuindo para que os enfermeiros aprofundem a sua compreensão das famílias dos doentes em estado crítico. De acordo com os autores, a articulação entre a experiência narrada e o conhecimento empírico pode apoiar o desenvolvimento de competências relacionadas com o envolvimento da família.

O terceiro objetivo consistiu em analisar o potencial contributo do *storytelling* para a segurança e qualidade dos cuidados à PSC. Contudo, a análise dos estudos revela uma lacuna significativa na evidência científica disponível, sugerindo uma exploração ainda incipiente desta temática na prática clínica, não tendo sido identificados estudos que se debrucem especificamente sobre este contexto.

Esta lacuna assume particular importância, atendendo à complexidade destes contextos de cuidados à PSC, caraterizados por instabilidade clínica, necessidade de tomada de decisão rápida e segura e elevada carga emocional.

A literatura sugere, no entanto, que o storytelling poderá ser aplicado nestes contextos. (Sanders, 2023), por exemplo, associa a partilha narrativa à promoção do bem-estar dos profissionais, ao favorecer o processamento de experiências emocionalmente exigentes. Também Hall et al. (2016) demonstram que profissionais emocionalmente apoiados tendem a apresentar mais capacidade de concentração e menor probabilidade de erro, o que pode contribuir indiretamente para a segurança do doente. Neste sentido, o *storytelling* poderá constituir uma estratégia potencialmente relevante para promover a reflexão sobre a prática, apoiar o processamento emocional e favorecer a tomada de decisão em contextos de alta complexidade. Importa ainda referir que o storytelling tem sido igualmente associado à gestão do trabalho emocional, permitindo aos profissionais atribuir significado às experiências vividas (Ross, 2024), bem como à compreensão e gestão de dilemas éticos na prática clínica (Hold, 2017).

Para além disso, a literatura evidencia que a comunicação eficaz constitui um elemento central na promoção da segurança do doente e da qualidade dos cuidados, sendo as falhas comunicacionais amplamente reconhecidas como uma das principais causas de eventos adversos em contexto clínico (Howick et al., 2024). Neste enquadramento, Pan et al. (2025), destacam a importância da predisposição dos enfermeiros para a utilização da enfermagem narrativa nas dinâmicas de comunicação, pois o *storytelling* ao potenciar a comunicação, a reflexão e a partilha de experiências, poderá contribuir de forma indireta, mas relevante, para a promoção de cuidados mais seguros e de maior qualidade.

Os estudos incluídos indicam o potencial desta estratégia ao nível da comunicação terapêutica, da partilha de conhecimento baseada na experiência e da aproximação entre o conhecimento e a prática.

2.7. Considerações Éticas

A presente *scoping review* foi conduzida em conformidade com os princípios éticos que orientam a investigação científica, assegurando o cumprimento de padrões de elevado rigor, integridade e responsabilidade académica. Atendendo à natureza exclusivamente documental deste estudo, centrado na análise de literatura científica previamente publicada, não se verificou a necessidade de submissão a uma comissão de ética, uma vez que não foram recolhidos dados pessoais, clínicos ou sensíveis de participantes humanos.

Os estudos incluídos foram analisados a partir das respetivas publicações originais, garantindo-se a correta identificação e referenciação das fontes, salvaguardando os direitos de autor e evitando qualquer forma de plágio.

O processo de extração, análise e síntese dos dados foi conduzido de forma sistemática, rigorosa e transparente, garantindo a fidedignidade e reprodutibilidade dos resultados. A revisão foi orientada pelas recomendações do PRISMA-ScR, bem como pelas orientações metodológicas do JBI, contribuindo para reforçar a robustez e a transparência do processo de mapeamento da evidência científica. Procurou-se, igualmente, assegurar uma leitura crítica rigorosa e equilibrada dos estudos selecionados, minimizando potenciais enviesamentos e garantindo o respeito pelos princípios da responsabilidade científica e integridade académica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do percurso formativo desenvolvido, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, verificou-se um processo de–crescimento pessoal e profissional significativo, marcado pela aquisição e consolidação de competências especializadas, incidindo no aprofundamento do pensamento crítico e reflexivo aplicado à prática de cuidados de saúde.

