



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

---

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**INTEGRAÇÃO EFICAZ:  
ESTRATÉGIA FACILITADORA NO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
SUCCESSFUL INTEGRATION:  
FACILITATING STRATEGY IN DEVELOPING SPECIALIZED  
NURSES SKILLS**

Por

Diana Raquel Marques Manique Tomaz Flores

Lisboa, 2021





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

---

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**INTEGRAÇÃO EFICAZ:  
ESTRATÉGIA FACILITADORA NO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
SUCCESSFUL INTEGRATION:  
FACILITATING STRATEGY IN DEVELOPING SPECIALIZED  
NURSES SKILLS**

Por

Diana Raquel Marques Manique Tomaz Flores

Sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa - 2021



*“The best way to treat obstacles is to use them as stepping-stones. Laugh at them, tread on them, and let them lead you to something better.”*

Enid Blyton



## RESUMO

O presente relatório está integrado no plano de estudos da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Este evidencia os resultados de aprendizagem atingidos no contexto da prática clínica e o nível adequado de desenvolvimento de competências específicas na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nos termos regulamentados pela OE, ou seja, os aspetos considerados fulcrais para o percurso de aprendizagem em ambiente clínico (analisando e refletindo o percurso dos estágios).

O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de um hospital de Lisboa e o segundo num Serviço de Urgência Geral de um hospital na periferia de Lisboa, com a perspetiva de concretizar os objetivos definidos *a priori* e documentar as atividades desenvolvidas ao longo destes, é elaborado este relatório.

Concomitantemente fez-se uma análise preliminar do estado da arte quanto à evidência científica relativa à integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica, mapeando-se o conhecimento acerca das dificuldades sentidas pelos enfermeiros e das estratégias que facilitam o seu processo de integração através de uma *scoping review*. Os resultados preliminares foram apresentados em forma de póster num seminário e por fim num artigo, aprovado para publicação em revista. No contexto da prática clínica foram divulgadas as conclusões do artigo recorrendo a sessões de sensibilização e disponibilizando o póster em formato digital. Reconhecer o ambiente complexo dos serviços que cuidam da pessoa em situação crítica e os requisitos das competências dos profissionais que aí exercem funções, assim como compreender as dificuldades que os enfermeiros sentem e quais as estratégias a adotar que facilitem a sua integração torna-se fundamental para ambicionar o sucesso na sua adaptação aos serviços e almejar a melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. A transmissão deste conhecimento é crucial para a constante melhoria e excelência do exercício profissional e a aplicação do mesmo em ambiente clínico constituiu-se como indispensável para o sucesso dos estágios realizados e melhor aproveitamento do seu contributo para o meu exercício profissional através do desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

**Descritores (Palavras-chave):** Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem; Integração; Qualidade dos cuidados; Competências Especializadas.



## **ABSTRACT**

The present report is integrated in the study plan of the course unit “Final Internship and Report” of the Master’s Course in Nursing from the Nursing School (Lisbon), of the Institute of Health Sciences from the Portuguese Catholic University. This highlights the learning results achieved in the context of clinical practice and the adequate level of specific skills developed in the specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Condition, on the terms regulated by the Nurses’ Order, that is, the aspects considered most important to the learning path in clinical environment (analysing and reflecting on the internship’s paths).

The first internship elapsed at an Intensive and Intermediate Care Unit from a hospital in Lisbon and the second at a General Emergency Department from a hospital on the outskirts of Lisbon, this report is elaborated with the perspective of achieving the previously defined goals and document the activities developed over these.

At the same time a preliminary analysis of the state of the art about the scientific evidence about nurses integration to the care of people in critical condition is made, mapping the knowledge about the difficulties felt by nurses and the strategies that ease their integrating process through a scoping review. The preliminary results were presented as a poster at a seminary and finally as an article, approved for publishing at a magazine. In the context of clinical practice, the conclusions of the article were disclosed using sessions of awareness and making the poster available in digital format. Recognizing the complex environment of the units that care for people in critical condition and the skills requirements of the professionals that work there, as well as comprehending the difficulties that nurses feel and which strategies to adopt to ease their integration becomes pivotal to aspire to the success of their adaptation to the departments and to long for the continuous improvement of safety and quality in nursing care. The transmission of this knowledge is crucial for the constant improvement and excellence of the professional exercise and its application in the clinical environment constitutes itself as indispensable for the performed internships success and better exploitation of its contribute for my professional exercise through specialist skills development in the care to the person in critical condition.

**Descriptors (Keywords):** Person in Critical Condition; Nursing; Integration; Quality of care; Specialist Skills.



## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAM – Auxiliares de Ação Médica

AB – *Abstract*

ABCDE – *Airway*: Permeabilização da Via Aérea; *Breathing*: Ventilação e Oxigenação; *Circulation*: Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia; *Disability*: Disfunção Neurológica; *Expose/Environment*: Exposição com controlo da Temperatura

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

GCLPPCIRA - Grupo Coordenador Local de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos

HDVVC - Hemodiálise venovenosa contínua

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IEA - Inquérito Epidemiológico de Admissão

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MEWS – *Modified Early Warning Score*

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

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

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SO – Sala de Observações

SUG – Serviço de Urgência Geral

TI – Título

UC - Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCII – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA INTEGRAÇÃO AO CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA SCOPING REVIEW .....</b>	<b>7</b>
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....</b>	<b>35</b>
<b>3. CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE I - Estratégia de Pesquisa Booleana</b>	
<b>APÊNDICE II – Póster</b>	
<b>APÊNDICE III – Formulários Higiene das Mãos</b>	
<b>ANEXO I – Certificado Póster n.º 26 III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem</b>	
<b>ANEXO II – Formulário de Observação Higiene das Mãos</b>	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese dos artigos da amostra final .....	12
Tabela 2 - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na integração.....	16
Tabela 3 - Estratégias facilitadoras na integração dos enfermeiros.....	16
Tabela 4 - Estratégia de Pesquisa Booleana .....	APÊNDICE I

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA .....	12
------------------------------------	----



## INTRODUÇÃO

O Relatório de Estágio está enquadrado no 13º curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este tem como objetivo a descrição e análise crítica do percurso traçado durante o 3º semestre deste curso, no âmbito da UC “Estágio Final e Relatório”.

A constante evolução tecnológica em saúde altera a prestação de cuidados na medida em que o desenvolvimento de tecnologias mais avançadas e equipamentos diferenciados implicam mais formação e atualização constante de conhecimentos. A perceção das pessoas relativamente à própria saúde, pela facilidade de acesso a informação, aumentou o seu nível de exigência quanto aos cuidados prestados. Concomitantemente aumentou a responsabilidade dos profissionais pelo desenvolvimento de competências especializadas que permitam dar resposta a esta nova realidade e que culminem numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os cuidados de enfermagem “assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744) de forma a dar resposta às necessidades complexas das pessoas nos mais diversos contextos com base na evidência científica e procurando a excelência no exercício profissional.

No decorrer do meu percurso profissional tomei consciência da necessidade de Intervenção Especializada de Enfermagem perante a Pessoa em Situação Crítica. Considerando a responsabilidade inerente à profissão de procura de excelência e de elevação dos padrões de qualidade dos cuidados prestados senti necessidade de desenvolver um conjunto de competências especializadas na área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A intenção de aprofundar o meu conhecimento levou à procura de um Mestrado em Enfermagem na área supracitada, visto a mesma estar diretamente relacionada com o meu contexto profissional (perioperatório).

O Mestrado possibilita que desenvolva competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Tendo por base as competências definidas pelo plano de estudos e no Regulamento

de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica elaboro o presente Relatório de Estágio, com base no referencial teórico de Patricia Benner.

Benner (2001) define 5 níveis de competência na prática clínica de enfermagem no Modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. Embora um enfermeiro possa ser perito em determinado contexto, ao alterar de contexto volta ao nível de competência iniciado-avançado, visto já ter experienciado situações reais e conseguir identificar quando existem fatores significativos reproduzidos em situações idênticas (Benner et al., 2001). Considerando que este referencial tem por base o conceito de proficiência no decorrer do percurso para a aquisição e o desenvolvimento de competências permite perceber a evolução ao longo do decorrer do Mestrado, particularmente ao nível dos estágios pois “a experiência em contexto de prática transforma a competência e melhora consequentemente a atuação da enfermeira, não menosprezando a teoria como fonte de conhecimento formal” (Benner et al., 2001, p.61) daí ter optado pelo mesmo para orientar o meu percurso.

Como referido previamente a complexidade do cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica implica tanto uma componente prática como teórica, sendo que os estágios se tornam cruciais para o desenvolvimento das competências especializadas pois consistem na aplicação prática dos conhecimentos previamente adquiridos ao longo do Mestrado, incentivando ao pensamento crítico e práticas reflexivas fulcrais para o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade.

O primeiro estágio esteve compreendido no período entre 01/09/2020 e 30/10/2020, com uma carga horária de 180 horas, sendo que se realizou numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de um hospital de Lisboa, tendo sido orientado pela Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa e pelo Enfermeiro Especialista C.

A escolha do local de estágio prendeu-se com a necessidade sentida de aprofundamento de conhecimentos no âmbito da pessoa em situação crítica que necessite de cuidados mais diferenciados e de maior vigilância. Tendo em conta que exerço funções em contexto de bloco operatório, para além da procura de conhecer outras realidades, tendo adquirido algumas competências em unidades de cuidados pós-anestésicos, surgiu a vontade de aprofundar os conhecimentos para além do recobro e pós-operatório imediato. Manifestou-se numa fase inicial a predileção por uma unidade de cuidados intensivos, que abrangesse pessoas com necessidade de cuidados no período pós-operatório e pós-anestésico mais

especializados e complexos do que os que estou familiarizada, assim como de outras especialidades para além da cirurgia, em estado de saúde crítico ou que apresentem potencial risco e careçam de uma vigilância contínua e intensiva.

As Unidades de Cuidados Intensivos responsabilizam-se pelo cuidado ao doente crítico, estando a sua sobrevivência sujeita a meios avançados de monitorização, vigilância e terapêutica (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018) e sendo a proveniência desta população particular de pessoas em situação crítica bastante diversificada, desde serviço de urgência, internamento, bloco operatório ou unidade de cuidados intermédios e com diversas patologias, médicas e cirúrgicas.

O segundo estágio compreendeu-se no período entre 03/11/2020 e 19/12/2020, com uma carga horária de 180 horas, sendo que foi realizado no Serviço de Urgência Geral de um hospital na periferia de Lisboa, sendo orientado pela Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa e pela Enfermeira Especialista P.

A escolha do local de estágio está relacionada com a necessidade sentida de aprofundamento de conhecimentos no âmbito da pessoa em situação crítica num contexto de contacto inicial com os cuidados intra-hospitalares. Este contexto permite operacionalizar uma ponte entre o estágio anterior e o atual, para além de com o meu local de trabalho. O estágio anterior tendo sido em cuidados intensivos permitiu a aquisição de conhecimentos e competências aplicáveis ao contexto de sala de observação e posto de estadia curta, permitindo a compreensão mais abrangente do que leva os utentes a recorrer à urgência e como a atuação prontificada pode modificar o prognóstico da pessoa em situação crítica e levar à transferência para diferentes serviços no hospital, entre os quais os cuidados intensivos e mesmo o bloco. Trabalhando em bloco, maioritariamente com cirurgia ortopédica, a vertente de trauma e sala de pequena cirurgia e ortopedia são locais onde me sinto mais confortável e confiante para desenvolver competências diferenciadas, concebendo ser possível demonstrar uma maior aptidão na prestação de cuidados especializados nestas áreas baseados na evidência científica atualizada e nos conhecimentos teórico-práticos previamente desenvolvidos.

