

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAUL VITOR NASCIMENTO SEVERI SILVA

**Experienciando a rotina assistencial e de gestão no estágio supervisionado
curricular de enfermagem**

Uberlândia - MG
2025

RAUL VITOR NASCIMENTO SEVERI SILVA

**Experienciando a rotina assistencial e de gestão no estágio supervisionado
curricular de enfermagem**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal
de Uberlândia como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel e Licenciado em
Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Cristiane M. Cunha

Uberlândia - MG
2025

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU com
dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S586	Silva, Raul Vítor Nascimento Severi, 2000-
	2025 Experienciando a rotina assistencial e de gestão no estágio supervisionado curricular de enfermagem [recurso eletrônico] / Raul Vítor Nascimento Severi Silva. - 2025.
Orientadora: Cristiane Martins Cunha. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Uberlândia, Graduação em Enfermagem. Modo de acesso: Internet. Inclui bibliografia.	
1. Enfermagem. I. Cunha, Cristiane Martins ,1980-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Graduação em Enfermagem. III. Título.	

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

RAUL VITOR NASCIMENTO SEVERI SILVA

**Experienciando a rotina assistencial e de gestão no estágio supervisionado
curricular de enfermagem**

Uberlândia, 12 de setembro de 2025.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Cristiane Martins Cunha (FAMED – UFU)

Prof. Dra. Andréa Mara Bernardes da Silva (FAMED – UFU)

Prof. Dra. Suely Amorim de Araújo (FAMED-UFU)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dedicar este trabalho aos meus pais que tanto me apoiaram ao longo de toda a minha graduação, sempre me dando suporte e incentivo, ao meu irmão que me inspirou na escolha dessa profissão e aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado, nos momentos difíceis nos quais pensei em desistir, sem a participação dessas pessoas nada disso seria possível, serei eternamente grato. Agradeço especialmente a professora Cristiane Cunha, pela dedicação e carinho na construção e condução desse projeto. A todos os demais educadores e profissionais da enfermagem que participaram da minha trajetória acadêmica, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

Este trabalho consiste em um relato de experiência que descreve as vivências assistenciais e gerenciais de um estudante de graduação em Enfermagem durante a realização do Estágio Curricular Supervisionado, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva geral (UTI) de um hospital público universitário. Seu objetivo foi relatar as percepções acadêmicas relacionadas à atuação do estudante em um setor crítico, ressaltando os desafios e as oportunidades de aprendizado envolvidos nesse processo. Trata-se de uma abordagem descritiva, qualitativa e retrospectiva, baseada nas experiências do estagiário ao longo dos quatro meses de estágio supervisionado, que ocorreu entre maio e setembro de 2024 em um total de 480 horas. As atividades realizadas no estágio envolveram a articulação de práticas assistenciais (como avaliação clínica, execução de procedimentos e discussão de casos clínicos, elaboração de diagnósticos e prescrições de enfermagem) e gerenciais (elaboração de escalas, revisão de manuais e protocolos, participação em reuniões de equipe, realização de diagnósticos situacionais do setor). Verifica-se que a realização do estágio na UTI geral é uma experiência desafiadora, mas gratificante, pois proporciona ao estudante do curso de graduação em enfermagem, o amadurecimento da prática assistencial, do pensamento ético-reflexivo, do saber técnico-científico e da atuação gerencial do enfermeiro no setor. É uma oportunidade para o desenvolvimento da autonomia do estudante, além de contribuir positivamente na escolha da área de atuação profissional do futuro enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem; Estágio Clínico; UTI; Gestão em Enfermagem; Diagnóstico Situacional.

ABSTRACT

This work consists of an experience report that describes the care and managerial experiences of an undergraduate Nursing student during the Supervised Curricular Internship, carried out in a general Intensive Care Unit (ICU) of a public university hospital. Its objective was to report the academic perceptions related to the student's role in a critical care setting, highlighting the challenges and learning opportunities involved in this process. It adopts a descriptive, qualitative, and retrospective approach, based on the trainee's experiences throughout the four months of the supervised internship, which took place between May and September 2024, totaling 480 hours. The activities performed during the internship involved the articulation of care practices (such as clinical assessment, execution of procedures and case discussions, development of nursing diagnoses and prescriptions) and managerial practices (scheduling, revision of manuals and protocols, participation in team meetings, and situational diagnoses of the unit). It is observed that undertaking the internship in the general ICU is a challenging yet rewarding experience, as it enables the undergraduate nursing student to mature in care practice, ethical-reflective thinking, technical-scientific knowledge, and managerial performance in the unit. It also provides an opportunity for the development of the student's autonomy, in addition to contributing positively to the choice of the future nurse's professional field of practice.

Keywords: Nursing; Clinical Clerkship; ICU; Nursing Management; Situational Diagnosis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral:	17
3.2 Objetivos Específicos:	17
4. MÉTODO	18
4.1 Cenário do Estágio	18
4.1 Considerações éticas.....	19
5. RELATO DE EXPERIÊNCIA	20
6. RELATÓRIO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SETOR.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
8. REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

Dominar e estabelecer o equilíbrio entre o conhecimento teórico e as habilidades técnicas no exercício da enfermagem, é crucial para obter uma assistência segura e qualificada ao paciente. Vários outros fatores, intrínsecos à assistência segura e humanizada, contribuem para atingir esses resultados, que são praticados nas relações de confiança, nos princípios éticos para as tomadas de decisões e fundamentadas nos princípios da prática baseada em evidências.

A adesão a esses princípios são fundamentais para a formação do enfermeiro, sendo desejável e imperativo o contato direto e constante do acadêmico com os pacientes, com seus familiares, com a equipe técnica e com outros membros da equipe assistencial multiprofissional que assiste ao paciente. Um estudo nacional recente conduzido por Souza (2023), destacou que as formações práticas quando estabelecidas em um ambiente clínico bem estruturado contribui significativamente para o desenvolvimento de competências profissionais, autonomia, senso crítico e consolidação da identidade do enfermeiro. Além disso, essa integração é crucial para garantir uma formação compatível com as exigências da prática profissional e os princípios do cuidado seguro e centrado no paciente (Silva, 2024).

Nesse contexto, a qualidade da formação dos profissionais enfermeiros tem sido alvo de preocupação na comunidade científica, sobretudo a pedagógica que busca conhecer e desenvolver as melhores técnicas de ensino teórico, de prática clínica e de avaliação do ensino aprendizagem dos estudantes. É uma tarefa difícil, pois se tratando de área de saúde, é cada vez mais crescente a inserção de simuladores de alta tecnologia no ensino e de uma metodologiaativa de aprendizagem, que depende de um professor motivador capacitado e um estudante buscador de conhecimento.

Segundo Silva (2024), as metodologias de ensino tradicionais, ainda empregadas no ensino superior, vêm sendo substituídas ou combinadas com práticas pedagógicas de metodologias ativas de aprendizagem, as quais colocam o aluno como protagonista do processo de aprendizado, incentivando a participação ativa, a autonomia e a construção do conhecimento de forma mais engajadora e significativa.

Nas metodologias ativas de aprendizagem, o professor assume um papel de facilitador, mediador e orientador do processo de aprendizagem, em vez de ser o transmissor central de conhecimento (planejar, organizar e propor atividades que incentivem a participação ativa dos alunos, por meio da reflexão crítica e a resolução de problemas). Já o estudante deixa de ser um receptor passivo de informações, assumindo o papel de protagonista no processo de

aprendizagem (construindo o conhecimento, interagindo com o conteúdo, colaborando com colegas e aplicando o que aprende em situações reais).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) estabelecem os princípios, fundamentos e as finalidades da formação em diferentes áreas do conhecimento, incluindo os estágios e enfatizam a importância de metodologias ativas, como a simulação realística, para uma formação mais completa e conectada com a realidade do mercado de trabalho. Elas buscam garantir a qualidade e a uniformidade da educação em todo o país. Entretanto, apesar do cenário não ser tão favorável às inovações, as DCNs propõem a alternativa do estágio como uma atividade acadêmica supervisionada, que deve ser desenvolvida em ambientes profissionais reais, de forma a favorecer a construção de uma identidade profissional dos estudantes, em suas fases finais de formação.

No âmbito dos cursos de graduação em Enfermagem, as DCNs estabelecem que o estágio (ou Estágio Curricular Supervisionado - ECS) deva ocorrer nos diferentes níveis de atenção à saúde, como nos hospitais, nos ambulatórios e nas unidades básicas de saúde, preferencialmente nos dois últimos semestres do curso, possibilitando o estudante colocar em prática tudo aquilo que aprendido ao longo de sua jornada acadêmica (Brasil, 2001).

A vivência do estágio deve ser sempre orientada por uma abordagem crítica, reflexiva e ética, promovendo o protagonismo do estudante e a sua inserção ativa nos processos de cuidado e gestão. É uma etapa essencial na formação do enfermeiro, pois estimula o desenvolvimento da autonomia e da tomada de decisão, além de permitir o amadurecimento das habilidades interpessoais, com pacientes, acompanhantes e com os futuros colegas de profissão. Essas competências são necessárias para uma atuação ética e comprometida com as demandas do sistema de saúde (Ferreira e Rocha, 2020).

A proposta do estágio curricular envolve o desenvolvimento de atividades de assistência, ensino e gestão. O estágio é um momento muito esperado pelo estudante de enfermagem, pois é a oportunidade de realizar ações e procedimentos assistenciais que, até então, existiam fragmentados no seu subconsciente. A vivência do estágio é importante porque permite a aplicação prática do conhecimento teórico e o desenvolvimento e refinamento de habilidades técnicas, além de conhecer a rotina do setor e as competências técnicas essenciais do enfermeiro, com vistas ao mercado de trabalho.

Alguns autores relatam que os estudantes tendem a se envolver mais com as atividades assistenciais em detrimento da gestão de enfermagem (Ramos et al. 2018). Entretanto, é crucial que estagiários estabeleçam vivências em todas as áreas previstas no projeto pedagógico do curso.