A diversidade dos contextos de estágio revelou-se determinante para a construção de uma prática integrada, possibilitando o desenvolvimento de competências sustentadas na capacidade de resposta a cenários clínicos complexos, imprevisíveis e exigentes. Para além das especificidades de cada contexto, destacou-se a capacidade de mobilizar conhecimentos e adequar intervenções em função das necessidades da pessoa em situação crítica, promovendo o raciocínio clínico, a tomada de decisão fundamentada e a segurança na prestação de cuidados de saúde.

Este percurso contribuiu para uma compreensão mais aprofundada do cuidar especializado, evidenciando que a qualidade dos cuidados ultrapassa a dimensão técnica, dimensões relacionais, éticas e reflexivas, particularmente em contextos de elevada vulnerabilidade. As dificuldades sentidas ao longo dos estágios foram encaradas como oportunidades de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento de competências como a resiliência, organização e gestão eficaz do tempo.

Reconheceu-se, igualmente, o papel central da investigação em enfermagem enquanto suporte à prática profissional, sustentando a tomada de decisão clínica. A articulação entre a prática clínica e a investigação revelou-se essencial para uma atuação fundamentada, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A motivação subjacente à realização da presente *scoping review* emergiu da perceção da identificação da necessidade de humanização dos cuidados de enfermagem, bem como das dificuldades associadas à partilha e à integração de conhecimento na prática clínica. Neste sentido, a aprendizagem entre pares e a valorização da experiência profissional nem sempre são plenamente exploradas, sendo, por vezes, condicionadas pela forma como o *feedback* é interpretado e integrado pelos enfermeiros.

Deste modo, a reflexão sobre a prática e a abertura à experiência do outro constituem elementos fundamentais no desenvolvimento profissional, reforçando a pertinência de estratégias, como o *storytelling,* que promovam a partilha de experiências, a construção de significado e a aprendizagem em equipa.

Compreender de que forma o *storytelling* potencia a aprendizagem e contribui para a otimização dos cuidados revela-se fundamental, dado que o desenvolvimento contínuo dos profissionais impacta diretamente com a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, a presente *scoping review* evidencia o potencial do *storytelling* enquanto estratégia de partilha e aprendizagem na prática clínica dos enfermeiros em contexto hospitalar. Entre os principais contributos identificados destacam-se o desenvolvimento de competências narrativas, a promoção da prática reflexiva e o desenvolvimento de competências no estabelecimento de uma comunicação terapêutica, nomeadamente através da escuta ativa, da partilha de experiências e da compreensão das necessidades, do doente e da família, contribuindo para o reforço da relação terapêutica enfermeiro-doente. Destaca-se ainda o seu contributo para a partilha de conhecimento baseada na experiência e para a promoção de cuidados mais humanizados e centrados na pessoa.

Contudo, a aplicação desta estratégia não está isenta de desafios. Evidenciam-se barreiras associadas à sobrecarga de trabalho, à falta de tempo, ao défice de formação em competências narrativas e a constrangimentos organizacionais. A reduzida sensibilização dos profissionais para a utilização desta estratégia - *storytelling* - e o desconhecimento do seu contributo como estratégia de ensino/aprendizagem para os enfermeiros, constituem uma barreira relevante à sua integração na prática clínica.

De facto, ao permitir a reflexão sobre experiências reais, positivas ou negativas, esta estratégia pode favorecer a aprendizagem significativa, contribuindo para o desenvolvimento e consolidação da prática clínica.