De forma a facilitar a integração neste local de estágio baseei-me nos dispostos apreendidos da *scoping review* desenvolvida ao longo dos estágios acerca das estratégias facilitadoras para o enfermeiro na integração em serviços que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, identificando as possíveis dificuldades sentidas perante o contexto e

aplicando as mesmas em colaboração com a enfermeira orientadora. Tendo em conta que integrar enfermeiros requer um planeamento estratégico para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, é necessário existir desenvolvimento de programas abrangentes que permitam integrar e treinar esses enfermeiros. O treino e a simulação de práticas que leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência permite a construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços, muito importante para a formação de equipas coesas, fulcrais para assegurar a qualidade da prestação de cuidados.

Através do Despacho n.º 13377/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 192, de 6 de outubro, foi criada a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) que produziu um Relatório a 10 de fevereiro de 2012, onde define urgência como “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” (CRRNEU, 2012, p. 8) e emergência como “um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” (CRRNEU, 2012, p. 8), ressaltando que “a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão” (CRRNEU, 2012, p. 8).

Por forma a orientar o percurso ao longo dos estágios foram definidos objetivos e atividades a desenvolver no início de cada um, através da elaboração dos Projetos de Estágio e de um portefólio com documentação consequente de pesquisa bibliográfica pertinente para os mesmos e reflexões críticas. O presente Relatório de Estágio constitui-se também como parte integrante e fulcral do percurso formativo, assim como reflexão de vivências ao longo do período de estágio, permitindo a identificação de situações-problema e sua resolução e enquanto descritor das atividades que foram desenvolvidas e que legitimam a aquisição das competências especializadas, comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Assim o primeiro ponto do Relatório consiste na *scoping review*, aprovada para publicação na revista *Enfermería Global*, elaborada em parceria com duas colegas do mesmo mestrado. Em seguida inicio a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, começando por referenciar a creditação ao estágio “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” e dividindo posteriormente este ponto em dois subcapítulos, um por cada ensino clínico, pela ordem cronológica da sua realização,

discriminando os objetivos definidos e a análise das atividades desenvolvidas concomitantemente com a reflexão acerca das competências adquiridas em cada um dos estágios. O terceiro ponto deste Relatório consiste nas conclusões finais, ou seja, na análise crítica dos aspectos relevantes do processo de aprendizagem e a sua interligação com a *scoping review* elaborada e que permitiram um crescimento significativo tanto do foro profissional como pessoal.

A forma de referência ao longo do texto, assim como das referências bibliográficas, segue as normas APA, adotadas no âmbito do Mestrado.



# **1. DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA INTEGRAÇÃO AO CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA SCOPING REVIEW**

## **INTRODUÇÃO**

Na atualidade, as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais colocam desafios às instituições de saúde, em particular na gestão dos recursos humanos (Silvestre, 2012).

O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. Estes são profissionais com contratos de curta duração o que implica processos de integração mais frequentes. A aquisição de competências específicas, nomeadamente num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial.

Benner (2001, p. 50) define 5 níveis de competência na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner et al., 2001).

Serviços onde se cuida da pessoa em situação crítica, como por exemplo, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são locais por si só stressantes devido às suas características (Ballester-Arnal et al., 2016). Os profissionais que trabalham nestes contextos deparam-se diariamente com situações de doença grave, dor, morte e a necessidade de tomar decisões prontas que podem ser influenciadas pela pressão temporal (Ballester-Arnal et al., 2016). Estes aspetos, acompanhados pelo sentimento de frustração que por vezes recai sobre o profissional por não conseguir restabelecer sempre a saúde da pessoa e a relação que se cria com a mesma, potencia a ansiedade e a depressão.

Num estudo realizado com 117 profissionais, os fatores mais stressantes numa UCI foram a sobrecarga de trabalho e a falta de pessoal (Ballester-Arnal et al., 2016). Também no Serviço de Urgência existem situações desafiadoras e imprevistas no atendimento que podem contribuir para o esgotamento e fadiga dos enfermeiros (Yu et al., 2021). O *stress* envolvido no cuidado emergente pode aumentar a sobrecarga emocional e laboral dos enfermeiros (Yu et al., 2021).

A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à instituição e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), pelo que adquirir e/ou desenvolver raciocínio clínico neste âmbito constitui um processo complexo, mas essencial para o cuidado de excelência.

Face a esta problemática, a integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior. Uma integração adequada é crucial para o sucesso e adaptação do enfermeiro ao novo serviço, garantindo a qualidade e segurança do cuidado, torna-se imprescindível compreender quais são as dificuldades e estratégias que permitem facilitar este processo integrativo.

Através do levantamento e apreciação crítica da evidência relativa ao fenómeno em estudo da integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica, foi possível compreender o estado da arte. A maioria dos artigos abordavam principalmente as estratégias que facilitam o processo de integração (Rice et al., 2016; Torres et al., 2011; Villemure et al., 2016), contudo, também existiam artigos que abordavam as dificuldades sentidas pelo enfermeiro e/ou as competências que devem ser adquiridas para o cuidado à pessoa em situação crítica (Linn et al., 2019; Mealer et al., 2014; Rice et al., 2016). Deste modo, consideramos existir uma lacuna ao nível da articulação entre as principais dificuldades e principais estratégias que facilitam a integração do enfermeiro.

O estudo deste fenómeno revelou-se bastante atual, constituindo uma mais-valia, quer para os enfermeiros com funções de chefia, quer para o enfermeiro em integração, e equipa multidisciplinar, respondendo às seguintes questões de partida:

- Quais as dificuldades sentidas pelo Enfermeiro na Integração no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica?
- Quais as estratégias facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica?

## MATERIAIS E MÉTODOS

Na análise preliminar do estado da arte recorreu-se à base de dados *PubMed*<sup>®</sup> e aos descritores “*Nurs\**”, “*Critical Care*” e “*Integration*”. Os resultados da pesquisa permitiram perceber que existe pouca produção científica recente associada e este fenómeno de estudo, com maior incidência em artigos de baixo nível de evidência. Elaborou-se um protocolo *a priori* seguindo a metodologia do JBI, que auxiliou e conduziu a primeira fase da pesquisa organizando a informação recolhida.

Perante uma evidente lacuna no conhecimento consideramos existir necessidade de mapear de uma forma mais precisa este fenómeno (Apóstolo, 2017), pelo que se procedeu à elaboração de uma *Scoping Review*, explorando-se a extensão da literatura nesta área do conhecimento, mapeando e sumarizando a evidência existente (Tricco et al., 2016). Face a este fenómeno tornou-se clara a pertinência do estudo em questão e procedeu-se à definição dos critérios de elegibilidade, com base na mnemónica PCC. Como critérios de inclusão, a População (P) estipulada foi o Enfermeiro, o Conceito (C) foram as Dificuldades sentidas e as Estratégias facilitadoras na Integração e, o Contexto (C) elegido foi o Cuidado à Pessoa em Situação Crítica. Como critérios de exclusão, quanto à população foram excluídos outros profissionais de saúde; quanto ao conceito foram excluídos os custos financeiros e satisfação no trabalho; e quanto ao contexto foram excluídos os referentes à Covid-19, Cuidados paliativos ou em Fim de Vida, Gestão da dor, Doação de órgãos, Procedimentos específicos e Pediatria.

Espera-se que a presente *Scoping Review* possa ser um precursor para futura investigação, sendo o ponto de partida para uma revisão sistemática subsequente (Apóstolo, 2017; Munn et al., 2018).

A estratégia de pesquisa booleana foi definida por uma pesquisa preliminar de descritores em saúde, recorrendo aos instrumentos de indexação *MeSH* e *DeCS*. Alguns dos descritores de assunto foram definidos à partida, tendo surgido palavras e conceitos sinónimos na análise preliminar do estado de arte, assim como na fase inicial da pesquisa nas bases de dados e em artigos pesquisados de forma livre no RCAAP.

Operacionalizou-se a pesquisa cruzando os descritores com *and* e *or*. No Apêndice I pode observar-se a evolução que originou a seguinte pesquisa: (AB *intensive care* OR AB *critical care*) AND (AB *nurs\** OR AB *health care provider* OR AB *health care professional* OR AB *health care worker*) AND (TI *Integrat\** OR TI *training*).

Recorreu-se às bases de dados *CINHAL® Complete*; *MEDLINE® Complete*; *Nursing & Allied Health Collection™: Comprehensive Edition*; *Cochrane Plus Collection*; *Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA)* e *MedicLatina™*. Considerou-se pertinente a inclusão do RCAAP como forma de localizar evidência não publicada em revistas científicas, tendo sido incluídos na amostra final três artigos pesquisados de forma livre.

Os tipos de estudos privilegiados foram estudos primários, secundários e de opinião. Inicialmente considerou-se a existência de texto completo como limitador de resultado, contudo, no decorrer da pesquisa identificou-se um artigo pertinente para o estudo cujo texto integral não estava disponível, sendo que se contactaram os autores, tendo este sido cedido e integrado na amostra final.

Definiu-se como friso temporal os artigos publicados até maio de 2020, sem limite inferior face à escassa evidência disponível sobre o fenómeno em estudo. Foram incluídos artigos em português, inglês, castelhano e francês.

A seleção da amostra final foi efetuada por três revisores independentes, pela leitura do título, resumo e texto completo. Também foram consideradas as referências bibliográficas dos artigos selecionados.

A decisão da inclusão dos artigos na amostra foi realizada por toda a equipa de investigação. Sistematizou-se a seleção da amostra pelo fluxograma PRISMA com a inclusão de 13 artigos.

Foram elaboradas tabelas para sintetizar a extração dos dados dos artigos. A tabela 1 preencheu-se imediatamente após a leitura dos artigos compreendidos na amostra final, discriminando os itens de análise: título, autor e ano, objetivo, nível de evidência e resultados.

No decorrer da extração de dados procedeu-se à elaboração da tabela 2, com a distribuição das principais dificuldades sentidas e estratégias facilitadoras na integração para quantificar percentualmente o número de referências de cada característica nos 13 artigos e deste modo responder ao objetivo e temática do estudo (The Joanna Briggs Institute, 2015).