No que se refere ao âmbito assistencial do estágio, é garantido aos estudantes aplicarem os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula na prática nas unidades assistenciais, sob supervisão de enfermeiros experientes do setor. Nesse âmbito, é possível realizar técnicas fundamentais de enfermagem, garantir a aplicação de todas as etapas do processo de enfermagem, interagir com a equipe multiprofissional, participar da discussão de casos clínicos, conhecer a dinâmica e rotina do setor, desenvolver estratégia de vínculo e confiança junto ao paciente e à equipe de enfermagem, participar de atendimentos de emergência, da realização de exames, da conferência do carrinho de emergência etc.

No que se diz respeito ao ensino, os estagiários, por meio de um diagnóstico situacional, podem avaliar e prever as necessidades de treinamentos e de educação permanente no setor. Ao mesmo tempo, estudar as suas necessidades de aprendizagem pessoal, identificadas durante o estágio, além de atualizar protocolos e outros documentos voltados à pesquisa e à atualização de ações assistenciais.

Já o estágio em gestão do serviço de enfermagem está voltado para a aplicação dos conhecimentos teóricos em um ambiente prático e ativo para aprimorar suas habilidades de gestão e liderança no cuidado de saúde. É a oportunidade de o estudante vivenciar os desafios do gerenciamento da assistência, da equipe e dos recursos materiais. A participação em atividades como planejamento, supervisão e avaliação do cuidado contribuem para a construção de uma identidade profissional comprometida com a qualidade da assistência prestada de forma segura, ética e eficiente (Benito et al., 2012).

A representação em reuniões do setor, a avaliação de indicadores assistenciais que avaliam a qualidade do serviço de enfermagem do setor (índices de infecção, lesão por pressão e erros de medicamentos etc), o cálculo do dimensionamento de pessoal de enfermagem, a aplicação de instrumentos de classificação de demanda de cuidados dos pacientes, o manejo de conflitos e problemas nas relações interpessoais, previsão das escalas de trabalho são exemplos de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro gestor da unidade e sempre devem estar vinculadas aos regulamentos das agências de regulação em saúde (ANVISA), as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e ao código de ética dos profissionais de enfermagem (CEPE).

O CEPE visa garantir a qualidade da assistência com um trabalho seguro e respeitoso, proteger os direitos dos pacientes, o fortalecimento da classe profissional, assegurar a autonomia dos profissionais de enfermagem e garantir a competência na prestação de uma assistência qualificada e baseada em evidências (Cofen, 2017). É ele que direciona as ações de

todas as categorias da enfermagem quanto às normas, princípios, atribuições e direitos e deveres baseados na conduta ética do exercício de suas funções.

Tanto para as atividades gerenciais como para as assistenciais, é fundamental que o estagiário conheça e vivencie os aspectos legais, éticos e gerenciais que envolvem a profissão, especialmente aqueles relacionados à responsabilidade dos profissionais, dilemas éticos, à liderança e à gestão do cuidado. Tal compreensão fortalece sua futura responsabilidade como líder de equipe e gestor da qualidade assistencial. Um dos principais esforços do gestor é garantir a execução da Resolução COFEN nº 736/2024, que dita sobre a obrigatoriedade do Processo de Enfermagem (PE) em todos os contextos socioambientais de atuação dos profissionais de enfermagem.

Dante de todo esse contexto o estágio curricular supervisionado se consolida como uma etapa fundamental para que o acadêmico vivencie, de maneira reflexiva e responsável, os desafios e as demandas do exercício profissional, preparando-se para uma atuação qualificada e socialmente relevante.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente os hospitais são reconhecidos como instituições de variada complexidade tecnológica, destinados ao diagnóstico e tratamento de doenças e comorbidades. Entretanto, originalmente o termo hospital, que deriva do latim *hospitalis* ou *hospitale*, era empregado para designar os locais nos quais eram recebidos e abrigados os viajantes estrangeiros. Historicamente, as práticas do cuidado sempre estiveram ligadas às práticas religiosas, sendo o avanço do cristianismo e a expansão da igreja católica um dos principais responsáveis pelo surgimento dos hospitais medievais. Os Concílios de Nicéia (325 d.C.) e Cartago (398 d.C.), recomendaram a construção de hospitais em cidades que possuíssem catedrais e albergues ao lado de igrejas para facilitar a atenção aos pobres, inválidos, enfermos e viajantes (Neufeld, 2013).

Entretanto é importante salientar que as bases históricas do cuidado remetem à antiguidade, visto que há registros históricos que demonstram conhecimentos sobre anatomia, fisiologia e o tratamento de algumas enfermidades. No século V a.C na Grécia antiga, Hipócrates, o pai da medicina, não acreditava que as patologias fossem provocadas por maus espíritos, como era o pensamento da época. Ele passou a fazer observações que induziam a diagnósticos e tratamentos, fundamentados nos princípios da fitoterapia. No Ocidente, as ervas tinham importante função no tratamento de diversas enfermidades da época. No entanto, no oriente, sobretudo na Índia (séc. VI a.C.), já existiam tratamentos com suturas, correções de fraturas, amputações e trepanações (Silveira-Alves, 2020).

Com a colonização do Brasil pelos Portugueses e a chegada das comitivas de missionários jesuítas, foi fundada a primeira Santa Casa da Misericórdia em Olinda (1539), sendo reconhecida como o primeiro hospital brasileiro. A finalidade desses hospitais estava ligada a um ambiente de conforto espiritual, segregação ou repressão para cuidar dos pobres, enfermos, órfãos e pessoas necessitadas. Esse hospital funcionou somente até 1630, quando foi saqueado e incendiado durante uma invasão Holandesa (Khoury, 2004).

Na Europa, a partir do século XV, houve reformas legislativas que influenciaram na prática médico-hospitalar e contribuíram para transformar os hospitais em locais de estudo médico e cirúrgico. Em seguida, a partir do século XVIII, o hospital passou a ter um caráter científico e um instrumento curativo e terapêutico (Neufeld, 2013).

Na Enfermagem, as alterações práticas ocorreram somente a partir do século XIX, com Florence Nightingale. Baseou-se na defesa da prática baseada em evidências na enfermagem, com vistas a melhoria da assistência prestada ao paciente. Foi a grande responsável pela Teoria

Ambientalista, a qual defendia a influência da higiene dos espaços físicos como sendo essenciais para a recuperação dos pacientes. A teoria do germe ainda não havia sido promulgada por Pasteur e Koch, então ainda não havia o conceito de microrganismos e a proliferação de quadros infecciosos, entretanto as práticas propostas por Nightingale, reduziam os índices de contaminação e o número de óbitos. Em decorrência disso, Florence Nightingale é considerada como a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo (Floriano et al., 2020).

A partir dos avanços propostos por Florence Nightingale, a Enfermagem passou a se consolidar como uma profissão fundamentada no conhecimento técnico-científico e na capacidade de julgamento clínico, aspectos que, ao longo das décadas, tornaram-se ainda mais relevantes diante da complexidade crescente dos serviços de saúde. No contexto hospitalar contemporâneo, esse legado evoluiu para uma prática que demanda não apenas de habilidades assistenciais, mas também de competências em gestão, educação e pesquisa.

A Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que define as diretrizes para a organização do componente hospitalar no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Conforme o Art. 3º dessa normativa, os hospitais são caracterizados como instituições complexas de alta densidade tecnológica de atuação multiprofissional e interdisciplinar, responsável por prestar cuidados aos usuários com condições agudas ou crônicas, que demandam atenção contínua em regime de internação, por meio de ações que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Além disso, os hospitais também são considerados como centros de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde (Brasil, 2013).

O nível de cuidado na atenção hospitalar depende da complexidade da assistência requerida pelo paciente, pois existem setores específicos que atendem a diferentes especialidades e condições clínicas. Cada setor possui uma infraestrutura específica, com densidade tecnológica e com recursos humanos próprios.

A portaria Nº 2.862 do Ministério da Saúde, de 29 de dezembro de 2023, dispõe sobre as Unidades de Terapia Intensiva – UTI e as define como um serviço hospitalar destinado aos pacientes críticos, graves ou de alto risco clínico ou cirúrgico, que necessitam de cuidados intensivos ininterruptos com monitorização contínua durante 24 horas. Além de assistência médica, o cuidado tem que ser multidisciplinar sendo composto também por fisioterapeutas e enfermeiros. Devido à complexidade de atuação da enfermagem nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), é requerida a experiência comprovada por uma habilitação em cuidados intensivos comprovada por título, para atuar nesse setor (Brasil, 2023).

A atuação da enfermagem é diversa e complexa e envolve a prestação de atividades assistenciais e gerenciais, que exigem competência técnica e conhecimento científico especializado. O papel do enfermeiro na assistência envolve realizar o monitoramento e o acompanhamento individualizado dos pacientes para que seja possível identificar e avaliar os sinais de uma piora clínica, direcionar a tomada de decisões e adotar condutas terapêuticas. Além disso, os profissionais de enfermagem também são responsáveis pelo planejamento e prestação dos cuidados individualizados, prevenção de agravos e de infecções hospitalares, administração de medicamentos, manejo da dor e pelo suporte emocional, aos pacientes e seus familiares, através de uma abordagem humanizada (Braga et al., 2024).

A presença de uma equipe multidisciplinar em um setor crítico de assistência especializada como uma UTI, requer que as diferentes profissões, cada uma com suas atribuições específicas, trabalhem de forma alinhada e com ações complementares entre si, na busca do melhor desfecho clínico possível para os pacientes. A integração entre a equipe interdisciplinar, exige o estabelecimento de um canal de diálogo constante, que envolva não somente a troca contínua de informações, mas também de habilidades e estratégias entre todos os membros da equipe. Segundo Rodrigues de Freitas (2024), o enfermeiro possui uma posição estratégica nessa dinâmica, devendo articular o diálogo entre as diferentes especialidades e o paciente, assegurando que as necessidades dos usuários sejam atendidas de forma eficiente e integrada por toda a equipe. Essa atuação gerencial exige habilidades de liderança, comunicação e tomada de decisão colaborativa.