Importa ainda reconhecer as limitações desta revisão. O reduzido número de estudos incluídos (n = 4), constitui uma limitação relevante, refletindo a escassez de investigação primária sobre a utilização do *storytelling* em enfermagem. Esta limitação condiciona a abrangência das conclusões e a possibilidade de identificar padrões consistentes. A concentração geográfica dos estudos, com predominância de investigação realizada na China (n =3), pode restringir a extrapolação dos resultados para outras realidades culturais e organizacionais. Além disso, a escassa exploração do *storytelling* digital (n =1) limita a compreensão do potencial desta estratégia, particularmente relevante no contexto atual. Estas limitações condicionam a abrangência das conclusões e reforçam a necessidade de desenvolvimento de investigação futura nesta área, particularmente em contextos de cuidados à pessoa em situação crítica.

No que se refere à prática, destaca-se a importância da integração da formação em competências narrativas nos programas de formação contínua dos enfermeiros, bem como da criação de condições organizacionais que favoreçam a implementação desta estratégia, nomeadamente através da

disponibilização de tempo dos enfermeiros e de espaços adequados, incentivando os enfermeiros ao uso do *storytelling* como uma estratégia de ensino/aprendizagem. No âmbito da investigação, evidencia-se a necessidade de desenvolver estudos com enfoque no *storytelling* em contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como de avaliar o seu impacto em indicadores de qualidade e segurança dos cuidados. Torna-se igualmente pertinente a exploração de metodologias mistas que permitam complementar os dados qualitativos com indicadores mensuráveis.

Globalmente, os resultados desta *scoping review* sugerem que o *storytelling* constitui uma estratégia promissora para a formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros, com potencial para apoiar a prática reflexiva, a partilha de conhecimento baseada na experiência profissional e a promoção de cuidados mais humanizados e centrados na pessoa.

Mais do que uma etapa formativa, este percurso representou um momento de afirmação pessoal e profissional, no qual foi possível redefinir a forma de estar e de cuidar, com maior consciência e responsabilidade profissional, orientadas para a excelência dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Cuidar da pessoa em situação crítica exige mais do que conhecimento técnico e capacidade de intervenção: exige reflexão sobre a prática, integração da evidência e atribuição de significado à experiência – pilares de uma enfermagem mais consciente, humana e cientificamente fundamentada.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Araújo, J., Mylena, M., Santos, G., Barros, F. D., Costa, F., & Gallotti, M. (2021). The importance of storytelling in nursing education. *Research, Society and Development*, *10 (15)*, 1–16. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23185

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Assembleia da República. (1993). Lei n.º 12/93, de 22 de Abril: Colheita e transplante de orgãos. Diário Da República, I Série-A, n.º 95.

Attenborough, J., & Abbott, S. (2020). Using storytelling in nurse education: The experiences and views of lecturers in a higher education institution in the United Kingdom. *Nurse Education in Practice*, 44, 102762. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102762

Bailey, P. H., & Tilley, S. (2002). Storytelling and the interpretation of meaning in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, *38*, 574–583. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.02224.x

Beierwaltes, P., Clisbee, D., & Eggenberger, S. K. (2020). An Educational Intervention Incorporating Digital Storytelling to Implement Family Nursing Practice in Acute Care Settings. *Journal of Family Nursing*, 23 (3), 213-228. https://doi.org/10.1177/1074840720935462

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Braithwaite, S., Tranmer, J., Almost, J., Tregunno, D., & Wilson, R. (2022). Measuring Scope of Practice Enactment Among Primary Care Registered Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 54(3), 345-356. https://doi.org/10.1177/08445621211058328

Charon, R. (2001). Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, 286 815), 1897-1902. https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine,* 45(1), 103-128. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169

Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Direção-Geral de Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026.

Direção-Geral de Saúde. (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.

Dreifuerst, K. T. (2012). Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *Journal of Nursing Education,* 51(6), 326-333. https://doi.org/10.3928/01484834-20120409-02

European Centre for Disease Prevention and Control, & World Health Organization. (2022). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe*.