## RESULTADOS

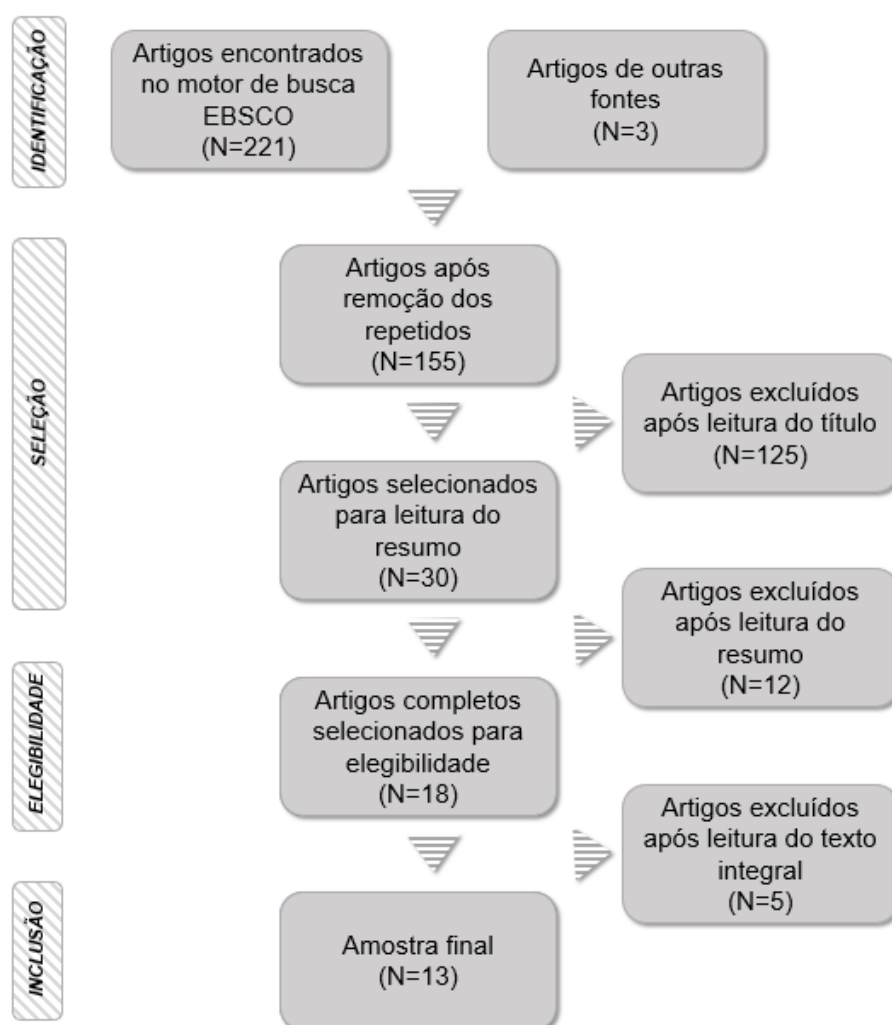
A síntese dos dados desta *Scoping Review* é baseada numa narrativa descritiva. A pesquisa iniciou-se em agosto de 2020 e concluiu-se em outubro de 2020.

Da pesquisa inicial resultaram duzentos e vinte e quatro artigos, sendo que após a remoção dos repetidos permaneceram cento e cinquenta e cinco. Através da leitura do título excluíram-se cento e vinte e cinco artigos, cujo contexto fazia referência a técnicas e procedimentos específicos como ECMO e diálise, escalas como NAS, situações de cuidados paliativos ou fim-de-vida, bem como artigos relacionados com a pandemia por SARS-COV 2.

Dos trinta artigos selecionados para leitura do resumo foram excluídos doze, dado a população ser estudantes de enfermagem ou outros profissionais de saúde e, também, porque o fenómeno em estudo se focava particularmente nas competências profissionais. Foram ainda excluídos os artigos onde o contexto era específico para um determinado país.

Os dezoito artigos selecionados após leitura do resumo foram lidos de forma integral, tendo sido eliminados cinco pelo fenómeno abordado se focar na satisfação no trabalho, nos custos financeiros, no currículo escolar e nos benefícios da metodologia *e-learning*. A amostra final consistiu em treze artigos sistematizados pelo fluxograma PRISMA.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA



Os resultados da amostra final foram mapeados e discriminados na tabela 1, tendo sido realizado o levantamento dos objetivos e resultados de cada um dos artigos, assim como o seu nível de evidência, segundo a JBI (2014).

Tabela 1 - Síntese dos artigos da amostra final

	Título	Autor e ano	Objetivo	Nível de evidência	Resultados
Artigo 1	Implantation of the figure “nurse-tutor” for training and teaching staff in an ICU  (Torres et al., 2011)	Torres RS, Lopez NB, Pedraz OC, Martinez MDCG, Garcia HG, Diez DH, Et Al.  2011	Explicar o papel da figura “enfermeiro tutor” de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao paciente e segurança dos enfermeiros.	5.c  <i>Single expert opinion</i>	A criação da figura “enfermeiro tutor” pode levar ao aumento da qualidade dos cuidados e segurança dos pacientes e ajuda a melhorar a segurança dos profissionais na prática de enfermagem.

<b>Artigo 2</b>	An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses  (Villemure et al., 2016)	Villemure C, Tanoubi I, Georgescu LM, Dubé J-N, Houle J.  2016	Explorar a literatura sobre as vantagens e dificuldades de treino simulado nos serviços.	4.a  <i>Systematic review of descriptive studies</i>	O treino simulado nos serviços melhora as competências dos enfermeiros e ajuda a detetar riscos no ambiente de trabalho.
<b>Artigo 3</b>	Clinical Simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review  (Linn et al., 2019)	Linn AC, Caregnato RCA, Souza EN de.  2018	Analisar as publicações sobre prática de simulação clínica para educar enfermeiros em UCIs.	5.a  <i>Systematic review of expert opinion</i>	A simulação ajuda a melhorar a confiança, habilidade de comunicação, eficiência na deteção de piora no estado clínico do doente, desenvolvimento de capacidades técnicas, trabalho em equipa e decisão clínica.
<b>Artigo 4</b>	Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses  (Mealer et al., 2014)	Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al.  2014	Determinar se um programa de treino de resiliência para enfermeiros de UCI era possível e aceite pelos mesmos.	3.e  <i>Observational study without a control group</i>	O treino de resiliência para enfermeiros de UCI foi possível e aceite pelos enfermeiros e melhorou nível de resiliência e sintomas de ansiedade, depressão, <i>burnout</i> e <i>stress</i> pós-traumático.
<b>Artigo 5</b>	Implementation and Evaluation of a Team Simulation Training Program  (Rice et al., 2016)	Rice Y, DeLetter M, Fryman L, Parrish E, Velotta C, Talley C.  2016	Medir o conhecimento, satisfação, autoconfiança, e trabalho de equipa através de um programa de simulação em equipa.	4.c  <i>Case series</i>	Os enfermeiros mostraram-se satisfeitos com a simulação e ganharam autoconfiança.
<b>Artigo 6</b>	Integrating Nurse Practitioners Into Intensive Care Units  (Simone et al., 2016)	Simone S, McComiskey CA, Andersen B.  2016	Apresentar orientações e estratégias de integração.	3.e  <i>Observational study without a control group</i>	As medidas implementadas são chave para o sucesso, diminuindo a taxa de rotatividade, aumentando a satisfação no trabalho.

Artigo 7	Intensive care nurses' perceptions of simulation based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study  (Ballangrud et al., 2014)	Ballangrud R, Hall-Lord ML, Persenius M, Hedelin B.  2014	Descrever a percepção de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos de treino simulado para aumentar a segurança do doente.	4.c  <i>Case series</i>	Treino ajuda a perceber a importância de trabalho em equipa, aumenta a segurança dos cuidados, motiva a aprendizagem, perceber a performance da equipa.
Artigo 8	Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit  (Macedo et al., 2019)	Macedo APM de C, Padilha KG, Püschel VA de A.  2018	Compreender a educação/ formação dos enfermeiros que trabalham em UCIs.	4.c  <i>Case series</i>	Educação e formação em contexto de trabalho aumenta o bem-estar, satisfação e motivação dos enfermeiros.
Artigo 9	The exhaustion of nursing: a integrative review of the burnout syndrome in icu  (Machado et al., 2012)	Machado DA, Louro TQ, Figueiredo NMA de, Vianna LMA.  2012	Diagnosticar o conhecimento sobre <i>stress</i> psicológico causador de <i>burnout</i> em enfermeiros de unidades de cuidados intensivos.	4.a  <i>Systematic review of descriptive studies</i>	Ambientes saudáveis e melhores condições de trabalho refletem-se na qualidade dos cuidados. O <i>stress</i> psicológico na unidade de cuidados intensivos influencia a atuação dos profissionais sendo fonte de conflitos e <i>burnout</i> .
Artigo 10	The standardization of critical care nursing education and training: Strategies for advancing clinical practice in Ontario's adult ICUs  (Hynes et al., 2007)	Hynes P, Pinto M, Fortier W, Bennett J.  2007	Explicar o contexto a partir do qual surgiu a necessidade de padronizar a educação e treino de enfermeiros de unidades de cuidados intensivos.	5.b  <i>Expert consensus</i>	Partilhar o trabalho na preparação e articulação de um documento de competências centrais padronizadas para enfermeiros a exercer ou a procurar emprego em unidades de cuidados intensivos de adultos.
Artigo 11	Associations between level of	Longpré C, Dubois C-A,	Melhor entendimento da relação entre os	4.b	Integração mais avançada está associada a sentimento

	services integration and nurses' workplace well-being  (Longpré et al., 2014)	Nguemeleu ET.  2014	processos de transformação subjacentes à integração em serviços e bem-estar dos enfermeiros no local de trabalho.	<i>Cross-sectional study</i>	de menor ameaça pela parte dos enfermeiros, menor nível de <i>stress</i> negativo e maior nível de <i>stress</i> positivo, assim como melhorias na satisfação e bem-estar no local de trabalho.
Artigo 12	Integração de enfermeiros no serviço de urgência geral  (Fernandes et al., 2010)	Fernandes APG, Geraldés JPM, Batista MPJ, Alves PMS.  2010	Explicitar o processo de integração e sua importância para o sucesso da mesma num Serviço de Urgência Geral.	5.c  <i>Single expert opinion</i>	O objetivo de um processo de integração consiste em fazer com que novos enfermeiros prestem cuidados de qualidade e segurança, o que implica ter em consideração os conhecimentos e competências que advêm da experiência anterior de cada enfermeiro e adaptar a integração para favorecer o seu êxito através de um programa bem definido, bem estruturado e individualizado.
Artigo 13	Integração de enfermeiros em instituições hospitalares: estudo de caso  (Silvestre, 2012)	Silvestre M do C de J.  2012	Determinar a percepção de fatores facilitadores e limitadores do processo de integração pela experiência dos enfermeiros envolvidos (gestores, integradores e integrados).	4.d  <i>Case study</i>	Não existe conhecimento das competências dos enfermeiros de cuidados gerias (Ordem dos Enfermeiros) pela parte dos enfermeiros envolvidos. Não existe formação específica dos integradores para o processo de integração, não existindo planificação do mesmo, gestores consideram que tal seria uma mais-valia para o serviço, agilizando a entrada de novos enfermeiros.

Em seguida apresentam-se as tabelas 2 e 3 com as diferentes dificuldades e estratégias encontradas, respetivamente. Definimos que o número de referências (n) corresponde à quantidade de vezes que determinada característica foi abordada nos 13 artigos analisados, sendo a frequência relativa a percentagem correspondente.