As atividades gerenciais da enfermagem, envolvem a organização dos serviços de saúde e o conhecimento de suas dimensões políticas, sociais, didáticas, culturais e dos recursos humanos e materiais, fundamentadas através do entendimento da realidade e da complexidade do setor. Com isso, surge a necessidade compreender o serviços de saúde por meio de um Diagnóstico Situacional (DS), uma ferramenta de gestão que permite identificar a realidade do serviço, as fragilidades, potencialidades e o perfil dos clientes assistidos, para realizar o levantamento de problemas, que possam fundamentar um planejamento estratégico situacional, possibilitando o desenvolvimento de ações mais efetivas e qualificadas para a resolução dos problemas encontrados, garantindo uma assistência humanizada e resolutiva. Diante disso, o DS de enfermagem é essencial para demonstrar a realidade da instituição, bem como a efetividade do planejamento do serviço de enfermagem, com os recursos necessários previstos e providos, os quais interferem no cuidado de qualidade prestado ao paciente (COREN-MG, 2020).

As UTIs são caracterizadas como um ambiente de alta especialização e tecnologia, e comporta profissionais da saúde que dispõem de distintas habilidades e destrezas para a assistência e realização de procedimentos, é imprescindível a estruturação dos processos de cuidado e o mapeamento deste serviço específico objetivando a qualificação das tomadas de decisões em consonância com o fluxo do setor (Luvisaro et al., 2014).

Portanto, a organização adequada das diversas interfaces que envolvem a UTI, através do uso do diagnóstico situacional, contribui para um ambiente favorável tanto para os usuários quanto para os profissionais, pois, auxilia nas diretrizes de admissões e altas da unidade, melhora o uso de leitos evitando a exposição dos pacientes a riscos evitáveis, implementa ações permanentes que viabilizam a caracterização da população usuária deste serviço, bem como define as prioridades de intervenção. Em suma, evidencia-se que é crucial conhecer a realidade do trabalho e a comunidade à qual o trabalho é destinado, a fim concretizar estratégias e programas resolutivos que corroboram para a promoção da saúde (Luvisaro et al., 2014).

Os profissionais de enfermagem alocados em uma UTI, confrontam diariamente questões relativas à morte, que quando somadas a outras causas geradoras de estresse, como carga de trabalho exaustiva, insuficiência de recursos humanos e materiais e o risco de contágio por exposição a microrganismos, pode desencadear em problemas de saúde mental desses profissionais, como síndrome de burnout, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos de ansiedade. Estudos conduzidos após a Covid-19, apontam a necessidade urgente de implementar protocolos de cuidados em saúde mental específicos, direcionado para os profissionais que atuam nas UTIs (Ribeiro et al., 2024).

É evidente a complexidade da enfermagem como profissão, além de ser dinâmica e estar em constante evolução. Os enfermeiros atuam continuamente em mudanças na forma como é prestada a assistência à saúde prezando sempre pela segurança do paciente, além de possuir um papel central no cuidado direto aos pacientes e fornecendo cuidados holísticos e abrangentes, não apenas as necessidades físicas dos pacientes, mas também as suas necessidades emocionais, sociais e psicológicas.

O enfermeiro por meio das suas atribuições gerenciais desempenha um papel fundamental no funcionamento dos serviços de saúde, assegurando a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente, através da definição e supervisão dos protocolos assistenciais e dos indicadores de desempenho, que irão pautar os processos de capacitação da equipe de enfermagem e o aperfeiçoamento das unidades de saúde. Além disso, o enfermeiro é responsável por coordenar as atividades da equipe de enfermagem, atuando como um líder, devendo motivar e orientar a equipe para que as metas assistenciais estabelecidas sejam

alcançadas. Esse processo envolve o emprego de habilidades de liderança e comunicação, além de envolver diversas áreas e setores, como administração, recursos humanos, financeiro, suprimentos, entre outros, exigindo profissionais qualificados e dedicados (Nascimento et al., 2023).

Para que isso ocorra, é necessário que o enfermeiro durante o seu processo de formação, estabeleça o contato com diferentes especialidades e níveis de assistência, sobretudo com pacientes graves, a fim de preparar o estudante para as exigências profissionais do mercado de trabalho. Além disso, a vasta experiência clínica também auxilia o estudante na definição de sua identidade profissional, ampliando as possibilidades de atuação. A implementação do Estágio Curricular Supervisionado (ECS), pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), têm sido uma ferramenta essencial para a consolidação desse processo.

De acordo com Esteves (2018), o ECS auxilia na consolidação de um sujeito crítico, reflexivo, curioso e articulador de saberes, pois é nesse espaço que o estudante tem a oportunidade de se tornar um agente transformador, sendo instigado a refletir sobre os processos de trabalho vivenciados e, a partir deles, propor soluções para os problemas reais do cotidiano profissional. Nesse sentido, o estágio oportuniza ao futuro enfermeiro desenvolver uma visão diferenciada do campo de trabalho, favorecendo a aquisição e o aperfeiçoamento de habilidades inerentes ao exercício profissional. Além disso, a realização do ECS contribui para despertar no enfermeiro em formação, o interesse por áreas de atuação específicas, contribuindo na construção de afinidades profissionais que irão influenciar nos processos de escolha de especialização e profissional (Benito et al., 2012)

Considerando o exposto, o presente trabalho consiste em um relato de experiência que descreve as percepções vivenciadas por um estudante de graduação em Enfermagem durante a realização do Estágio Curricular Supervisionado, que foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto de um hospital público de alta complexidade, com enfoque nas atividades assistenciais e gerenciais.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Relatar e descrever as experiências vividas por um estudante do curso de graduação em enfermagem, no estágio curricular supervisionado hospitalar, o qual ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva adulto do hospital universitário. Essa experiência pode subsidiar a escolha da área de estágio de outros estudantes e direcionar estratégias de melhora dos campos de estágio para os futuros estudantes.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Relatar as percepções levantadas acerca da função gerencial do enfermeiro intensivista;
2. Apresentar um relatório de gestão, no formato de diagnóstico situacional, baseado na legislação vigente das organizações de saúde.

4. MÉTODO

Trata-se de uma descrição, no formato de relato de experiência, sobre a vivência no estágio supervisionado de um estudante do último ano do curso de graduação em enfermagem.

O estágio curricular supervisionado 1 (ECS I) do curso de graduação em enfermagem é um componente curricular totalmente prático, com uma carga horária total de 480 horas. Neste componente acadêmico, o estudante realiza atividades assistenciais, de ensino e de gestão com enfermeiros assistencialistas experientes, lotados nos diversos setores do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU/EBSERH).

O HC-UFU/EBSERH é um hospital público, de alta complexidade, referência no triângulo mineiro e vinculado ao sistema único de saúde (SUS). Possui mais de 500 leitos e é o laboratório de prática clínica para vários cursos de graduação da área da saúde da UFU, dentre eles enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição, cursos técnicos, de especialização lato sensu e stricto sensu.

O campo de estágio vivenciado foi a Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário de alta complexidade. Ocorreu no período de 21/05/2024 a 20/09/2024. Baseou-se na descrição das autopercepções sobre a evolução técnica do estudante frente a um cenário profissional e seus desafios diários. Também o diagnóstico situacional de gestão desse setor, no formato de um relatório.

4.1 Cenário do Estágio

A primeira UTI formal foi fundada em 1926, no Hospital Johns Hopkins, localizado em Baltimore, estado de Maryland, nos Estados Unidos. Inicialmente, essa unidade era uma sala de recuperação pós-anestésica destinada a pacientes submetidos a neurocirurgias. A ideia de agrupar pacientes graves em um ambiente com cuidados intensivos surgiu da necessidade de monitoramento constante e tratamento especializado para pacientes com maior risco de complicações.

No Brasil, as primeiras UTIs foram implantadas na década de 1970, com destaque para o Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, que inaugurou a primeira UTI do país em 1971. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira- AMIB, o intuito era de centralizar o cuidado aos pacientes de alto grau de complexidade em um setor hospitalar adequado, com uma infraestrutura própria e com recursos humanos capacitados, visando a prestação de uma assistência especializada de forma contínua (Gomes, 2023).

A UTI adulto do HC-UFU/EBSERH localiza-se no terceiro andar e possui um total de 30 leitos, subdivididos em quatro unidades distintas: UTI Cirúrgica ou UTI I com 9 leitos, destinados aos pacientes pré e pós operatórios de cirurgias gerais, principalmente politraumatizados em estado crítico; UTI Neurológica ou UTI II com 9 leitos, destinados a pacientes com condições neurológicas ou traumas crânioencefálicos; UTI Geral ou UTI III com 9 leitos, destinados a pacientes com doenças e comorbidades crônicas com necessidade de uma internação prolongada; UTI Isolada ou UTI IV com apenas 3 leitos, destinados a pacientes em isolamentos por microrganismos resistentes.

Conforme a portaria Nº 2.862 do Ministério da Saúde, de 29 de dezembro de 2023, a UTI adulto do HC-UFU/EBSERH é classificada como uma UTI do tipo III, atendendo pacientes críticos com instabilidade fisiológica grave, com risco de morte elevado e que necessitam de monitorização e intervenções invasivas altamente complexas (Brasil, 2023). O HC-UFU está inserido na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte, que engloba as microrregiões de Ituiutaba, Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo, sendo seus leitos destinados a atender uma população estimada de 1.165.191 pessoas em 27 municípios, em um sistema de pontuação intergestores do SUS (HC-UFU/EBSERH, 2024)

4.1 Considerações éticas

Por se tratar de fontes advindas exclusivamente da observação e da vivência do próprio autor no cenário de estágio e serem informações estritamente descritivas sobre as autopercepções do próprio autor (estudante), não foi necessário a submissão para apreciação e a aprovação ética. Todas as ações e condutas realizadas e aqui descritas estão baseadas nos princípios éticos, na comunicação assertiva com os profissionais da enfermagem e com a equipe multidisciplinar, além da relação terapêutica focada no paciente e com os familiares.