Fitzpatrick, J. J., & Kim, M. (2024). Narrative nursing. *Nurse Leader*, 22(3*)*, 308–311. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2023.11.007

Flythe, J.E., Kimmel, S. E., & Brunelli, S. M. (2011). Rapid fluid removal during dialysis is associated with cardiovascular morbidity and mortality. *Kidney International*, *79(2), 250–257*. https://doi.org/10.1038/ki.2010.383.

Geanellos, R. (1996). Storytelling: a teaching-learning technique. *Clinical Nursing Update*, 5, 28-35. https://doi.org/10.5172/conu.5.1.28

Gonçalves, V. (2021). Um "olhar" sobre o cuidar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, março 2021, 122–127. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21666/mar21.pdf

Graham, M. M. (2022). Navigating Professional and Personal Knowing Through Reflective Storytelling Amidst Covid-19. *Journal of Holistic Nursing,* 40 (4), 372–382. https://doi.org/10.1177/08980101211072289

Haigh, C., & Hardy, P. (2011). Tell me a story–a conceptual exploration of storytelling in healthcare education.*Nurse Education Today,* 31(4), 408-411 https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.08.001

Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing , Burnout , and Patient Safety : A Systematic Review. *PLOS ONE* 11(7): e0159015.. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015

Hold, J. L. (2017). A good death : Narratives of experiential nursing ethics.*Nursing Ethics,* 24(1), 9–19. https://doi.org/10.1177/0969733015602051

Howick, J., Bennett-, A., Solomon, J., Nockels, K., Bostock, J., Keshtkar, L., Weston, A., & Solomon, J. (2024). How does communication affect patient safety ? Protocol for a systematic review and logic model. *BMJ Open: e085312.*,https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085312

INACSL Standards Committee, Persico, L., Belle, A., DiGregorio, H., Wilson-Keates, B., & Shelton, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice. *Clinical Simulation in Nursing*, *58*, 22–26. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.010

Johansen, K. L., Gilbertson, D. T., Liu, J., Roetker, N. S., Ku, E., Schulman, I. H., Greer, R. C., Chan, K.,

Abbott, K. C., Butler, C. R., Hare, A. M. O., Powe, R., Reddy, Y. N. V, Snyder, J., Peter, W. S., Taylor, J. S., Weinhandl, E. D., & Wetmore, B. (2024). US Renal Data System 2023 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 83(4), A8–A13. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2024.01.001

Jun, J., Siegrist, K., & Weinshenker, D. (2022). Evaluation of nurses ' experiences with digital storytelling workshop : New way to engage, connect, and empower. *Journal of Nursing Management,* 30(5), 1317–1323. https://doi.org/10.1111/jonm.13619

Kakar, E., Priester, M., Pascale Wessels, Slooter, A. J. C., Louter, M., & Jagt, M. van der. (2022). Sleep assessment in critically ill adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care,* 71, 154102. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154102

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio-Medica,* 26(1), 65–67. https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67

Kristiansen, S., Konradsen, H., & Beck, H. (2019). Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. *Journal of Clinical Nursing,* 28(5-6), 920–930. https://doi.org/10.1111/jocn.14709

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies : advancing the methodology. *Implementation Science*, 5,69. doi:10.1186/1748-5908-5-69

Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G.-A. (2023). Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad News - A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Paliative Medicine,* 40(11), 1231-1260. doi: 10.1177/10499091221146296

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K. ., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2016). What is an Intensive Care Unit (ICU): A Report of the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care,* 37, 270-276. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015

Massey, D., Chaboyer, W., & Anderson, V. (2016). What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nursing Open,* 4(1), 6-23. https://doi.org/10.1002/nop2.53

Mathisen, C., Bjørk, I. T., Heyn, L. G., Jacobsen, T., & Hansen, E. H. (2023). Practice education facilitators perceptions and experiences of their role in the clinical learning environment for nursing students : a qualitative study. *BMC Nursing*, 22 (1), 165. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01325-5

Mccance, T., & Mccormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework : A Mid-range Theory for Nursing Practice. *Journal of Research in Nursing*, *30(1)*, 47–60. https://doi.org/10.1177/17449871241281428

McCance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (2001). Exploring caring using narrative methodology : an analysis of the approach. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(3), 350–356.

https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01671.x

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-Based Practice In Nursing & Healthcare: A Guide To Best Practice* (5th ed.). Wolter Kluwer.