*Tabela 2 - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na integração*

Dificuldades sentidas	Número de referências (n)	Frequência relativa (%)
Comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares	7	25.0%
<i>Stress</i>	6	21.4%
Complexidade da situação de saúde, técnicas e/ou procedimentos	5	17.9%
Sobrecarga de trabalho	4	14.3%
Rotatividade de enfermeiros	4	14.3%
Lidar com a morte e/ou a doação de órgãos	2	7.1%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

*Tabela 3 - Estratégias facilitadoras na integração dos enfermeiros*

Estratégias Facilitadoras	Número de referências (n)	Frequência relativa (%)
Simulação	6	31.6%
Trabalho de equipa	5	26.3%
Tutor	4	21.0%
<i>Feedback</i>	3	15.8%
Resiliência	1	5.3%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

## DISCUSSÃO

O cuidado à pessoa em situação crítica cria um ambiente altamente complexo nos serviços e requer profissionais com competências avançadas (Linn et al., 2019), tornando imprescindível compreender quais as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros e que estratégias facilitam o seu processo de integração de forma a alcançar o cuidado de excelência.

Através da análise dos estudos, compreendeu-se que a principal dificuldade sentida foi a comunicação com a equipa, com a pessoa em situação crítica e/ou familiares, observando-se que uma má comunicação potencia o erro em saúde influenciando a qualidade do cuidado (Rice et al., 2016). O *stress* foi também uma dificuldade predominante, uma vez que os serviços de cuidado à pessoa em situação crítica são ambientes onde ocorrem confrontos diários de dilemas éticos e morais (Mealer et al., 2014). A complexidade da situação de saúde da pessoa, técnicas e/ou procedimentos realizados, implica uma articulação entre o conhecimento teórico e prático, sendo necessário o desenvolvimento de competências específicas e uma tomada de decisão pronta e eficaz (Linn et al., 2019). A sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada com a qualidade e segurança do cuidado uma vez que é necessário despende parte do tempo no manuseamento da tecnologia diferenciada existente (Macedo et al., 2019), por exemplo, na hemodiafiltração veno-venosa contínua e na técnica ECMO. A rotatividade de enfermeiros entre serviços ocorre com frequência em ambientes de cuidado à pessoa em situação crítica, culminando na incapacidade de retenção de enfermeiros qualificados (Mealer et al., 2014). Por fim, lidar com a morte e/ou a doação de órgãos pode levar à necessidade de aconselhamento para desenvolver estratégias de  *coping* (Mealer et al., 2014).

Em continuidade, foi possível depreender que estas dificuldades se constituíram como percursos que possibilitaram a implementação de estratégias facilitadoras no processo de integração.

Considerou-se como a principal estratégia facilitadora a importância do treino especializado no cuidado à pessoa em situação crítica, destacando-se a simulação de situações reais que propicia maior confiança no profissional, melhor comunicação em equipa, bem como a deteção precoce de complicações (Linn et al., 2019; Rice et al., 2016; Villemure et al., 2016). A segunda estratégia mais relevante foi o trabalho em equipa, já que aumenta a eficácia e segurança do cuidado através da complementaridade do saber dos

diversos elementos (Ballangrud et al., 2014; Linn et al., 2019; Rice et al., 2016; Villemure et al., 2016). É também crucial para uma melhor integração o acompanhamento por um enfermeiro de referência/tutor que seja perito na área (Silvestre, 2012; Torres et al., 2011). A transmissão de *feedback* em forma de reuniões de *debriefing* também são promotoras da aprendizagem (Silvestre, 2012; Villemure et al., 2016). Por fim, a literatura também prioriza a construção de estratégias de resiliência, como a atenção plena, o autocuidado e o bem-estar, como proteção dos enfermeiros dos efeitos negativos do *stress* no local de trabalho (Longpré et al., 2014; Machado et al., 2012; Mealer et al., 2014).

A complexidade do cuidado e a necessidade de profissionais competentes que respondam de forma eficiente à diversidade de situações de saúde-doença, técnicas e/ou procedimentos, ao domínio das tecnologias e à sistematização do cuidado (Macedo et al., 2019), faz com que seja fulcral a integração do enfermeiro num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica para colmatar qualquer adversidade. O processo de integração deve iniciar-se com o acompanhamento por um enfermeiro tutor, devendo este manter-se durante todo o período, de modo a uniformizar e potenciar as relações interpessoais (Silvestre, 2012). O papel do enfermeiro tutor visa a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do próprio enfermeiro integrante (Torres et al., 2011). O enfermeiro tutor deve possuir um conjunto de características, nomeadamente experiência comprovada no cuidado à pessoa em situação crítica e competências de formação (Fernandes et al., 2010; Silvestre, 2012; Torres et al., 2011). Esta figura deve estar presente preferencialmente no turno da manhã e não lhe ser atribuído um elevado rácio no cuidado, exceto se as necessidades da equipa do serviço se sobrepuser (Silvestre, 2012; Torres et al., 2011).

Sabe-se que o período de integração não tem um prazo fixo, variando de serviço para serviço e das contingências em que ocorre este processo (Fernandes et al., 2010; Silvestre, 2012).

É conhecido que quando transitamos de um lugar para outro somos desafiados enquanto profissionais, e por norma os elementos recém-admitidos são mais ansiosos (Silvestre, 2012). Este *stress* pode dever-se ao facto de não conhecerem a equipa e à preocupação constante em serem aceites pelos elementos mais antigos, como também à própria mudança da identidade profissional ou novidade de situações, técnicas e procedimentos (Silvestre, 2012). Outras fontes geradoras de *stress* relacionadas com a má adaptação dos profissionais são a falta de planeamento formal no processo de integração, o pouco envolvimento da

família/pessoa significativa na tomada de decisão, o escasso apoio interdisciplinar e as diferenças na filosofia do cuidado (Longpré et al., 2014).

A falta de comunicação em equipa pode potenciar os erros em saúde, uma vez que segundo um estudo da *Joint Commission* a comunicação foi responsável por cerca de 60% dos casos relatados de 2011 a 2013 (Villemure et al., 2016). Sabe-se que melhorar o trabalho em equipa e, conseqüentemente, a comunicação em equipa pode prevenir muitos eventos adversos. O treino interdisciplinar em equipa pode facilitar este processo, onde se inclui, a simulação como uma estratégia de ensino emergente que visa melhorar as competências dos profissionais e a prática colaborativa e o aumento da segurança do profissional e da pessoa cuidada (Villemure et al., 2016). A recriação de situações de vida real permite o desenvolvimento do raciocínio clínico em situações de agravamento da pessoa, de forma controlada e num ambiente seguro, aumentando o conhecimento e confiança do profissional (Linn et al., 2019). Desta forma, é aprimorado o desenvolvimento de muitas habilidades e comportamentos, como a colaboração, comunicação, liderança, autoeficácia, tomada de decisão, responsabilidade e confiança no seu papel e consciência da situação, através da possibilidade de deteção precoce de complicações (Linn et al., 2019; Villemure et al., 2016). A simulação é mais eficaz para quem está a aprender do que contactar diretamente com a situação crítica real, pois permite o erro e posterior *feedback*, proporcionando aos enfermeiros experiência, segurança e facilidade na tomada de decisão nas situações reais do cuidado, além de melhorar os resultados do serviço (Linn et al., 2019). Compreende-se, então, que a simulação seguida de *debriefing* potencia a aprendizagem.

As instituições de saúde recorrem com frequência à contratação de profissionais em regime de curta duração (Silvestre, 2012), o que implica uma elevada rotatividade e a falta de retenção de pessoal qualificado no ambiente de trabalho. Este fenómeno ocorre frequentemente em serviços onde o cuidado à pessoa em situação crítica é uma constante, com taxas anuais entre 25% e 60% (Mealer et al., 2014). Esta rotatividade deve-se ao facto de os enfermeiros considerarem estes serviços um local *stressante*, dada a alta mortalidade e morbidade, onde ocorrem confrontos diários com dilemas éticos, com um ambiente tenso, situações que envolvem a doação de órgãos e o relacionamento com os familiares em sofrimento (Machado et al., 2012; Mealer et al., 2014). Conseqüentemente os enfermeiros desenvolvem distúrbios psicológicos, como ansiedade, depressão, síndrome de *burnout* e transtorno de *stress* pós-traumático (Mealer et al., 2014). O treino da resiliência é essencial para se adaptarem de forma positiva a estas condicionantes.

Como a necessidade de profissionais de enfermagem em diferentes serviços de cuidado à pessoa em situação crítica continua a aumentar, há que garantir uma integração bem-sucedida, daí que o planeamento se constitua determinante e essencial para o treino e retenção dos enfermeiros nestes serviços (Fernandes et al., 2010; Hynes et al., 2007; Silvestre, 2012).

Ambientes saudáveis e melhores condições de trabalho refletem diretamente na saúde e na qualidade do atendimento dos profissionais (Machado et al., 2012). Sabe-se que sentimentos de bem-estar, satisfação e motivação são importantes para a educação e formação em contexto de trabalho (Macedo et al., 2019; Silvestre, 2012).

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitiram dar resposta às questões de partida. As dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de integração no cuidado à pessoa em situação crítica foram a comunicação com a equipa, pessoa em situação crítica e/ou familiares; o *stress*; a complexidade da situação de saúde da pessoa, técnicas e/ou procedimentos realizados; a sobrecarga de trabalho; a rotatividade de enfermeiros entre serviços, bem como o lidar com a morte e/ou o planeamento para a doação de órgãos.

Com o decorrer da análise dos conteúdos extraídos dos artigos, foi possível depreender que estas dificuldades se constituíram como percursos, possibilitando a implementação de estratégias facilitadoras no processo de integração, tais como a simulação de situações reais, o trabalho em equipa, o acompanhamento por um enfermeiro de referência/tutor, a transmissão de *feedback*, e ainda a construção de estratégias de resiliência.

Consideramos que esta *Scoping Review* pode apresentar algumas limitações em relação à diversidade de evidência disponível, uma vez que a abrangência de um número maior de bases de dados poderia ter facultado outros contributos importantes para a análise dos resultados. O único limitador de busca na pesquisa foi a de se considerarem apenas os artigos em texto completo disponibilizados gratuitamente.

Em suma, o processo de integração requer planeamento para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo conseguido através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor, ao qual competiria dar *feedback* sobre o trabalho desenvolvido. Assim é possível colmatar as dificuldades sentidas através da construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

Face ao exposto consideramos que esta *Scoping Review* é um alicerce para investigação futura, ficando o desafio para a elaboração de estudos primários que visem a compreensão do fenómeno nesta área do conhecimento, sendo um fenómeno transversal e pertinente para a enfermagem, contudo pouco estudado.



## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO**

No exercício da minha atividade profissional como enfermeira num bloco operatório, desde 2016, presto cuidados a uma grande diversidade de pessoas, tendo em conta a idade e o motivo pelo qual recorrem ao bloco, fazendo ainda parte da equipa de urgência. Pelos motivos que abordarei, obtive creditação ao primeiro estágio “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”.

O âmbito de atuação predominante em bloco são os cuidados perioperatórios (dentro da sala cirúrgica enquanto enfermeira de anestesia, circulante e instrumentista), cuidados de recobro e na UCPA. Em cirurgias de urgência presto cuidados à pessoa em situação emergente e falência orgânica e sou capaz de identificar prontamente focos de instabilidade tanto em sala cirúrgica como em contexto de UCPA, por exemplo através da monitorização invasiva e não invasiva. Apresento conhecimentos no âmbito do trauma visto grande parte das cirurgias urgentes se deverem a acidentes de trabalho (durante a atividade e na deslocação).