Em toda a descrição, houve a prática de respeito às considerações de confidencialidade e de proteção do grupo de pessoas que estavam indiretamente envolvidas no processo, garantindo a não exposição e não acarretar riscos aos sujeitos do setor, conforme consta na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510 de 2016 que dispõe sobre as Normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

5. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O meu primeiro contato com um paciente, sobre os meus cuidados, foi na disciplina de fundamentos de enfermagem na enfermaria de clínica médica. O que era para ser um simples banho no leito, tornou-se um pesadelo. Devido à instabilidade hemodinâmica, o paciente apresentou parada cardiorrespiratória.

Naquele momento, eu ainda não tinha todo o conhecimento que eu iria adquirir na faculdade. Eu, diferentemente dos meus outros colegas ali presentes, eu não fiquei paralisado pelo medo ou insegurança. Pelo contrário, eu estava tomado pela adrenalina e pela emoção em atuar com toda a equipe que estava realizando a reanimação cardiopulmonar. Neste dia, foi a primeira vez que me reconheci na enfermagem. A partir daquele momento, surgiu o interesse por pacientes críticos, sobretudo em situações de urgência e emergência. Sendo assim, essa primeira experiência foi tão significativa que guiou toda a minha trajetória acadêmica.

Ingressei na Liga de Urgência e Emergência em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (LUREEN) em fevereiro de 2024, onde pude vivenciar a rotina do pronto socorro do HC-UFU, por meio de plantões esporádicos ao longo do mês. Além disso, participava ativamente nas atividades e nas reuniões semanais da liga, com destaque para uma simulação de um incidente com múltiplas vítimas, no qual em conjunto com um acadêmico de medicina, formulei um caso de trauma com sinais, sintomas e condutas terapêuticas que as equipes de resgate e hospitalar deveriam executar para realizar o salvamento da vítima. Infelizmente em outubro de 2024, tive que deixar a liga devido a conflitos de horário, entretanto todas essas experiências fortaleceram ainda mais o meu interesse em atuar com pacientes críticos e influenciou na minha escolha de campo de estágio.

No momento de escolha do campo de estágio em agosto de 2024, no qual ainda era um membro da LUREEN, a única incerteza que pairava sobre mim era escolher qual setor de atuação com pacientes críticos eu iria escolher. Na época, tive dúvida entre o Pronto Socorro (PS) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Não posso negar que, no primeiro momento, minha tendência era ir para o Pronto Socorro. Esta parecia ser a escolha mais óbvia, já que era a porta de entrada do hospital, através da qual os casos críticos de urgência e emergência eram admitidos e estabilizados antes de serem encaminhados aos outros setores hospitalares.

Entretanto, o PS tem uma grande desvantagem quando comparado a Unidade de Terapia Intensiva, a alta rotatividade do setor impede o acompanhamento da evolução clínica dos pacientes, limitando as oportunidades de intervenções de enfermagem somente as

condições agudas. Sendo assim, optei por realizar o estágio na UTI devido a possibilidade de atuação em diferentes situações, mas que eu conseguiria acompanhar por um tempo maior os pacientes internados e poder aplicar com mais precisão, todas as etapas do processo de enfermagem, em pacientes agudos e crônicos.

Contudo, dentro da unidade hospitalar existem subdivisões das Unidades de Terapia Intensiva, cada qual abrangendo um perfil de paciente específico, as opções disponíveis para escolha de campo de estágio eram a UTI Neonatal, UTI Pediátrica, UTI Coronariana, UTI Cirúrgica, UTI Neurológica e UTI Geral. Com base no relato de estudantes de turmas anteriores que já haviam concluído o estágio supervisionado do 9º Período, eu sabia que haveria uma disputa pelos campos de estágios, sobretudo pelas vagas nas UTIs. Como minha turma era formada por 30 alunos, a disputa pelas vagas dos setores de estágio seria acirrada.

Com base nisso, na tentativa de alinhar os interesses pessoais dos estudantes com as vagas e setores disponíveis, foram realizadas enquetes e uma lista de prioridades. A partir das respostas dos meus colegas de turma, fui capaz de perceber que havia uma disparidade de interesse entre as UTIs, sendo eu o único a colocar a UTI Geral como campo de estágio. Como não havia outros interessados, fui imediatamente alocado para essa unidade, sem a necessidade de participar de disputas adicionais. Conseguir uma vaga no setor que mais despertava as minhas ambições profissionais foi gratificante.

Sendo assim, todo o meu estágio foi realizado na UTI Geral, que abrange os nove leitos da UTI III e os três leitos de isolamento da UTI IV. O perfil de pacientes da UTI Geral era composto principalmente por indivíduos portadores de condições crônicas pregressas graves, a maioria com um histórico de internação hospitalar anterior. O que permitiu o contato direto com diversas patologias em suas mais variadas evoluções, possibilitando vivenciar o papel do profissional de enfermagem ao longo desses processos de saúde e doença.

Meu primeiro dia como estagiário de uma unidade de terapia intensiva, foi marcado pela insegurança em relação a estabelecer uma relação interpessoal com a equipe multiprofissional, sobretudo com a equipe de enfermagem que iriam me acompanhar durante todo o meu estágio. Apesar de me considerar uma pessoa extrovertida, tenho dificuldades em iniciar novas relações pessoais, principalmente no primeiro momento.

Além do mais, ainda não havia tido até aquele momento, nenhuma experiência semelhante a um trabalho, então não sabia ao certo como se desenvolvia as relações nesse tipo de ambiente. Por causa disso, estava aflito e ansioso em como seria a dinâmica com toda a equipe. A coordenadora da Enfermagem, Gisele, foi crucial nesse momento, sendo gentil e receptiva, me apresentando a toda a equipe escalada no dia.

Inicialmente, o meu relacionamento com os profissionais do setor era distante, foi difícil adquirir a confiança deles e me sentir parte da equipe. Por se tratar de um setor de alta complexidade, as expectativas depositadas nós estagiários são sempre altas, e não é fácil atendê-la, e nem sempre é possível. Havia alguns membros da equipe que eu não consegui estabelecer uma relação de amizade ou companheirismo, mas apesar disso sempre fui muito bem tratado. Por outro lado, existiam outros profissionais mais solícitos e dispostos a ajudar em todos os momentos em que precisei. Sabendo disso, procurava acompanhar sempre as enfermeiras e os técnicos que mais gostavam de ensinar e que tivessem mais paciência, com as minhas dúvidas e minhas inseguranças.

A primeira relação que eu estabeleci foi com a residente de Enfermagem em Nutrição Clínica. O nosso contato foi fundamental para o entendimento da dinâmica e a rotina do setor, as condutas que eram esperadas de mim, além de me ajudar com a disposição física do espaço. Inicialmente, eu a acompanhei durante as atribuições rotineiras da equipe de enfermagem, como avaliação do estado geral dos pacientes e checagem de dispositivos invasivos e de monitoramento, validade do equipo de infusão e das medicações. Ademais, verifiquei os procedimentos de enfermagem mais rotineiros como punção venosa, cateterismo vesical e aspiração de vias aéreas.

No decorrer dos procedimentos, a residente me direcionava perguntas a respeito da execução técnica e minhas experiências pregressas no decorrer da graduação. Com o passar dos dias e da construção de confiança nas minhas habilidades e competências clínicas, passei a assumir sob sua supervisão, pequenas condutas de enfermagem principalmente as gasometrias arteriais e coleta de sangue para realização de exames. Além do mais, ao longo do dia fazíamos pequenas discussões dos casos clínicos e interpretações de resultados de exames e suas repercussões no estado do paciente.

Ao longo da faculdade, uma das minhas maiores dificuldades era a interpretação de exames laboratoriais, principalmente durante a elaboração dos casos clínicos conduzidos em diferentes disciplinas no decorrer da graduação. Infelizmente não havia uma matéria específica que abordasse o tema. Era um raciocínio que deveria ser construído ao longo do curso. Entretanto, para mim, foi somente no estágio do 9º Período que esse pensamento clínico começou a ser desenvolvido, devido ao contato diário com os resultados de exames laboratoriais e a cobrança de interpretação por parte dos preceptores.

Outro desafio, ao longo do estágio foi relacionado a indicação e atuação de alguns medicamentos, principalmente as drogas vasoativas e as drogas utilizadas na sedação, as enfermeiras ao perceberem essas lacunas, recomendavam a leitura de alguns artigos científicos.

Mesmo já tendo cursado a disciplina de Farmacologia, a correlação das medicações com a clínica, ainda era um obstáculo. Após ter realizado as leituras, fazíamos pequenas discussões e correlacionávamos a teoria com a prática. Esses momentos eram de suma importância para a consolidação do meu conhecimento acadêmico, construído de forma gradual durante toda a faculdade.

Minha rotina no estágio hospitalar começava às 06:30 da manhã, como moro longe do hospital, acordava todos os dias por volta das 5:30 da manhã, me arrumava e pegava um Uber até o hospital. Eu não tinha o hábito de tomar café logo ao acordar, por isso eu fazia uma pausa de 15 minutos por volta das 09:00 da manhã e tomava café da manhã na lanchonete do hospital ou na copa do próprio setor, geralmente acompanhado pelos outros dois estagiários da enfermagem, das outras UTIs. O expediente do estágio acabava às 12:30, entretanto nem sempre era possível sair no horário, devido a procedimentos que ainda deveriam ser feitos antes da passagem de plantão ou devido a alguma intercorrência clínica que exigisse uma intervenção terapêutica.

Além do Estágio Curricular Supervisionado I, eu estava matriculado no Estágio Supervisionado de Práticas Educativas III (ESPE III), então diferentemente da maioria dos meus colegas de turma, o meu termo de compromisso de estágio era de apenas 30 horas semanais, divergindo das 36 horas convencionais. De segunda a sexta-feira, eu fazia 06 horas diárias de estágio na UTI na parte da manhã das 06:30 às 12:30. Entretanto, uma vez por semana, geralmente nas quartas-feiras, eu tinha outro campo de estágio em ESPE III, das 14:00 às 16:00. Conciliar esses dois estágios e a Liga de Urgência e Emergência foi exaustivo, ocasionando em um desgaste físico e sobretudo mental.