National Kidney Foundation. (2023). *Hemodialysis: What you need to know*.

Nightingale, F. (1863). *Notes on hospitals* (Third Edition).

O'donovan, R., & Mcauliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International Journal for Quality in Health Care*, *32*(4), 240–250. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011 (pp. 8656–8657).

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS E REPE.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (pp. 4744–4750).

Paiva, J. A., Coutinho, P., Cristina, A. F., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., & Vaz, J. (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva.

Palla, I., Turchetti, G., & Polvani, S. (2024). Narrative Medicine: Theory , clinical practice and education - a scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 11530.https://doi.org/10.1186/s12913-024-11530-x

Pan, Y., Qi, Q., Qiu,h., Yang, C., Wang. S., Zhang, S., & Li, L. (2025). Factors Influencing the Willingness of Clinical Nurses to Participate in Narrative Nursing : A Cross- - Sectional Study. *Journal of Advanced Nursing,* 1924–1936. https://doi.org/10.1111/jan.16434

Paré, J. M., Sharp, D. B., & Petersen, P. (2017). *A Story of Emergent Leadership: Lived Experiences of Nurses in Critical Access Hosptial*. *17*(2), 103–125.

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A. C., & Aromataris, E. (2024). *J*BI Manual for Evidence Synthesis. *Joanna Briggs Institute*. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

Pisani, M. A., & D'Ambrosio, C. (2020). Sleep and Delirium in Adults Who Are Critically Ill: A Contemporary Review. *CHEST*, 157(5), 1222-1238. https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.007

Ross, C. A. (2024). "It ' s a Thing " : What Nurse Elders Believe Novice Nurses Need to Know About

Managing Emotional Labour. *Canadian Jounal of Nursing Research.* https://doi.org/10.1177/08445621241272622

Sanders, K. (2023). International Practice. *Nursing Management,* 30(1), 1–24.

Schoenhofer, S. O., & Boykin, A. (2022). Storytelling- A strategy for caring Connection in Creative Nursing Leadership. *Nurse Leader*, 20(3), 349–351. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.01.009

Urstad, K. H., Ulfsby, K. J., Brandeggen, Brandeggen, T. K. K., Jensen, T. L., & Tjoflåt, I. (2018). Digital storytelling in clinical replacement studies: Nursing students' experiences. *Nurse Education in Practice*, 71, 91–96. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.016

Villanueva,M. A. M., & Ruivo, M. A. G. (2022). GESTÃO DA PIC NO DOENTE CRÍTICO COM TCE GRAVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: REVISÃO DE ESCOPO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades*, Ciências e Educação, 8(10), 7038. https://doi.org/10.51891/rease.v8i10.7038

Wang, L., Zhou, Q., & Hu, A. (2022). An Analysis of the Current Situation and Influence Factors of Narrative Competence Among Nurses in VIP Ward. *Alternative Therapies in Health and Medicine.*

Watson, J. (2011). *Human Caring Science: A Theory Of Nursing*. Jones & Bartlett Learning

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030:Towards eliminating avoidable harm in health care.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

World Health Organization. (2023). *GLASS manual for antimicrobial resistance surveillance in common bacteria causing human infection*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702

Zhang, L., Han, Q., Nan, L., & Yang, H. (2024). Barriers and facilitators to narrative nursing implementation for junior nurses: A qualitative study. *Medicine*, 103(*40*), e39922). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000039922