A experiência em UCPA conferiu-me competências na administração de protocolos terapêuticos complexos e gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica pois são necessários cuidados especializados após procedimentos cirúrgicos com anestesia de acordo cada tipo de anestesia e particularidades cirúrgicas associadas. Alguns exemplos são a vigilância do síndrome compartimental após utilização de garrote nos membros por período prolongado no intra-operatório, particularmente quando a anestesia é loco-regional e altera a sensação de dor da pessoa; ainda após anestésias loco-regionais é fundamental controlar se os bloqueios motor e/ou sensitivos revertem, especialmente nas pessoas em regime de ambulatório, para permitir a deambulação precoce e consecutiva alta, de acordo com os fármacos utilizados e seus tempos de ação. Outra medida fulcral independente do tipo de anestesia, caso a cirurgia seja demorada e exija fluidoterapia prolongada, é o controlo da diurese, visto a retenção urinária aguda constituir uma complicação comum no pós-operatório imediato. A nível do controlo da dor é necessário vigiar a depressão respiratória e cardíaca após elevada administração de opióides e quanto à administração e registo da analgesia em situações de dor elevada é necessário ter em conta as prescrições de terapêutica, em particular nos regimes de internamento, visto que a

analgesia em pós-operatório e sua continuidade deve respeitar a dose máxima diária e se os registos não forem criteriosos incorre-se no risco de sobredosagem.

O acompanhamento das pessoas em situação crítica e respetivas famílias/cuidadores a vivenciar processos cirúrgicos é inerente à atuação num bloco operatório, sendo crucial identificar as suas necessidades para que seja assegurada uma deteção precoce, estabilização e recuperação que decorrem de processos cirúrgicos. Um dos principais focos da atividade em bloco é simultaneamente um dos mais complicados de conseguir, o estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa em situação crítica. Este pode ser comprometido por diversos fatores, o principal sendo o tempo de contacto reduzido no âmbito perioperatório, por essa mesma razão é crucial dar ênfase à comunicação interpessoal e ter a capacidade de adequar a comunicação perante a pessoa alvo de cuidados. Esta capacidade permite que preste apoio emocional especializado, assistindo a pessoa na gestão da sua ansiedade e medos vivenciados durante os processos cirúrgicos, desde a chegada ao bloco, durante a colheita de dados e antes de iniciar o procedimento a é submetida, desmistificando os procedimentos e acalmando os medos, continuando após a realização do procedimento, em situação de recobro e UCPA, promovendo o conforto e a gestão da dor para a promoção de uma recuperação eficaz.

Por último, quanto à prevenção e controlo da infeção, esta é uma competência que considero inerente à minha atividade diária, pela consciencialização da importância da manutenção da assepsia no âmbito de sala cirúrgica, tanto em técnicas anestésicas enquanto enfermeira de anestesia como na circulação e principalmente na instrumentação, dando apoio durante o decorrer da cirurgia.

## 2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O primeiro estágio decorreu entre 1 de setembro e 30 de outubro de 2020, numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de um hospital de Lisboa.

A UCII tem como elementos da equipa multiprofissional dois médicos residentes, dezoito enfermeiros (um enfermeiro-chefe, um segundo elemento e dezasseis enfermeiros distribuídos por 5 equipas), sete assistentes operacionais e uma assistente administrativa. Nos dias úteis existe ainda o apoio de fisioterapia, sendo também possível solicitar apoio do serviço religioso, serviço de nutrição e assistente social. A sua estrutura integra Gabinete de Secretariado, Vestiários Masculinos, Vestiários Femininos, Copa, três quartos médicos, dois gabinetes de enfermagem, sala de reuniões/Gabinete médico, armazéns de material e

equipamentos, zona limpa/rouparia e zona suja/desinfecção. Quanto à caracterização física, a unidade é composta por uma sala de trabalho de enfermagem com monitorização central hemodinâmica e cinco unidades de internamento, das quais uma é de isolamento e as restantes quatro em *open space*, todas equipadas com monitor de sinais vitais, seringas e bombas infusoras, ventilador, computadores de registo de enfermagem, rampas de oxigénio e de vácuo e camas elétricas com colchões de pressão alternada. Duas das unidades estão ainda equipadas com Osmose Inversa e Máquina 5008 (hemodiálise).

O “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744), no entanto, em conjunto com estas, existem “competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, (...) que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359), sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica integra ambos os perfis de competências supra citados.

Considerando que qualquer Serviço de Medicina Intensiva (ou cuidados intensivos) se destina “à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013, p. 2), percebe-se a especificidade dos cuidados prestados neste âmbito e a necessidade de enfermeiros especializados competentes para a prestação destes cuidados, com o intuito de adquirir as ditas competências, defino três objetivos para a realização deste estágio, um objetivo geral e dois objetivos específicos.

O objetivo geral foi **desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais à pessoa em situação crítica e família/cuidador, em contexto de unidade de cuidados intensivos e intermédios**. No âmbito das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pode ser especificado como “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

Os objetivos específicos foram:

- **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos e**

- **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da integração em unidades que prestam cuidados à pessoa em situação crítica e família.**

Por forma a concretizar os objetivos propostos defini as atividades a ser desenvolvidas na prática clínica que visam a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, os indicadores de processo e resultado referentes aos objetivos específicos delineados estão explicitados no Projeto de Estágio elaborado para o contexto em questão. Com o apoio do Enfermeiro Orientador do local de estágio, foi possível determinar um Programa de Integração em três fases (estando este a ser implementado na UCII do hospital em questão):

➤ Fase de Adaptação – participação na prestação de cuidados sempre com a supervisão do enfermeiro supervisor, que deverá privilegiar a metodologia de observação – duração prevista de duas semanas para o estágio em questão.

➤ Fase Prática – prestação de cuidados da forma mais autónoma possível, sempre sob orientação do supervisor – duração prevista de três semanas para o estágio em questão.

➤ Técnicas Diferenciadas e Consolidação de Conhecimentos – demonstração de conhecimentos teóricos que fundamentem a prestação de cuidados sempre que solicitados e colaboração nos cuidados em técnicas diferenciadas – duração prevista de três semanas para o estágio em questão.

A existência de um programa de integração, assim como de um manual de acolhimento (bem estruturado, organizado e com objetivos específicos) para novos elementos da equipa, assim como estudantes (quer de licenciatura, quer de especialidade) “contribuirá para facilitar a sua adaptação à equipa de enfermagem” (Silvestre, 2012, p.86), tendo em conta que se constituem como fatores limitadores à integração “o tipo de serviço (...), espaço, estrutura física, especificidade e dinâmica e polivalência (...), o nível de dependência dos doentes ou a documentação dos cuidados de enfermagem em suporte informático” (Silvestre, 2012, p.89). A diminuição do tempo de integração reflete-se como sendo vantajosa para todos os intervenientes do processo, principalmente quanto à qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem.

Ao longo do estágio, por incentivo do enfermeiro orientador, o acompanhamento de uma pessoa específica foi realizado, permitindo uma melhor percepção do impacto da continuidade de cuidados em contexto de unidade de cuidados intensivos. O Sr. J. foi ao longo do período de estágio alternando bastante o seu estado geral, oscilando entre períodos com sedação intensa ou mesmo ausência completa de resposta (por sedo-analgésia) e períodos de inquietação e mesmo agitação (com sedo-analgésia mais leve). O Sr. J. esteve intubado orotraquealmente durante a maior parte do período de estágio, tendo este tubo sido substituído por uma traqueostomia por intubação prolongada (altura em que este apresentou maior resposta a estímulos) mas cujas complicações (fuga elevada) levaram à necessidade de aumento da sedação, curarização, aporte de amins e nova intubação orotraqueal para estabilizar e se adaptar novamente ao ventilador. Estas alterações da situação clínica foram em grande parte acompanhadas pela esposa, sua única visita por indicação do serviço, que se mostrava muito ansiosa perante os períodos de instabilidade que foram vivenciados ao longo do mês de setembro. Com a necessidade de internamento de doentes positivos para COVID-19 na unidade, as visitas que previamente eram restritas foram suspensas, pelo que o acompanhamento da evolução do Sr. J. era efetuado pela esposa via telefónica de forma diária.

Em UCII são prestados cuidados ao doente crítico, “cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. São cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018, p. 2), tendo isto em conta, pode existir uma tendência para que o foco de atenção dos profissionais seja a situação de doença, seu tratamento e estabilização da pessoa, seguindo um modelo biomédico orientado para a cura, por vezes sendo deixadas em segundo plano atividades fulcrais nestas unidades, como a promoção do conforto da pessoa em situação crítica e sua família.

A pertinência das intervenções orientadas para a promoção do conforto é intrínseca ao cuidado num internamento em UCII, por se caracterizar como um momento de grande vulnerabilidade para a pessoa e família perante uma situação de grande complexidade terapêutica e instabilidade, pelo *stress* físico que advém das intervenções invasivas e dolorosas e do ambiente extremamente tecnológico, pouco familiar, que os rodeia e pelo *stress* emocional que daí advém e agrava o desconforto, aumentando o medo, ansiedade,

vulnerabilidade e incerteza (Ballester-Arnal et al., 2016). O conforto, segundo Kolcaba (2003) pode ser experienciado pela própria pessoa, sendo entendido como estado de relativo bem-estar ou resultado de cuidados específicos, ou como elemento no processo de cuidar de uma intervenção diferenciadora do enfermeiro. É conhecido como uma experiência imediata, sendo fortalecido pela sensação de alívio (estado no qual foi satisfeita determinada necessidade, necessária para que seja restabelecido o normal funcionamento da pessoa), tranquilidade (estado de calma/satisfação, sendo essencial para um desempenho eficiente na recuperação da pessoa) e transcendência (estado no qual a pessoa sente que detém competências/potencial para controlar e planejar o seu destino).

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) é “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359), consistindo também este o principal objetivo delineado para o estágio, e para tal ser atingido o enfermeiro deve contribuir para uma gestão diferenciada não só do bem-estar da pessoa como da sua família/cuidador, identificando “evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363) e assistindo “nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363), gerindo o estabelecimento de uma “relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360). Depreende-se, assim, que o enfermeiro especialista deve ser capaz de reconhecer antecipadamente os fatores promotores de desconforto para a pessoa em situação crítica devendo agir no sentido de os mitigar ou eliminar e promover o conforto.

Não tendo experiência prévia em contexto de UCII, fiquei sensibilizada com a forma como intervenções que podem ser interpretadas como pequenos gestos podem fazer a diferença, nomeadamente a utilização de musicoterapia durante os cuidados de higiene e conforto no leito, em momentos em que o Sr. J. se encontrava menos sedado ligar a televisão permitindo que aquando da visita a esposa escolhesse um canal do seu agrado e em alturas de sedação mais intensa manter o rádio perto da sua cama ligado numa estação do seu agrado (conforme informação fornecida pela cuidadora). Por se encontrar sob sedação e logo acamado por um período prolongado foi fulcral não só alternar decúbitos como utilizar o modo de conforto do colchão de pressão alternada e por apresentar sudorese excessiva

minimizou-se a quantidade de roupa de forma a circular melhor o ar e reduzir as zonas de fricção. Uma das competências que desenvolvi ao longo do estágio, de importância transversal na prestação de cuidados especializados, foi desenvolver estratégias que permitiram ultrapassar barreiras à comunicação, utilizando o piscar olhos para questões simples de sim ou não ou gesticular, manter sempre o respeito anunciando a presença e comunicando os procedimentos, independentemente do nível de sedação. O apoio emocional prestado à esposa perante as alterações do estado de consciência e períodos de maior instabilidade do Sr. J. enquanto foram permitidas visitas também se constituiu como um dos focos de intervenção.