Todas as manhãs, ao chegar ao hospital para o estágio, meu primeiro destino era o vestiário da UTI. Lá, eu realizava a troca da roupa pessoal pela roupa privativa do setor, em seguida me direcionava para a Unidade III. Em conjunto com uma das enfermeiras da manhã, eu acompanhava a passagem de plantão da equipe do turno anterior, na qual eram repassadas as informações pertinentes a respeito das últimas 24 horas de observação dos pacientes sobre nossa responsabilidade e as condutas que ainda estavam pendentes.

Logo em seguida, era realizado o “huddle” de enfermagem, no qual os técnicos de enfermagem e os enfermeiros, discutiam as questões pontuais da unidade naquele momento, que poderiam ser a falta de um medicamento ou insumo, além de repassar as informações cruciais de cada paciente, ressaltando os exames ou procedimento programados. O intuito era alinhar os profissionais de enfermagem, com as demandas diárias do setor garantindo a qualidade do atendimento e a segurança do paciente. O Huddle era uma reunião rápida, de 05

a 10 minutos, após esse momento inicial, eu realizava a conferência diária do carrinho de emergência, da maleta de transporte e testava o desfibrilador. Se o lacre do carrinho tivesse sido rompido pela equipe do turno da noite devido a alguma intercorrência clínica de urgência, eu já fazia a reposição das medicações e insumos utilizados lacrando novamente o carrinho de emergência.

Logo em seguida, já iniciava a avaliação do estado geral dos pacientes sob a responsabilidade do enfermeiro preceptor do dia, que variava conforme a escala de trabalho mensal da própria unidade. Em média cada enfermeiro ficava com um quantitativo de quatro ou cinco pacientes, quando a escala estava completa e não faltava colaboradores havia três enfermeiros para a UTI Geral, dois para a UTI III com nove leitos e um para a UTI IV com três leitos de isolamento. Na maioria das vezes, eu ficava na UTI III devido ao maior número de leitos.

Nas duas semanas iniciais do estágio, eu apenas acompanhava o enfermeiro na execução de suas atribuições assistenciais e gerenciais. Entretanto, de forma gradual, a partir da terceira semana passei a assumir a responsabilidade de avaliar, fazer o diagnóstico de enfermagem e a prescrição de cuidados de enfermagem, inicialmente de apenas 02 pacientes, sempre sob a supervisão do enfermeiro preceptor escalado no dia.

As funcionalidades disponíveis no meu acesso ao AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários) eram limitadas. Então eu dependia dos enfermeiros da unidade para ter acesso aos prontuários eletrônicos dos pacientes e poder realizar os diagnósticos, as prescrições de enfermagem e os registros dos procedimentos no prontuário dos pacientes. Por se tratar de dados sensíveis, tanto dos pacientes quanto do próprio profissional, no primeiro momento alguns enfermeiros sentem receio em compartilhar o acesso. Para tentar contornar isso, sempre mostrava e discutia os meus diagnósticos e minhas prescrições antes de lançar no sistema, a fim de tranquilizá-los. Com o tempo, conquistei a confiança dos enfermeiros e passei a fazer o diagnóstico e as prescrições de enfermagem dos demais pacientes, perceber que os preceptores confiavam em mim para planejar os cuidados de enfermagem, foi gratificante.

Para poder realizar os diagnósticos de enfermagem e planejar os cuidados, era necessário avaliar os pacientes clinicamente. A primeira etapa da avaliação do estado geral era a inspeção, na qual observava a presença de dispositivos invasivos, a integridade dos curativos de cateteres, os parâmetros clínicos, as medicações e as taxas de vazão das bombas de infusão contínua, os parâmetros ventilatórios e o nível de consciência. Essas informações também eram utilizadas para guiar os cuidados individuais com cada paciente e para acompanhar as mudanças ao longo do plantão.

Ao longo das avaliações eu anotava os dados relevantes em um bloco de anotações, para em seguida poder fazer as descrições corretas no prontuário eletrônico, além de elencar os pacientes que necessitavam de algum procedimento de enfermagem. A partir dessas informações, eu planejava as minhas intervenções de acordo com as necessidades e a gravidade dos pacientes designados a mim pelo enfermeiro preceptor.

Concomitante a isso, aproveitava a oportunidade para colocar em prática as técnicas e as etapas do exame físico geral nos pacientes com os casos clínicos mais interessantes, tendo em vista a impossibilidade de fazer um exame físico completo em todos os pacientes, devido à alta demanda da unidade, optava então por priorizar aqueles que julgava serem mais notáveis ou os que eram indicados a mim pela equipe.

Além disso, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem também me indicavam procedimentos que julgavam serem relevantes para minha formação acadêmica, mesmo daqueles pacientes que eu não estava diretamente envolvido nos cuidados, para que eu pudesse observá-los ou até mesmo realizar algumas condutas sob supervisão. Dessa forma, eu me mantinha constantemente envolvido nas atividades assistenciais.

Os pacientes eram avaliados para o risco de desenvolvimento de lesões por pressão por meio da escala de Braden e o risco de queda através da escala de Morse. A escala de Santos e Fugulin para classificação dos pacientes de acordo com o grau de dependência e necessidades de cuidados não era utilizada na unidade, ao invés disso, fazíamos o preenchimento do formulário NAS (Nursing Activities Score) que avaliava o tempo gasto pela equipe de enfermagem na prestação da assistência aos pacientes, a partir de critérios como a vazão de drogas vasoativas, necessidade de transporte nas últimas 24 horas, dispositivos invasivos e intercorrências. Esses dados eram utilizados pela administração de enfermagem para o cálculo de dimensionamento da equipe de enfermagem por meio da avaliação da carga de trabalho médio da enfermagem.

Ademais, a presença dos dispositivos invasivos de ventilação mecânica, cateter venoso central e cateter vesical eram observados, avaliados e relatados no prontuário eletrônico, quanto a sua utilização e a presença de sinais flogísticos indicativos de um processo infecioso em curso. Essas informações faziam parte dos bundles de prevenção de infecções hospitalares relacionadas a dispositivos médicos e indicavam a qualidade da assistência preventiva por parte da equipe da unidade. As taxas de infecções relacionadas a dispositivos médicos, como Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) e Infecções do Trato Urinário (ITU), eram acompanhadas pela Coordenação de

Enfermagem e pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e serviam como base para a construção de atividades de capacitação continuada com a equipe multiprofissional.

Após o preenchimento das avaliações clínicas nos prontuários eletrônicos dos pacientes, eu auxiliava os técnicos de enfermagem no banho de leito de alguns pacientes, sobretudo daqueles de difícil mobilização, seja por sobrepeso ou por necessitarem de uma movimentação em bloco devido a traumas raquimedulares. Aproveitava essas mudanças de decúbito para avaliar o aspecto da pele nas proeminências ósseas e realizar a troca dos curativos, caso houvesse a presença de lesões por pressão.

Muitas vezes, o manejo dessas feridas precisava ser realizado de forma ágil, devido à instabilidade hemodinâmica dos pacientes, que se intensificava durante as movimentações. Somado a isso, havia a sobrecarga física imposta ao colega responsável por manter o paciente em posição lateralizada, o que ocasionava insegurança e tensão sobre mim durante as primeiras trocas desse tipo de curativo, pois temia que a demora pudesse resultar em repercussões clínicas negativas para o paciente, além de causar um descontentamento no colega. Felizmente com o passar do tempo fui adquirindo confiança e destreza na realização desse procedimento.

Dentre as oportunidades de aprendizado do estágio, uma das experiências mais valorosas foi o manejo do ultrassom para a avaliação de retenção urinária nos pacientes com micção espontânea prejudicada. A visualização e o cálculo estimado de volume de urina na bexiga ajudavam a evitar cateterismos vesicais desnecessários, poupando os pacientes de procedimentos invasivos e reduzindo o risco de infecção do trato urinário, associado ao uso de sonda.

Além disso, o ultrassom também podia ser utilizado nas punções de cateteres arteriais periféricos para monitoramento contínuo da Pressão Arterial Invasiva (PAI). Até o estágio na UTI, eu não havia tido contato com a PAI, tanto a punção em si quanto a avaliação dos parâmetros eram até então desconhecidos por mim, sendo um mais um dos desafios que tive que superar ao longo do estágio.

A princípio, comecei a observar a execução do procedimento pelas enfermeiras do setor, analisando os materiais que eram utilizados e o correto manejo e nivelamento do transdutor de PAI com o eixo flebotástico. Após adquirir confiança, comecei a realizar as trocas dos curativos das inserções dos cateteres arteriais. O que era para ser relativamente simples se tornava complicado devido ao receio em causar um deslocamento do cateter e a perda da punção arterial. Devido à instabilidade hemodinâmica característica de alguns pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o monitoramento dos parâmetros

pressóricos invasivos torna-se essencial para a avaliação contínua do estado clínico e para o ajuste preciso da infusão de drogas vasoativas ao longo do plantão.

A perda de um acesso arterial para PAI pode ser potencialmente prejudicial para os pacientes, pois compromete o monitoramento contínuo da pressão arterial e dificulta a tomada de decisões clínicas imediatas, sendo necessária a realização de uma nova punção arterial, o que nem sempre é simples, considerando o perfil clínico crítico dos pacientes. Condições como vasoconstrição periférica, hipoperfusão tecidual, uso prolongado de drogas vasoativas, edema, e fragilidade vascular tornam o procedimento mais complexo, exigindo, por vezes, múltiplas tentativas até que se obtenha o sucesso na instalação do novo cateter arterial.

Após consultar e estudar o Procedimento Operacional Padrão (POP) da instituição, e observar a realização da técnica por profissionais experientes em diferentes ocasiões, tive a oportunidade de executar, sob supervisão direta de uma enfermeira do setor, duas punções arteriais com o objetivo de instalar o cateter para monitoramento contínuo da Pressão Arterial Invasiva (PAI). Ambas as punções foram realizadas na artéria radial, utilizando os materiais recomendados pelo protocolo institucional, como campos estéreis, cateter adequado, sistema pressurizado e transdutor conectado ao monitor multiparamétrico.