APÊNDICE I – POSTER II JORNADAS DE ENFERMAGEM DE NEUROCIRURGIA



A UTILIZAÇÃO CORRETA DAS LUVAS PELOS ENFERMEIROS: UMA MEDIDA SIMPLES QUE GARANTE A SEGURANÇA DO DOENTE

Fernandes, Sofia*; Cunha, Joana*; Pereira, Gina**; Pereira, Hélia**; Mendes, Joana**
*ULSBraga, **ULS Alto Ave

INTRODUÇÃO

- As luvas são amplamente utilizadas nos cuidados de saúde e são, a par da higiene das mãos, uma importante ferramenta na prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (AEOP,2024);
- Em Portugal, as IACS representam um crescente problema de saúde pública. Estas, aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e acarretam uma maior utilização de antibióticos e, consequentemente, aumentam os custos em saúde (WHO,2015);

O risco de contaminação da luva e da respetiva embalagem são motivos de preocupação da comunidade científica.

Num estudo realizado por *Hughes, Cornwall, Theis, & Brooks* (2013 cit. AEOP, 2024), com o intuito de avaliar a contaminação das luvas por agentes patogénicos antes da sua utilização, verificou-se que os profissionais de saúde contaminaram as caixas de luvas, não só com microrganismos comensais da pele como também com microrganismos patogénicos, não tendo ficado claro se os níveis de agentes patogénicos representam uma ameaça direta à saúde pública.

HIGIENE DAS MÃOS | BOAS PRÁTICAS NA REMOÇÃO DE LUVAS DA CAIXA | RESPEITO PELA TECNICA DE CALÇAR E REMOVER AS LUVAS | DESIGN DA CAIXA

OBJETIVO

- Rever as práticas realizadas na utilização e gestão de luvas nos cuidados de saúde a fim de prevenir as IACS;
- Prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência.

METODOLOGIA

Realizada uma *rapid review* nas bases de dados: CINAHL, MEDLINE, PubMed, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane.

PALAVRAS CHAVES: *Gloves; Nursing*

RESULTADO

Num estudo foram observados 784 contactos em 30 doentes colonizados ou infetados com microrganismos potencialmente patogénicos, onde se verificou o uso de luvas em 93,5% desses contactos quando o seu uso apenas estava indicado em 58% dos casos. Em 8% das situações em que havia indicação para o uso de luvas, as mesmas não foram utilizadas. Relevante, também, foi o facto de as luvas não serem removidas entre doentes, em 64,4% dos contactos. A lavagem das mãos após a remoção das luvas apenas foi realizada em 50% das situações (Girou et al., 2004).

Estudos efetuados por Pina (2006) destacam os riscos decorrentes da má utilização de luvas, quer seja por uso indiscriminado ou pela ausência do seu uso em situações indicadas

Ferreira et al (2009), destaca a falha na troca de luvas entre doentes e entre procedimentos

Lima (2008) refere a falta de conhecimento dos profissionais e inacessibilidade ao equipamento de proteção.

No Brasil, um estudo realizado destacou que não há consenso quanto à indicação do uso e do tipo de luvas, entre os Profissionais de Enfermagem, a serem utilizadas em diferentes situações. Estas dúvidas contribuem para o uso inadequado das luvas, o que pode constituir uma ameaça para os utentes e para os profissionais (Ferrreira *et al*, 2009).

Vários estudos procuram identificar as principais causas para o não cumprimento das normas de boa prática. Apesar dos profissionais saberem que esta prática constitui um risco para os doentes e para os profissionais de saúde, é identificada a sobrecarga de trabalho, a altura do dia, a categoria profissional e tipo de serviço como os fatores mais importantes da não adesão à utilização de luvas adequada (Pina,2006).

Numa instituição hospitalar em Portugal aquando uma auditoria de higiene das mãos em 2010 concluí-se que os enfermeiros utilizavam as luvas fora do contexto da prestação de cuidados, preparavam e administravam medicação, bem como realizavam tarefas consecutivas sem trocarem de luvas ou higienização das mãos (Rodrigues, 2011).