Enquanto estudante da especialidade este cuidado tão holístico e centrado na pessoa e família permitiu-me a aquisição de competências essenciais para o meu futuro enquanto enfermeira especialista, o que foi sem dúvida facilitado pela integração eficaz na unidade, pois tal como afirma Taveira (2011) esta é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à instituição, permitindo simultaneamente o desenvolvimento de competências, aquisição de autoconfiança e construção da identidade profissional. Assim, o sucesso da integração permitiu que estivesse desperta para todas estas situações e o seu significado, não incorrendo no risco de focar a minha aquisição de conhecimentos e competências nas técnicas específicas inerentes ao cuidado neste contexto, num ambiente altamente tecnológico e diferente de todas as minhas experiências prévias. Como tal, foi possível compreender como o conforto enquanto cuidado fulcral para o continuum da prestação de cuidados, não pode ser descurado, tal como defende Kolcaba (2003), a importância da sua compreensão na multidimensionalidade do cuidado deve ser destacada. Kolcaba (2003) define três estados de conforto que se desenvolvem e quatro contextos, que pude observar ao longo da prestação de cuidados já tendo descrito alguns previamente: físico, que diz respeito às sensações corporais; psicoespiritual, consciência de si próprio, onde se incluem a autoestima e o autoconceito; sociocultural, respeitante às relações interpessoais, familiares e também sociais; ambiental, envolvendo aspetos como luz, barulho e temperatura.

Compreendo agora muito melhor o porquê de o conforto se constituir simultaneamente como um elemento integrante do cuidado em saúde e uma meta do cuidado, consagrando-se assim como uma intervenção intencional em saúde e a resposta de cuidado (Sousa, 2020, p. 12), ou seja, o processo e o respetivo resultado, entenda-se a ação de confortar enquanto intervenção de enfermagem cujo resultado é o próprio conforto e como a satisfação das necessidades humanas básicas resultante do cuidado de enfermagem é proporcionado através

de medidas de conforto (as intervenções). Esta percepção aliada à capacidade de reconhecer fatores promotores de desconforto da pessoa e suas necessidades neste âmbito quanto às quatro dimensões do conforto permitem que as intervenções dirigidas para a satisfação dessas necessidades específicas sejam eficazes e que o conforto da pessoa seja atingido, não esquecendo “que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (Nightingale, 2005, p. 132).

Percebi a necessidade de aprofundar mais o meu conhecimento acerca da temática, principalmente tendo em vista a pessoa em situação crítica não só em contexto de UCI, mas também em bloco operatório, de forma a permitir uma transposição para a minha prática das competências adquiridas e seu desenvolvimento. Relativamente às intervenções com vista à família da pessoa em situação crítica, nesta situação, reconheço que poderia ter sido mais proativa enquanto tal foi possível e eram realizadas visitas, pois quando comecei a sentir-me mais confortável para as realizar estas foram suspensas, sendo a confiança nas minhas competências algo a melhorar. Estou agora mais desperta para a importância da intervenção precoce no bem-estar e apoio da família, tendo progredido no desenvolvimento das minhas competências, almejando conseguir alcançar o nível de proficiente e, eventualmente perita, na minha área de atuação profissional (bloco operatório) no qual “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se”(Benner et al., 2001, p.63) e a enfermeira “já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar ao estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita (...) compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema”(Benner et al., 2001, p.58).

Gostaria ainda de relevar uma situação pontual que me marcou neste estágio e que originou uma reflexão crítica acerca da mesma. À tarde ao chegar à UCII para iniciar um turno do estágio deparo-me com a equipa multidisciplinar concentrada na prestação de cuidados à Sra. M., que tinha entrado às 8h30 na unidade em choque distributivo e se encontrava hemodinamicamente instável, conectada a prótese ventilatória, nomeadamente entubada orotraquealmente, sob sedação intensa, curarizada e com fluidoterapia e aporte de aminas vasopressoras em cateter venoso central, estando a médica internista a terminar a colocação de uma linha arterial para monitorização invasiva contínua da pressão arterial e colheita de sangue para gasimetria. Colocou ainda um cateter de duplo lúmen para iniciar HDVVC sem anticoagulação (por falência hepática e alterações plaquetárias) e após iniciar técnica dialítica contínua e manter instabilidade hemodinâmica acentuada, assim como

dificuldade na adaptação à ventilação invasiva, verificou-se necessidade de alternar o posicionamento para decúbito ventral, pronação, de forma a melhorar a oxigenação, diminuindo o colapso alveolar e melhorando a complacência pulmonar (Lalwani et al., 2020; Paiva & Beppu, 2005).

O estado geral foi-se agravando, sendo necessário um aumento considerável da dose de noradrenalina e sedação para tentar estabilizar a Sra. M., sendo que antes da passagem de turno houve indicação de não reanimação e cessação de perfusão de noradrenalina, tendo falecido perto da uma da manhã, durante o turno da noite. Para além de acompanhar o enfermeiro orientador na prestação de cuidados à Sra. M., prestei ainda cuidados a outra pessoa em situação crítica, com sedação intensa, entubação orotraqueal, aporte de aminas para controlo tensional e monitorização invasiva, com perfusão de insulina para controlo glicémico, entubação nasogástrica com nutrição entérica e sonda vesical.

Optei por ressalvar esta situação específica pois nos dois dias que antecederam a sua transferência para a unidade, durante o turno e passagens de turno, já era conhecida a deterioração do estado da Sra. M., perceptível através da análise das gasimetrias (quando necessárias e colhidas no internamento, medicina ou cirurgia, são realizadas na UCII por um enfermeiro da unidade). Para além de se discutir a situação em passagem de turno, durante esses dois dias a equipa de enfermagem abordou a equipa médica no sentido de se preparar a transferência, tendo sido constante a resposta de que não tinha havido contacto dos colegas do internamento, negando conhecimento da situação ou necessidade de transferência para a unidade.

Na altura senti-me entusiasmada perante esta primeira situação complexa e urgente que vivenciava no estágio, perspetivando todas as situações potenciadoras de conhecimentos e aprendizagens que daí derivariam, mas de certa forma também consciente da falta de conhecimento prático, o “saber como” na prestação de cuidados especializados.

Retrospectivamente associo uma sensação de impotência relativamente à admissão tardia da Sra. M. na UCII, onde beneficiaria de monitorização constante e cuidados especializados por parte de enfermeiros, proficientes e peritos, que já advertiam para a necessidade de transferência para que se agisse atempadamente, antes do agravamento abrupto da situação clínica e mau prognóstico, que se revelou irreversível. A ocorrência instigou-me assim a rever dois documentos chave para a prestação de cuidados, na procura de averiguar os limites da minha atuação enquanto enfermeira, assim como da equipa, pela dificuldade na

comunicação com a equipa multidisciplinar, na medida em que existiu uma incapacidade de transmitir adequadamente as alterações clínicas detetadas precocemente na Sra. M.

No artigo 8.º do REPE, referente ao exercício profissional dos enfermeiros, é explicitado no ponto um que estes devem “atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (REPE, 1996, p.2961) e no ponto dois que os objetivos fundamentais do exercício da sua atividade profissional são “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento” (REPE, 1996, p.2961), sendo que no ponto três é ressalvado que “têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde” (REPE, 1996, p.2961). O artigo 112.º do Código Deontológico, dos deveres para com outras profissões, diz que o enfermeiro, enquanto membro da equipa de saúde, assume três deveres, em primeiro lugar o dever de “atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (Deontologia Profissional, 2015, p.8080) em segundo lugar, o dever de “trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde” (Deontologia Profissional, 2015, p.8080) e por último, o dever de “integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (Deontologia Profissional, 2015, p.8080).

Assim, cheguei à conclusão que a equipa atuou em conformidade com as suas competências e limitações, tendo comunicado com a equipa interdisciplinar a situação, apesar de com pouco sucesso. Os limites impostos pela área de competência específica não só dentro da equipa da UCII, mas com outras equipas da instituição dificultou na transferência atempada da Sra. M., mas são limites acima de tudo burocráticos e difíceis de transpor. Poderia ter sido comunicada a situação com uma abordagem diferente e que pudesse resultar num *outcome* mais favorável e foi nesse sentido que a equipa se predispôs a refletir sobre o sucedido posteriormente. Assim, na eventualidade de uma situação semelhante surgir no decurso do meu percurso profissional, é neste sentido que pretendo melhorar, ao nível da comunicação interdisciplinar (neste caso na transmissão da perceção da evolução da situação à equipa) que permita uma intervenção mais atempada e, se possível, um melhor prognóstico para a pessoa em situação crítica.

No decorrer do estágio demonstrei competência na priorização dos cuidados, assim como na capacidade para a prestação dos mesmos, gerindo autonomamente a prestação de

cuidados a uma pessoa em situação crítica e acompanhando o enfermeiro orientador noutras situações de prestação de cuidados, tendo desenvolvido autonomia e confiança nas minhas capacidades e competências, tal como previsto nos artigos 6.º e 7.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As diversas técnicas e valências associadas à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica neste contexto impulsionou o desenvolvimento de conhecimento prático e permitiu a consolidação do mesmo com o conhecimento teórico já adquirido no âmbito do mestrado, e sempre agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais, conforme referido nos artigos 8.º e 5.º do Regulamento supracitado, respetivamente (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Descritas e analisadas as atividades desenvolvidas como subsídio do percurso de aquisição de competências especializadas de Enfermagem no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, que dão resposta ao objetivo geral e ao primeiro objetivo específico definidos, nomeadamente ao nível dos artigos 2.º e 3.º do Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), passo a abordar os indicadores de processo correspondentes ao segundo objetivo específico definido para o estágio em UCI. A fundamentação das intervenções desenvolvidas tem por base a evidência científica identificada através da análise preliminar do estado da arte, cujos resultados da pesquisa demonstraram a existência de pouca produção científica recente associada às dificuldades sentidas pelo enfermeiro e às estratégias facilitadoras na integração no cuidado à pessoa em situação crítica. Assim foi elaborado um protocolo *a priori*, seguindo a metodologia do JBI, para auxiliar e conduzir a primeira fase da pesquisa e organizar a informação recolhida. A evidente lacuna no conhecimento conduziu à necessidade de mapear de uma forma mais precisa este fenómeno (Apóstolo, 2017), o que levou à proposta de elaboração de uma *Scoping Review*, possibilitando a exploração da extensão da literatura nesta área do conhecimento, mapeando e sumarizando a evidência existente (Tricco et al., 2016), recorrendo aos conteúdos apreendidos nas unidades curriculares e ao referencial teórico selecionado. Neste sentido foi elaborado um póster (Apêndice II), disponibilizado no serviço em formato digital e apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado de Enfermagem (edição online), conforme se pode comprovar no Certificado no Anexo I. O póster apresenta diferenças relativamente à *scoping review* quanto aos resultados apresentados por este constituir uma análise preliminar face à elaboração do

artigo, como mencionado previamente. Existiu também uma partilha dos resultados e conclusões a que se chegou após a análise preliminar e elaboração do póster com a equipa, com recurso a momentos informais, principalmente passagens de turno.