Dentre as duas tentativas realizadas, apenas uma foi bem-sucedida, sendo possível a correta inserção do cateter e o início da monitorização invasiva. A segunda tentativa não resultou em sucesso, entretanto possibilitou refletir e discutir sobre as dificuldades técnicas envolvidas durante a execução do procedimento, como por exemplo a necessidade de localizar precisamente pulso radial a ser punctionado, a correta angulação do cateter e posicionamento adequado do membro.

Com o decorrer das semanas no estágio, foi possível observar uma evolução nítida em minha prática profissional, especialmente no que se refere à execução dos procedimentos de Enfermagem. Dentre os procedimentos que mais tive oportunidade de realizar com frequência e segurança, destacam-se a aspiração de vias aéreas superiores e inferiores, o cateterismo vesical de alívio e demora, a avaliação e o tratamento lesões por pressão, a coleta de gasometrias arteriais e administração de medicamentos via oral, intravenosa, intramuscular e subcutânea.

Além dessas práticas, por estar inserido em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), também pude observar de perto condutas privativas da equipe médica, como a passagem de cateter venoso central e a inserção do cateter de Swan-Ganz, utilizado para monitorização hemodinâmica avançada. A observação desses procedimentos possibilitou compreender melhor os recursos tecnológicos que podem ser empregados no cuidado intensivo.

Também tive a oportunidade de presenciar a passagem de cateter central de inserção periférica (PICC) realizada pela equipe de Enfermagem. Nesse momento, pude auxiliar as enfermeiras responsáveis com a organização e abertura dos materiais estéreis, mantendo os princípios da técnica asséptica. Essa vivência reforçou a atuação autônoma e especializada da Enfermagem em procedimentos de alta complexidade, ampliando meu entendimento sobre as competências técnicas que podem ser desenvolvidas e exercidas pelos profissionais de enfermagem dentro do contexto da terapia intensiva.

A troca de experiências com outros colegas de classe, alocados em diferentes setores hospitalares, também foi um elemento fundamental para o enriquecimento da minha formação durante o estágio. As conversas informais, relatos de vivências e partilhas de dificuldades e estratégias, possibilitaram uma visão mais ampla sobre a prática da Enfermagem em diferentes contextos assistenciais, como no pronto-socorro, no centro cirúrgico e nas enfermarias clínicas. Essas interações contribuíram para o fortalecimento dos vínculos com os demais colegas de turma e futuros colegas de profissão.

Além das atividades assistenciais, também executei funções gerenciais. Em conjunto com os enfermeiros do setor fazia a montagem da escala de atribuição dos técnicos de enfermagem organizadas diariamente sempre no turno anterior, de forma que os enfermeiros do turno da manhã, distribuem os pacientes para o turno da tarde e assim por sequência, também fazíamos ajustes na escala, quando havia alguma demanda dos técnicos, quase sempre relacionadas ao fato de já terem cuidado daquele paciente atribuído, recentemente. Para evitar isso, durante a confecção das escalas, observava sempre os dois últimos plantões e avaliava com quais pacientes cada técnico havia ficado, de forma que pudesse fazer haver um rodízio entre a quantidade de paciente e o grau complexidade dos casos clínicos.

Além disso, também participei de reuniões e capacitações conduzidas pela enfermeira coordenadora do setor e os enfermeiros assistenciais, onde pude constatar a relevância e o papel do enfermeiro coordenador dentro de uma UTI, na gestão não somente dos recursos materiais, mas sobretudo dos recursos humanos. Durante uma dessas reuniões, a Enfermeira coordenadora solicitou que eu elaborasse um Diagnóstico Situacional (DS) do setor, como uma estratégia para a prática de uma atividade gerencial necessária para o planejamento estratégico situacional, já que permite identificar a realidade do serviço e suas fragilidades e potencialidades.

Eu já havia participado da criação de um DS de outro setor, durante a disciplina de Gestão de Enfermagem II no oitavo período da faculdade. Então já estava familiarizado com a estrutura e com os parâmetros a serem avaliados. Entretanto, elaborar sozinho um DS de um

setor de alta complexidade como a UTI e apresentá-lo a uma coordenadora de enfermagem com uma vasta experiência em gestão, foi desafiador, mas ao mesmo tempo foi uma ótima oportunidade de aprendizado, que em conjunto com as discussões posteriores, fortalecerem o meu entendimento quanto a função de um enfermeiro gestor, líder de equipe.

O Estágio Supervisionado I adota um processo avaliativo sistematizado, composto por duas avaliações aplicadas pelos enfermeiros preceptores que mais nos acompanharam durante as práticas assistenciais e gerenciais do setor. Essas avaliações são realizadas em dois momentos distintos: no início e ao final do estágio, com o intuito de acompanhar a evolução do estudante ao longo da sua trajetória hospitalar, permitindo uma análise comparativa e formativa do desempenho do aluno.

Essa avaliação é feita através de uma ficha com dez critérios avaliativos fundamentais, sendo eles: pontualidade; assiduidade; cumprimento da escala de estágio; apresentação pessoal; relacionamento paciente-cuidador; relacionamento com a equipe multiprofissional; registro em prontuários, formulários e fichas; interesse, participação e iniciativa; conhecimento teórico; e habilidades práticas e atitudes habilidades técnicas, postura ética, raciocínio clínico e integração com a equipe multiprofissional.

Ao comparar minha primeira avaliação com a segunda, percebo uma evolução significativa, especialmente no critério relacionado ao conhecimento teórico. Inicialmente, esse aspecto foi avaliado com nota 3 em uma escala de 5 pontos, sendo classificado como 'bom'. No entanto, na segunda avaliação, alcancei a nota máxima, 5 pontos, considerada como 'excelente'. Além disso, também houve avanços nos critérios referentes ao preenchimento de prontuários, formulários e fichas, bem como na qualidade do relacionamento com a equipe multiprofissional. Como resultado desse progresso, minha nota total passou de 44 pontos, obtidos nas primeiras semanas de estágio, para 50 pontos na semana final.

A avaliação do desempenho no campo prático feita pelos preceptores do setor, é apenas um dos componentes da avaliação disciplinar do ECS I, é necessário também a formulação e a apresentação de um estudo de caso completo, com o histórico do paciente, fisiopatologia e as repercussões clínicas, além de um plano terapêutico. Seguindo a recomendação de uma das enfermeiras preceptoras, escolhi um paciente com nefropatia diabética, que estava internado na UTI devido a uma instabilidade hemodinâmica ocasionada por um choque hipovolêmico proveniente de uma hemorragia na fistula arteriovenosa.

Até aquele momento, todos os outros estudos de casos conduzidos durante a graduação foram realizados em grupo, elaborar e apresentar sozinho todas as etapas necessárias em um

estudo clínico foi muito estressante. Mas ao final, foi recompensador perceber que eu havia conseguido construir um raciocínio clínico complexo por conta própria.

Depois que passei pela UTI, percebi a importância e o diferencial que uma equipe multidisciplinar alinhada faz em relação a prestação de uma assistência de qualidade, infelizmente não são em todos os setores que é perceptível o grau de colaboração entre os membros da equipe interdisciplinar. Todos os outros membros da equipe multiprofissional além da equipe de enfermagem, como os fisioterapeutas, os nutricionistas, os médicos e os residentes, também sempre estiveram dispostos a me ensinar e sempre me trataram cordialmente durante todas as nossas interações. Além disso, durante as reuniões de equipe, as minhas condutas terapêuticas e os meus questionamentos eram ouvidos e considerados por todos, fazendo com que eu me sentisse valorizado e pertencente à equipe.

Apesar da maioria dos pacientes com os quais tive contato na UTI estarem inconscientes, foi possível perceber o cuidado humanizado presente na assistência prestada pela equipe de enfermagem. Um caso que me marcou profundamente foi o de uma paciente internada com queimaduras extensas por todo o corpo. Em uma das ocasiões, acompanhei uma das enfermeiras no momento do banho dessa paciente. Mesmo estando sobre sedação e analgesia, era evidente o desconforto e a dor que ela sentia durante o procedimento. Nesses momentos, tentamos acalmá-la conversando com ela ou colocando músicas de louvor que, segundo sua família, lhe traziam conforto. Quando ela melhorou e recobrou a consciência, agradeceu emocionada pelo cuidado e carinho que havia recebido de nós. Essa experiência me ensinou, de forma muito concreta, o valor da empatia e do cuidado humanizado com todos os pacientes.

A partir dessa experiência, passou a ser inevitável não imaginar a mim mesmo ou meus entes queridos no lugar dos pacientes. Ao mesmo tempo que esse pensamento me ajudava a ser mais empático e cuidadoso na prestação da assistência, também tornava os sentimentos negativos mais pessoais e intensos quando havia um desfecho clínico desfavorável. Presenciei um único óbito durante o meu estágio na UTI. Ajudar a preparar o corpo, retirando os dispositivos invasivos para que os filhos pudessem ver o corpo da mãe, foi uma experiência muito marcante que acho que nunca vou esquecer. Até aquele momento não havia presenciado uma morte de perto, foi uma situação delicada, a enfermeira percebendo o meu choque, me tranquilizou dizendo que aquele caso era irreparável, ela também me disse para sempre tentar focar o máximo possível nos pacientes que a gente salva e não que perdemos.

Devido a isso, passei a compreender o quanto é desafiador ser um profissional de enfermagem responsável pela assistência ao paciente crítico. A predominância de casos

clínicos de alta complexidade, exige dos enfermeiros muita competência técnica e dedicação, o que torna a rotina hospitalar bastante estressante e exaustiva. Estar constantemente cercado de pacientes em estado grave e lidar quase que cotidianamente com a morte, gera muitas repercussões físicas e emocionais. Por outro lado, a sensação satisfatória de perceber que você teve um papel crucial na melhora de um paciente crítico, é indescritível.