O uso de luvas é uma medida fundamental na proteção quer do doente quer do profissional de saúde, não dispensando a higiene das mãos antes e após a sua utilização. As luvas são a interface entre os profissionais de saúde e o doente, pelo que a sua **escolha e utilização criteriosa** reveste-se de especial importância. Porém, a sua disponibilidade generalizada, nos contextos de prestação de cuidados, acarretou uma **banalização** que não tem promovido a visão crítica sempre indispensável à segurança dos cuidados e dos seus intervenientes.

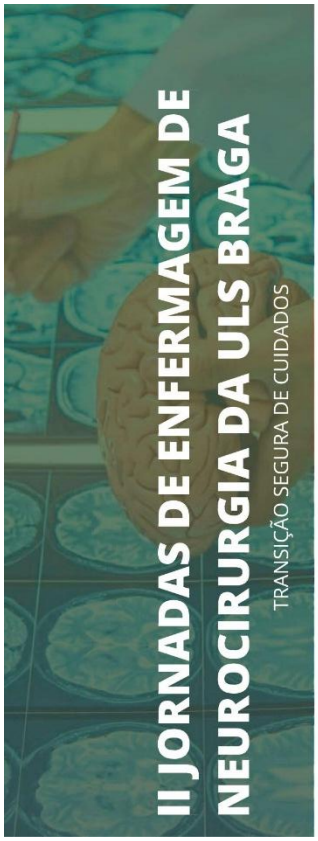
CONCLUSÃO

O uso adequado de luvas, como parte das precauções básicas de controlo de infeções, é essencial na prevenção das IACS, que continuam a representar um grande desafio para a saúde pública mundial. Apesar da reconhecida importância das luvas e da higienização das mãos, ainda existem práticas inadequadas no seu uso por parte dos profissionais de saúde, aumentando assim significativamente o risco de transmissão de microrganismos patogénicos, comprometendo a segurança dos doentes e dos profissionais. Assim, surge a necessidade de se adotar soluções inovadoras e baseadas em evidências para garantir a segurança dos pacientes e a eficácia dos cuidados prestados, promovendo a saúde de forma sustentável e segura.

BIBLIOGRAFIA

ANEXO 1 – CERTIFICADOS

ANEXO 1.1 – Certificado de Organização



CERTIFICADO

Declara-se, para os devidos efeitos, que

Sofia da Costa Dias Fernandes

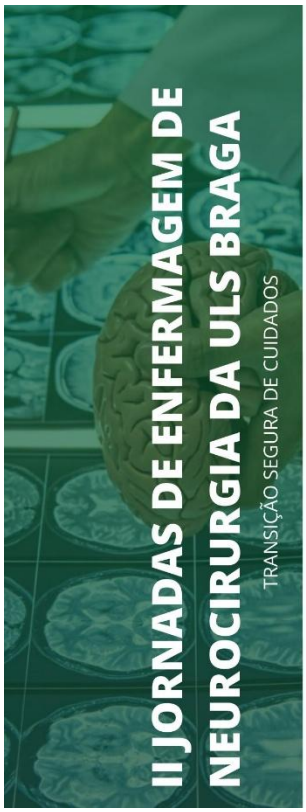
integrou a Comissão Organizadora das II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia da ULS Braga, realizadas a 6 de junho, na ULS Braga.

Braga, 6 de junho de 2025

A Comissão Organizadora

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BRAGA

ANEXO 1.2 – Certificado de Oradora



CERTIFICADO

Declara-se, para os devidos efeitos, que

Sofia da Costa Dias Fernandes

participou, enquanto Orador (a) com o tema

Evolução das práticas – acompanhar a mudança, garantir alta segura

nas II Jornadas de Enfermagem de Neurocirurgia da ULS Braga, realizadas no dia 6 de junho.

Braga, 6 de junho de 2025

A Comissão Organizadora

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BRAGA