Conheço a estrutura física, funcional e organizacional do serviço e providenciei momentos de partilha informal com o enfermeiro orientador e com a equipa e respetivo *feedback*, nomeadamente relacionados com a revisão de conteúdos e conhecimento teórico adquirido em UCs anteriores, no âmbito do estágio em UCI e acerca da análise do Estado da Arte, conforme mencionado anteriormente. Consultei normas, protocolos e procedimentos associados aos cuidados de enfermagem em UCI e realizei pesquisa bibliográfica sobre a abordagem à pessoa em situação crítica e sua família também neste contexto, tendo participado em simulações de casos reais no âmbito do SBV e SAV com a equipa. Prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família e refleti criticamente sobre estes, promovendo o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional e, não descurando as minhas características pessoais (resiliência, procura ativa de evidência científica atualizada e aprimoramento de competências para melhoria contínua e aumento da qualidade dos cuidados prestados, entre outras) foram algumas das estratégias facilitadoras na integração nesta equipa, que considero ter sido bem sucedida. Tendo em conta as competências desenvolvidas e os objetivos alcançados através das estratégias delineadas e da análise crítica da sua implementação durante o estágio, considero o aproveitamento do mesmo ter sido muito bom e uma mais valia incalculável no meu percurso académico e pessoal, com aprendizagens marcantes e fulcrais para a aquisição de autoconfiança e a construção e desenvolvimento da minha identidade profissional (Taveira, 2011), permitindo evoluir relativamente ao nível de competência na prática clínica de enfermagem em contexto de UCI, de iniciado-avançado para competente, de acordo com o que descreve Benner et al. (2001).

## 2.2.SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O segundo estágio decorreu entre 3 de novembro e 19 de dezembro de 2020, num SUG de um hospital na periferia de Lisboa.

O SUG do hospital localiza-se no piso 0, com acessibilidade interna para os colaboradores e comunicação com o restante hospital e externa direta para a admissão de doentes, existindo circuitos para doentes, visitas e pessoal, para além de que desde março, com a situação que vivemos atualmente da pandemia, terem sido criados circuitos distintos para doentes covid positivos e negativos. Na Área de Admissão e Triagem, junto à entrada exterior, localizam-se diversos postos de atendimento para admissão administrativa de doentes, após a qual se localiza a sala de espera de doentes a aguardar chamada para triagem e a sala de triagem de doentes em macas (para transição dos doentes das macas dos bombeiros para as do hospital e avaliação da autonomia de locomoção e necessidade de permanência em maca). O método de triagem preconizado é o Protocolo de Triagem de Manchester, realizado num dos quatro postos disponíveis nos gabinetes de triagem. Existe uma área destinada à VMER composta por garagem para a viatura, quartos para médico e enfermeiro e salas de apoio. Divide-se depois o serviço em três áreas, de acordo com a prioridade para atendimento e com terminologia da triagem de Manchester: área de doentes pouco urgentes – Verdes e Azuis; área de doentes urgentes – Amarelos e Laranjas; área de doentes emergentes – Vermelhos e SO. Na área Verdes e Azuis encontra-se a sala de espera correspondente, gabinetes de consulta médica, sala de trabalho/colheitas de enfermagem, sala de tratamentos, sala de inaloterapia, sala de espera de doentes de pequena cirurgia/pequeno trauma, sala de pequena cirurgia e sala de ortopedia. Na área de Amarelos e Laranjas pode-se encontrar a respetiva sala de espera, postos de observação rápida, postos de permanência curta, sala de inaloterapia e sala de tratamentos. Na área Vermelhos e SO está a sala de espera de visitas de doentes em SO, a sala de reanimação, com duas camas e a sala de observação, com oito camas e duas de isolamento, com tipologia de unidade de cuidados intermédios e destinado a doentes mais instáveis. Existem por fim áreas de apoio constituídas por arrecadações, armazéns de limpos e sujos; copas e salas de reuniões; vestiários masculinos e femininos; gabinetes de direção, apoio administrativo e social e casas de banho diversas (para doentes e visitas e para os profissionais). Com o panorama atual da pandemia, existem dois circuitos no SUG, o circuito respiratório para doentes com patologia respiratória potencialmente associada à COVID-19 e o circuito não respiratório, estando o primeiro alocado na área Vermelhos e SO e em parte da área Amarelos e Laranjas, que se encontra totalmente dividida entre os circuitos por

painéis divisórios de forma a criar também zonas intermédias para equipar e remoção de Equipamentos de Proteção Individual. Os circuitos entre estes doentes estão também definidos para outras áreas de apoio ao SUG no hospital, como raio-X e TAC.

Os recursos humanos do SUG do hospital integram a direção do Serviço (Médico e Enfermeiro Responsável); médicos de equipas dedicadas do SUG (VMER, “Hospitalistas” e “Generalistas”); médicos complementares do SUG, internistas ou de outras especialidades, que podem ou não ser do hospital e que complementam os turnos das equipas dedicadas; dois médicos de Cirurgia Geral e dois de Ortopedia do hospital disponíveis permanentemente para apoio ao SUG e médicos de outras especialidades a pedido; Enfermeiros pertencentes ao SUG que se dividem em quatro equipas com turnos maioritariamente de doze horas no caso dos contratos, para além destes existem elementos externos que complementam os turnos das equipas do hospital (os quais também podem assegurar as equipas de VMER); auxiliares de ação médica; administrativos e outros profissionais como seguranças. Orientada pela enfermeira especialista P., integrei a equipa três, da qual fazem parte dezanove enfermeiros.

Considerando que qualquer Serviço de Urgência dá respostas a situações de emergência e urgência médica, definindo-se estas como “a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Despacho n.º 18459/2006, 2006, p. 18611) e que o SUG do hospital é classificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) pelo Despacho n.º 13427/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro de 2015, tendo como referência o Relatório da CRRNEU, este integra assim a rede de serviços de urgência ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência e deve dispor dos recursos preconizados pelo mesmo. No que diz respeito aos recursos humanos, integrar “equipas de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência” (Despacho n.º 18459/2006, 2006, p. 18611), quanto às valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, “medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (vinte e quatro horas), imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, vinte e quatro horas)” (Despacho n.º 18459/2006, 2006, p. 18611) e de acordo com o definido nas respetivas redes de referência, o “apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com diálise para situações agudas)

e medicina intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente)” (Despacho n.º 18459/2006, 2006, p. 18611). A nível da formação e currículo de pelo menos 50% dos profissionais em exercício em SUMC, e especificamente no que concerne enfermeiros, esta preconiza: Formação em Ventilação e Controle Hemodinâmico; Formação em Transporte de Doentes Críticos; Formação em Via Verde e Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e de Conflitos, Comunicação do risco e “transmissão de más notícias”, para além de “competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p.20677).

O Manual de Standards – Unidades de Urgência e Emergência do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS inclui um conjunto de standards considerados obrigatórios para assegurar “a implementação e o desenvolvimento de ações destinadas a garantir uma adequação contínua das competências dos seus profissionais, necessárias para a prestação assistencial de qualidade ao cidadão” (Direção-Geral da Saúde, 2016, p. 70), estes são:

- Foram definidas as funções e responsabilidades para os diferentes postos de trabalho da Unidade de Urgência e Emergência.
- Os mapas de competências dos profissionais da Unidade de Urgência e Emergência estão definidos e adequados para os diferentes postos de trabalho e processos e mantêm-se atualizados.
- A Unidade de Urgência e Emergência facilita e promove a acreditação das competências dos seus profissionais.
- A Unidade de Urgência e Emergência identifica as necessidades de formação dos seus profissionais em função dos seus objetivos estratégicos e das características da sua população de referência.
- A Unidade de Urgência e Emergência aplica um plano de acolhimento para os novos profissionais.

Estes standards demonstram a complexidade do exercício clínico praticado no Serviço de Urgência e a necessidade de profissionais com formação específica para garantir a qualidade dos cuidados prestados, como corrobora o Relatório da CRRNEU (2012) que aponta o exercício em Serviço de Urgência como “uma prática clínica específica, com conhecimentos, competências e capacidades específicas, respeitando uma ampla gama de patologias e situações clínicas de caráter médico, cirúrgico e traumático, num largo espectro de gravidade,

orientada para a avaliação de problemas clínicos e usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução” (CRRNEU, 2012, p. 15).

As valências de que dispõe este serviço demonstram a polivalência deste local de estágio, com grande potencial para desenvolver as competências necessárias para atingir os objetivos definidos, para além das explicitadas em ambos os Regulamentos de Competências do Enfermeiro Especialista, tanto o de comuns como o de específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, discriminadas em Diário da República.

À semelhança do estágio anterior, defini um objetivo geral e dois objetivos específicos:

Como objetivo geral propus-me **desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais, de enfermeira especialista, à pessoa em situação crítica e família/cuidador, em contexto de serviço de urgência geral.**

Quanto aos objetivos específicos: **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência geral e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da integração em unidades que prestam cuidados à pessoa em situação crítica e família.**

Para possibilitar a concretização dos objetivos propostos delinee as atividades a ser desenvolvidas na prática clínica com a intenção de viabilizar a aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, os indicadores de processo e resultado referentes aos objetivos específicos delineados estão explicitados no Projeto de Estágio elaborado para o estágio em SUG. Com a concordância da Enfermeira Orientadora do local de estágio, manteve-se um Programa de Integração em três fases idêntico ao proposto no contexto anterior, explicitado no ponto 2.1.

Dando continuidade à metodologia utilizada, à estrutura de aprendizagem prévia através de um programa de integração semelhante e à cedência de normas, protocolos instituídos no serviço e sistematização dos procedimentos mais comuns associados aos cuidados de enfermagem em serviço de urgência, a adaptação ao mesmo e à equipa é facilitada (Silvestre, 2012), promovendo um tempo de integração menor que se repercute num aumento da qualidade dos cuidados prestados e da “procura permanente da excelência no exercício profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 13).

Ao longo deste estágio, tendo em conta o contexto de serviço de urgência, não foi possível o acompanhamento de uma pessoa específica, pelo que a Enfermeira Orientadora sugeriu

que o estágio se focasse nos aspetos ainda por aprofundar relativamente ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Com este intuito foi incentivada a minha passagem por todos os postos do serviço, iniciando o percurso na área de admissão e triagem e seguindo o mesmo no serviço ao longo das semanas categoricamente, com uma lógica de aumento de complexidade nos cuidados prestados e prioridade para atendimento de acordo com o método de triagem preconizado. Assim iniciei com alguns turnos na triagem, tanto do circuito para doentes covid positivos como negativos, e na área de doente pouco urgentes – Verdes e Azuis (de acordo com a terminologia da triagem de Manchester) sistematizando a abordagem inicial à pessoa e os cuidados prestados no âmbito da sala de tratamentos e de pequena cirurgia e ortopedia.