Conforme o fim do estágio se aproximava, comecei a refletir sobre como minha trajetória na UTI e as experiências que vivenciei no setor, haviam me modificado. Os conhecimentos práticos e a experiência clínica que construí ao longo do tempo mudaram a forma como eu enxergava a enfermagem. Passei a observar como o enfermeiro é crucial dentro de um setor crítico, não somente na prestação da assistência direta ao paciente, mas também na gestão da equipe e do setor. Durante as práticas ao longo da graduação, nem sempre era possível perceber a extensão do papel do enfermeiro e sobretudo sua autonomia como uma classe profissional.

A minha última semana no setor foi marcada por um clima de despedida e tristeza. Perceber que naquela semana eu faria os meus últimos procedimentos e minhas últimas prescrições, pelo menos como estagiário, me deixou muito abalado. Eu realmente havia me apegado a rotina do setor e a equipe de enfermagem. Mas ao mesmo tempo, veio um sentimento de satisfação em perceber que eu estava um passo mais próximo de me tornar um enfermeiro.

Consegui conter minhas emoções até o momento do café da manhã de despedida, no meu último dia de estágio. É uma tradição da equipe organizar um lanche para aqueles que estão se despedindo do setor e, quando fizeram um para mim, foi impossível segurar as lágrimas. Aquele gesto simples, foi como uma resposta que confirmava que eu realmente havia me tornado um membro da equipe, foi muito gratificante. Quando eu discusei agradecendo por todos os ensinamentos foi impossível não me comover ainda mais. Eu tentei expressar a minha gratidão, pelas oportunidades de aprendizado e pela generosidade com que fui recebido. Mas sei que não consegui expressar o quanto tudo aquilo tinha sido significativo para mim.

Despedir-me da UTI encerrou um ciclo na minha formação acadêmica. A forma como eu pensava e agia era totalmente diferente do meu primeiro dia. Eu mudei, adquiri não somente conhecimento prático e experiência clínica, mas também aprendi a forma de estabelecer relações profissionais, até então desconhecidas por mim. Além disso, eu havia finalmente encontrado a minha área de interesse dentro da enfermagem, o que me tornou mais seguro e confiante em relação a minha identidade e futuro profissional.

Em retrospecto é possível elencar fragilidades e potencialidades, durante a prática do estágio. Como parte das fragilidades destaco a dificuldade em conciliar as demandas do Estágio

Curricular Supervisionado I com as minhas demais responsabilidades no Estágio Supervisionado de Práticas Educativas III e na Liga Acadêmica de Urgência e Emergência. Além disso, as expectativas práticas esperadas em um setor complexo como a UTI nem sempre podem ser atingidas logo no início, devido às limitações durante as práticas clínicas ao longo da graduação, sendo necessário alinhar com os preceptores para que eles possam considerar essa questão durante as avaliações iniciais. Outra fragilidade a ser considerada é a falta de um rodízio entre os campos de estágio, como ocorre por exemplo no internato da medicina. A grade curricular do curso de medicina é estruturada de forma que isso seja possível, mas como o enfermeiro também é um membro valioso da equipe multidisciplinar, também necessita de uma vasta experiência clínica.

Quanto às potencialidades, destaco as inúmeras oportunidades de crescimento e desenvolvimento que o estágio na UTI me proporcionou, tanto como estudante quanto como futuro profissional de enfermagem. Estar diariamente em contato com pacientes em estado crítico, despertou em mim reflexões profundas sobre a vida e a morte, ressaltando a importância de valorizar os momentos bons, já que tudo pode mudar de forma repentina. Essa vivência contribuiu para que eu me tornasse uma pessoa menos ansiosa, mais empática e atenta a todas as minhas relações interpessoais.

6. RELATÓRIO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SETOR

Durante o estágio supervisionado na UTI, pude vivenciar outra face da atuação do enfermeiro: a gestão do serviço de enfermagem. No estágio pude conhecer a realidade administrativa e organizacional do serviço de enfermagem, que vai muito além da assistência direta ao paciente. Essa experiência me possibilitou compreender os processos de planejamento, organização, coordenação e avaliação da assistência, com ênfase na supervisão da equipe de enfermagem, na elaboração de escalas de trabalho, no dimensionamento de pessoal e na gestão de recursos humanos e materiais.

Considero que o estágio é uma grande oportunidade para conhecer de fato como realmente funciona o papel gerencial e de liderança do enfermeiro. Além disso, vivenciei como se dá uma comunicação assertiva e eficaz para a tomada de decisões que devem ser baseadas nos princípios éticos e legais, com vistas na qualidade do cuidado da enfermagem e na segurança do paciente.

Um dos exemplos que ilustra o papel gerencial do enfermeiro é o levantamento de um diagnóstico situacional (DS). Ele possibilita identificar forças, fragilidades, oportunidades e ameaças ao adequado funcionamento do setor, permitindo planejar e implementar melhorias, a partir de uma avaliação ampla e detalhada da realidade da unidade em um determinado momento.

Segundo o COREN-MG, a elaboração de um DS deve-se partir do (a): reconhecimento da estrutura organizacional; avaliação dos recursos físicos e infraestrutura; avaliação dos recursos humanos; avaliação dos recursos materiais; instrumentos gerenciais; identificação e definição de indicadores assistenciais; análise situacional para definição de ações prioritárias. Assim, é possível avaliar os serviços de saúde, a qualidade dos cuidados e identificar as melhores estratégias para a resolutividade dos problemas, através do planejamento, organização, direção e o controle da instituição (COREN-MG, 2020).

Durante o estágio, me disponibilizei a realizar o diagnóstico situacional da UTI geral, seguindo as etapas recomendadas pelo COREN-MG, por meio da **Matriz SWOT** uma ferramenta de planejamento estratégico que avalia as (Kotler, 2021):

- **Forças - S (Strengths):** pontos fortes internos, aquilo que a organização ou pessoa faz bem (recursos humanos e materiais, capacidades, diferenciais, reputação, etc.).
- **Fraquezas - W (Weaknesses):** pontos fracos internos, aspectos que precisam ser melhorados (falta de recursos, baixa eficiência, pouca experiência, falhas em processos etc.).

- **Oportunidades - O (Opportunities):** fatores externos positivos que podem ser aproveitados (crescimento do mercado, novas tecnologias, mudanças de comportamento do consumidor, parcerias etc.).
- **Ameaças - T (Threats):** fatores externos negativos que podem prejudicar (concorrência, crises econômicas, mudanças regulatórias, novos entrantes etc.).

Em minha avaliação avaliação da **Matriz SWOT** na UTI geral, pude verificar:

- **Forças:** os instrumentos gerenciais estão bem implementados, há uma programação e gerenciamento adequados dos materiais utilizados na assistência e uma baixa incidência de IRAS.
- **Fraquezas:** a infraestrutura (apresenta inadequações, como saídas de emergência fora dos parâmetros indicados, quartos de isolamento agrupados na UTI 4 e uma sala pequena destinada ao armazenamento dos equipamentos conforme a RDC nº 50/2002), a comunicação da equipe multiprofissional foi considerada inadequada e o setor não cumpre integralmente os requisitos mínimos de recursos materiais previstos na RDC nº 7/2010 (foi observado, por exemplo, a ausência de um dispositivo para elevar, transportar e pesar pacientes).
- **Oportunidades:** o quantitativo de profissionais (está em consonância com o previsto na RDC nº 7/2010), às ações de educação permanente no setor e a atuação da equipe multiprofissional, favorecem a integralidade do cuidado.
- **Ameaças:** dificuldade de adaptação dos profissionais ingressantes às demandas específicas da gestão e da assistência do hospital, o que pode comprometer a dinâmica de trabalho já estabelecida pela equipe multiprofissional e influenciar negativamente na qualidade da assistência prestada.

Finalizado os diagnósticos do setor, é fundamental que o enfermeiro gestor, juntamente com sua equipe, realize um plano de ação / estratégico baseado nas prioridades, que são ações mais urgentes e que requerem medidas de solução prioritárias. A partir de discussões realizadas com as enfermeiras preceptoras do setor, foi definido como ação prioritária do planejamento estratégico, a comunicação inadequada entre a equipe multidisciplinar.

Delimitação dos planos estratégicos integrados a partir da **Matriz SWOT**:

- 1) **Estratégias FO (Forças + Oportunidades):** Usar as forças internas para potencializar as oportunidades externas.
 - a) Utilizar os instrumentos gerenciais já consolidados para planejar e registrar as ações de educação permanente, fortalecendo a atualização contínua da equipe multiprofissional.
 - b) Integrar a baixa incidência de IRAS às ações de capacitação da equipe, garantindo a continuidade das boas práticas de prevenção de infecções.
 - c) Empregar o bom gerenciamento de materiais para apoiar a qualidade da assistência, garantindo insumos adequados e de excelência.
- 2) **Estratégias FA (Forças + Ameaças):** Utilizar as forças internas para reduzir o impacto das ameaças externas.
 - a) Fortalecer os instrumentos gerenciais para elaborar protocolos de integração de novos profissionais, reduzindo a dificuldade de adaptação às rotinas da UTI.
 - b) Implementar mentoria entre profissionais experientes e novos para assegurar a continuidade da dinâmica assistencial, apoiada pelos instrumentos de gestão.
 - c) Estabelecer rotinas de feedback imediato para novos profissionais, utilizando registros de gestão como ferramenta de monitoramento.
- 3) **Estratégias WO (Fraquezas + Oportunidades):** reduzir fraquezas internas aproveitando as oportunidades externas.
 - a) Investir nas ações de educação permanente para aprimorar a comunicação multiprofissional, promovendo alinhamento e integração entre a equipe.
 - b) Utilizar relatórios produzidos pela equipe multiprofissional, embasados nas normas da ANVISA, para reforçar a necessidade de adequações estruturais e aquisição de equipamentos.
 - c) Oferecer treinamentos sobre ergonomia e técnicas alternativas de mobilização, enquanto não há recursos tecnológicos disponíveis.

- 4) **Estratégias WA (Fraquezas + Ameaças):** minimizar as fraquezas e evitar impactos de ameaças externas.
- a) Criar um plano de integração de novos profissionais, mitigando a dificuldade de adaptação e compensando as falhas de comunicação interna.
 - b) Elaborar um projeto de adequação da infraestrutura, alinhado às RDC nº 50/2002 e RDC nº 7/2010, para ser submetido à gestão hospitalar, minimizando os riscos legais e de segurança, decorrentes de falhas na estrutura e falta de insumos.
 - c) Elaborar planos de contingência para suprir falhas estruturais e de materiais, evitando que a falta de equipamentos comprometa a segurança e a qualidade do cuidado.

Esse relatório foi entregue e discutido com a enfermeira gestora da UTI Geral III, como uma atividade gerencial do estágio curricular supervisionado. Infelizmente devido ao fim do estágio não consegui acompanhar as condutas tomadas mediante o diagnóstico prioritário das lacunas de comunicação existentes entre a equipe multiprofissional. Entretanto, mesmo sem acompanhar a execução desse plano estratégico, toda essa experiência e crescimento, técnico científico adquirido durante o estágio na UTI geral, contribui para a minha formação profissional. Fico triste em deixar o setor, mas quem sabe um dia eu tenha a oportunidade de voltar a integrar a equipe, não mais como um estudante/estagiário mas sim como um enfermeiro.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência descreveu as vivências assistenciais e gerenciais de um estudante do curso de graduação em Enfermagem na realização do estágio curricular supervisionado. O estágio foi realizado em um dos cenários hospitalares mais desafiadores para a atuação do enfermeiro, que é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A motivação para a elaboração deste trabalho surgiu da intenção de compartilhar como as experiências adquiridas em um ambiente crítico e de alta complexidade podem contribuir para a construção da identidade profissional do estudante de Enfermagem. Além disso, considera-se que este relato pode influenciar positivamente na escolha e na condução do estágio curricular por parte de futuros acadêmicos, servindo como subsídio reflexivo sobre as possibilidades de aprendizado e desenvolvimento profissional nesse campo de atuação.

Embora o estágio tenha duração de apenas quatro meses, ele proporcionou amplo aprendizado e a vivência de momentos importantes e gratificantes durante a assistência ao paciente e as relações profissionais. Essas experiências contribuíram diretamente para o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo diante da extensão e da complexidade do papel do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que abrange desde a prestação de uma assistência de enfermagem qualificada até a gestão do setor, dos recursos humanos e materiais. A construção deste relato de experiência foi, por si só, um processo enriquecedor tanto na perspectiva acadêmica quanto na construção de um futuro profissional de enfermagem.

Ao revisitar cada etapa vivenciada, pude reconhecer com clareza o valor do Estágio Supervisionado Curricular I (ESC I) na formação profissional. Considero que foi um dos momentos mais importantes, e de experiências marcantes, da graduação em enfermagem.

Esse componente curricular é essencial para a consolidação da identidade profissional dos estudantes de Enfermagem em sua fase final de formação, pois permite a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, além de proporcionar reflexões profundas sobre seu futuro enquanto profissional, ampliando as perspectivas de atuação no mercado de trabalho, contribuindo para escolhas mais conscientes e alinhadas com o perfil e os interesses individuais. Foi por meio dessas vivências no estágio que pude confirmar a escolha da área de atuação profissional enquanto futuro enfermeiro.

Diferentemente das demais disciplinas, o estágio supervisionado é um componente curricular prático em que não há a presença constante do professor no campo de prática. Embora as visitas dos docentes supervisores ocorressem de forma periódica, a maior parte das relações de ensino-aprendizagem foram estabelecidas com os preceptores da unidade. A

construção desse vínculo com os profissionais do setor foi fundamental para o desenvolvimento de minha autonomia, uma vez que nos afastava do papel de aluno e nos aproximava das vivências reais da profissão.

A UTI se destaca como um campo de prática, devido à complexidade da assistência prestada no setor, que apesar de tornar a experiência desafiadora como um todo, deixa a rotina dinâmica e repleta de possibilidades de aprendizado, sendo ideal para desenvolver habilidades não somente em procedimentos clínicos rotineiros, mas em intervenções mais complexas, além das atividades gerenciais. Outro diferencial marcante da unidade, foi a forma como a equipe multiprofissional trabalha de forma integrada na prestação de assistência ao paciente. A rotina na UTI é estruturada por uma série de protocolos assistenciais e gerenciais, que apesar da gravidade dos quadros clínicos, torna a rotina no setor organizada. Tendo isso em vista, recomendo fortemente aos estudantes que têm interesse em estagiar na Unidade de Terapia Intensiva que abracem essa oportunidade.

Todas as experiências vivenciadas durante o estágio na UTI, sejam elas assistenciais, gerenciais ou relacionadas às interações interpessoais com pacientes e membros da equipe multiprofissional, contribuíram significativamente para a minha formação. Hoje, sinto-me preparado para atuar nos setores hospitalares críticos, como a própria UTI ou o pronto-socorro, pois essa vivência me proporcionou uma base sólida de competências e habilidades, fortalecendo a minha autoconfiança e segurança quanto ao meu futuro profissional dentro da Enfermagem. Diante de toda essa trajetória, pretendo, assim que concluir a graduação, dar continuidade à minha qualificação por meio de uma pós-graduação ou residência voltada para o cuidado ao paciente crítico ou para a área de urgência e emergência.

8. REFERÊNCIAS

- BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 172–178, jan. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/666nz3qZRSPVxQTCVK9yc7c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2025.
- BRAGA, R. B. et al. Enfermagem em uti: cuidados essenciais na assistência direta ao paciente. **Nursing Edição Brasileira**, v. 28, n. 313, p. 9333–9339, 16 jul. 2024. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3206>. Acesso em: 2 ago. 2025.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 5 ago. 2025.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução RDC 50 de 21/02/2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 10 nov. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em: 5 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.862, de 29 de dezembro de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios de organização, funcionamento e estrutura das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Cuidado Intermediário (UCI). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 250, p. 377, 29 dez. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2862_29_12_2023.html. Acesso em: 1 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 253, p. 63–64, 31 dez. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 1 ago. 2025.
- Conselho federal de enfermagem (COFEN). **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 nov. 2017. Disponível em: www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017. Acesso em: 29 jul. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Plano de trabalho do enfermeiro: subsídios para a realização do diagnóstico situacional do serviço de enfermagem e proposição de plano de ação estratégico.** Belo Horizonte: COREN-MG, 2020. Disponível em: https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/OFICIAL_Plano_de_trabalho_do_Enfermeiro_2020.pdf. Acesso em: 2 ago. 2025

ESTEVES, L. S. F. et al. O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1740–1750, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hgb8TZmmq8hB6vJ87XtFGWC/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago.

FERREIRA, R. K. R.; ROCHA, M. B. A importância das práticas educativas do estágio supervisionado na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e121942933, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2933>. Acesso em: 29 jul. 2025.

FLORIANO, A. DE A. et al. Contributo de Florence Nightingale na ascendência do cuidar em enfermagem: do contexto histórico ao cuidado contemporâneo. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e701974623–e701974623, 3 jun. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/4623>. Acesso em: 1 ago. 2025.

GOMES, V. C. L.; GOMES, V. de S.; DE OLIVEIRA, N. A. Medicina intensiva – UTI: Vivência, procedimentos e tecnologias. **Brazilian Journal of Health Review, /S. I.J**, v. 6, n. 2, p. 7969–7981, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n2-281. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/59137>. Acesso em: 2 ago. 2025

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (HC-UFU/EBSERH) **Plano Diretor Estratégico 2024-2028**. v. 1, aprovado em 29 abr. 2024. Uberlândia: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu>. Acesso em: 2 ago. 2025.

KHOURY, Yara Aun (org.). **Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: fundadas entre 1500 e 1900. Volumes 1 e 2**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; PUC-SP/CEDIC; FAPESP, 2004.

KOTLER, Philip ; KELLER, Kevin Lane Keller. **Administração de Marketing**. 14. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2021. 49-51 p. ISBN 978-85-8143-000-3.

LUVISARO, B. M. O. et al. Diagnóstico situacional em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. **RAHIS**, v. 11, n. 2, 6 ago. 2014. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2012>. Acesso em: 2 ago. 2025

NASCIMENTO, T. R. et al. O papel do enfermeiro no processo de gestão hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Foco**, v. 16, n. 9, p. e3067–e3067, 14 set. 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3067>. Acesso em: 18 ago. 2025.

NEUFELD, Paulo Murilo. Uma breve história dos hospitais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-13, ago. 2013. Disponível em: https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/05/RBAC_vol.45_ns-1-4-Completa.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

RAMOS, T. K. et al. Estágio curricular supervisionado e a formação do enfermeiro: atividades desenvolvidas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, p. 59, 12 abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28124>. Acesso em: 29 jul. 2025.

RIBEIRO, A. M. et al. Os impactos da pandemia de Covid-19 sobre a saúde mental de profissionais da saúde de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's). **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 1, p. 7653–7670, 31 jan. 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4751>. Acesso em: 2 ago. 2025.

RODRIGUES DE FREITAS, N. L. et al. A importância da equipe multidisciplinar no cuidado de pacientes críticos em uti. **Revista Cedigma**, v. 2, n. 4, p. 18–33, 10 out. 2024. Disponível em: <https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/34?articlesBySimilarityPage=3>. Acesso em: 2 ago. 2025.

SILVA, S. V. M. DA et al. Ensino da segurança do paciente nos cursos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, 2024. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/92592>, Acesso em: 29 jul. 2025.

SILVEIRA-ALVES, A. et al. A história do cuidado desde suas origens até os tempos de pandemia. **Acta Biomedica Brasiliensis**, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8077834>. Acesso em: 31 jul. 2025.

SOUZA, C. J. de et al. Desafios no ensino teórico-prático de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: resquícios pós-pandemia. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 9, p. 15481–15495, 2023. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/373974011>. Acesso em: 29 jul. 2025.

TAKAHASHI, Regina Toshie; GONÇALVES, Vera Lucia Mira; FELLI, Vanda Elisa Andres. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 181-190.