Tendo em conta que o foco do estágio e dos cuidados a prestar são à pessoa em situação crítica, estes turnos permitiram que me adaptasse ao serviço e à equipa e antes de focar no desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, permitiu que desenvolvesse competências comuns do Enfermeiro Especialista, ao nível do desenvolvimento de “uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746), garantindo “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Posteriormente iniciei turnos na área de doentes urgentes – Amarelos e Laranjas, nos postos de observação rápida e permanência curta e de doentes emergentes – Vermelhos e SO, na sala de reanimação e de observação, destinadas a doentes mais instáveis e com tipologia de unidade de cuidados intermédios, incluindo-se no circuito respiratório duas salas de isolamento. Foi nestas duas últimas áreas que se focou em grande parte o estágio, não só no âmbito da prestação de cuidados como na área da governação clínica ao nível da colaboração em programas de melhoria contínua e desenvolvimento de práticas de qualidade e garantia de um ambiente terapêutico e seguro, nomeadamente relacionado com o controlo de infeção.

O controlo de infeção é um tema tão importante como recorrente, sendo a sua pertinência incontestável em qualquer contexto no âmbito da enfermagem, especialmente considerando a situação atual da pandemia por COVID-19 e a predominância que a higiene das mãos tem enquanto um dos principais fatores para evitar a propagação do coronavírus.

Em contexto intra-hospitalar adotou-se os “5 Momentos” para a Higiene das Mãos, “modelo da Organização Mundial da Saúde (...): Antes do contacto com o doente; Antes de um procedimento limpo/assético; Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; Após o contacto com o doente; Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente” (Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 1).

A DGS, através do PPCIRA definiu que as unidades de saúde “devem designar profissionais de saúde com formação e treino em controlo de infeção e em observação da Higiene das Mãos com o objetivo de monitorizar a adesão dos profissionais de saúde, através do Formulário de Observação de Higiene das Mãos” (Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 9).

Em discussão com a Enfermeira Orientadora foi possível aferir que a instituição aderiu formalmente à Campanha Nacional de Higiene das Mãos em maio de 2012 e à Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infeção em 2014. A Enfermeira Orientadora P. enquanto membro dinamizador do serviço para as referidas campanhas constitui-se como observadora oficial dos períodos de auditoria, tendo frequentado a Formação de Formadores da Campanha da Higiene das Mãos, conhecendo o Guia de Observação da mesma e auditando colaboradores em períodos pré-estabelecidos de duas horas por mês (atingindo o número mínimo de observações por serviço de 360).

Tendo em conta as particularidades do serviço de urgência geral, pelo número de colaboradores e extensão do espaço físico do mesmo, existem dois membros dinamizadores ao invés de um, tendo sido possibilitado que trabalhasse com ambos em turnos específicos para desenvolver as competências necessárias neste âmbito. Estes membros auditam o grupo de médicos do seu próprio serviço e os grupos profissionais de enfermeiros, técnicos e AAM de diferentes serviços, definidos anualmente, aplicando as grelhas de auditoria e formulários de observação e introduzindo os dados para cálculo no Formulário de Cálculo Básico, submetendo os mesmos para que os dados sejam analisados e posteriormente divulgando os resultados da instituição assim como as metas a atingir. Cada membro dinamizador do GCLPPCIRA apresenta no seu serviço os resultados relativamente a anos anteriores, conforme preconizado na Norma 007/2019 da DGS: iniciando pelos gerais da instituição comparativamente com os nacionais; os resultados relativos à taxa de adesão global e para cada um dos cinco momentos; a comparação da taxa de adesão de acordo com os grupos profissionais; a taxa de adesão por serviço e por último especificamente do próprio serviço, quanto à taxa de adesão por momentos e por grupo profissional.

Através da análise dos dados previamente discriminada é possível desenvolver um plano de ação para atingir os objetivos específicos determinados para melhorar a adesão à higiene das mãos e consumo de SABA por parte de todos colaboradores. Assim preconiza-se a “utilização de métodos lúdicos e elucidativos para motivar os profissionais para a Higiene das Mãos e elaboração de relatórios; (...) envolvimento e participação de profissionais de saúde de referência na formação local (elos de ligação e dinamizadores) que valorizam a prática da Higiene das Mãos” (Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 9) e aumento da literacia em saúde através da divulgação de “informação sobre Higiene das Mãos dirigida aos doentes e visitas nos vários locais públicos (entradas, salas de espera, refeitórios, cartazes, folhetos, vídeos em écrans, site da unidade de saúde e respetivas redes sociais)” (Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 10).

A orientadora deu acesso aos resultados dos anos anteriores relativamente ao serviço de urgência (2017 e 2018), tendo a mesma diminuído significativamente em relação aos anos anteriores, não só a nível global (de 63% para 52%) como no momento antes do contacto com o doente (69% para 47%), antes de um procedimento assético (53% para 40%), depois de risco de exposição a sangue e fluídos corporais (68% para 42%) e depois do contacto com o ambiente do doente (47% para 38%). Apenas depois do contacto com o doente se verificou um aumento na taxa de adesão de 63% para 66%. A adesão de enfermeiros comparativamente à de médicos (que se manteve nos 59%) e AAM (baixou de 60% para 57%) também diminuiu significativamente, de 68% para 46%, a mais baixa desde que o programa entrou em vigor. Estes resultados levaram a uma discussão acerca dos motivos que levaram à diminuição da adesão dos profissionais do serviço na prática da Higiene das Mãos.

Após debater quais os potenciais motivos para a descida abrupta na taxa de adesão no período supracitado, os mais prováveis que levantámos estão relacionados com a rotatividade de colaboradores no serviço, conjuntamente com a sobrecarga de trabalho, maus rácios e défices no processo de integração (como períodos mais curtos do que seria ideal) e pouca continuidade de formação em trabalho. Sabendo que uma integração eficaz implica menor rotatividade nas equipas e serviços de uma instituição (Simone et al., 2016) e potencia a autonomia e a motivação dos profissionais, assim como a adesão e implementação das normas e padrões da organização, chegamos à conclusão que os cuidados prestados serão de maior qualidade (Fernandes et al., 2010; Hynes et al., 2007). Desta forma, a Enfermeira Orientadora, enquanto membro dinamizador no serviço de urgência,

providenciou diversos momentos e atividades com o objetivo de aumentar a taxa de adesão: o “momento verde” (nas passagens de turno reúne-se a equipa para uma formação acerca da higiene das mãos e utilização de luvas; os conhecimentos teóricos, os momentos e produtos adequados, entre outros); protocolos instituídos para minimizar as taxas de infeções nosocomiais (como é exemplo o protocolo de desalgaliação, que guia na desalgaliação autónoma de adultos de acordo com critérios de qualidade e segurança, de modo a reduzir o número de pessoas algaliadas sem indicação para tal, reduzindo assim a colonização e infeção das vias urinárias associadas à utilização de dispositivos vesicais) e recentemente a implementação de atividades durante o turno com recompensa no final do mesmo de acordo com a prestação de cada equipa.

A eficácia destas medidas acabou por não se conseguir comprovar pela situação atualmente vivenciada globalmente, a pandemia, que implicou a suspensão das auditorias e consequentemente a análise de dados estatísticos e implementação de muitas das medidas previstas para melhorar as taxas de adesão dos profissionais de saúde (pela sobrecarga de trabalho transversal no país e no mundo nos ambientes intra-hospitalares). Toda esta apreciação e o acesso providenciado a toda a documentação e normas permitiu perceber como tudo se processa, apesar de infelizmente não ser possível participar ativamente numa auditoria, propus-me o desafio do exercício de observação e preenchimento de um Formulário de Observação (Anexo II), conforme os utilizados em auditorias, de forma a desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, especificamente quanto a maximizar “a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359). Concomitantemente permitindo-me perceber e dar a conhecer à equipa, sem dúvida que numa pequena escala e com uma amostra não significativa, se perante a pandemia a taxa de adesão a nível da higiene das mãos terá melhorado.

Neste âmbito, desenvolvi uma atividade de auditoria com foco na higiene das mãos num dos últimos turnos do estágio, pondo em prática os documentos supracitados no início e no final de um turno, promovendo durante o mesmo diversos momentos de formação/sensibilização informais relacionados com esta temática, de forma a analisar a evolução da equipa e os resultados obtidos (Apêndice III). Como se pode analisar no

documento apenas foi possível comparar os resultados relativos aos enfermeiros e AAM, não tendo sido possíveis observações aos médicos no final do turno que permitissem avaliar a sua evolução. Assim, percebe-se que no início do turno temos uma taxa de adesão de 56% relativamente aos Enfermeiros e 50% quanto aos AAM, observando-se uma evolução significativa após a dinamização dos momentos de formação/sensibilização para uma taxa de adesão de 75% dos Enfermeiros e de 69% dos AAM no final do turno, podendo considerar-se assim a intervenção como eficaz.

Foi importante também apreciar as medidas adotadas relativamente às PBCI no que concerne a segurança não só dos utentes como dos profissionais de saúde a nível da prevenção da transmissão cruzada de IACS, mais especificamente a nível de isolamentos no contexto do serviço de urgência. Não só existe sinalética própria para identificação de situações de isolamento que se podem colocar no espaço físico, como no sistema informático utilizado, SOARIAN, para alertar os profissionais antes do contacto com uma pessoa em isolamento de contacto ou de aerossóis. Para além disso existe um instrumento de triagem de utentes de elevado risco infeccioso, o IEA, com simbologia própria também em sistema aquando da triagem do doente, podendo este originar quatro situações quando positivos: Zaragatoa nasal e retal (humedecidas e em meio Stuart); suspeita de tuberculose pulmonar (indicação para colocação imediata em quarto de isolamento de aerossóis); suspeita de *Clostridium difficile* (com indicação para colocação imediata em quarto de isolamento de contacto) e presença prévia de bactéria multirresistente (comprovado em internamento anterior e com indicação para colocação imediata em quarto de isolamento de contacto). Este instrumento permite assim mobilizar as pessoas que representam elevado risco de transmissão cruzada de IACS na instituição logo na abordagem inicial, mesmo que não existam propriamente quartos de isolamento disponíveis no serviço de urgência no circuito não-respiratório, pode delimitar-se uma zona para estas pessoas, assinalando a mesma e deixando disponíveis perto do seu acesso EPI para as abordagens necessárias. A proximidade de EPI à zona delimitada como isolamento garante a proteção na abordagem à pessoa, que não deve nunca ser descurado pela situação epidemiológica, afinal “a assistência criteriosa e humana, ao doente, é a melhor salvaguarda contra a infeção” (Nightingale, 2005, p. 53).

A adaptação que a pandemia exigiu a nível da reestruturação do espaço físico do serviço de urgência para permitir a existência de dois circuitos completos de triagem isolados um do outro foi essencial, passando assim a existir o circuito limpo e o circuito respiratório; que permite a separação física das pessoas com suspeita de patologia respiratória potencialmente

associada a pneumonia por SARS-CoV-2 desde o acesso à instituição à sua saída, assim como dentro da mesma para realização de exames, observação e prestação de cuidados imediatos e críticos. Esta separação implicou modificar e adaptar salas de espera e gabinetes polivalentes, assim como colocação de divisórias no serviço e uma sala para equipar assim como uma sala de transição, para desequipar e aceder ao circuito limpo. Tendo em conta a elevada afluência ao serviço de urgência e a progressão rápida da pandemia, esta requalificação estrutural permite assegurar circuitos distintos e assim diminuir a propagação do vírus em ambiente intra-hospitalar. A separação de circuitos e a organização da instituição perante as circunstâncias que vivemos mostrou grande eficácia e retiro desta experiência um enriquecimento do meu conhecimento relativamente a esta área que pela sobrecarga a que os profissionais estão sujeitos e por todas as dificuldades de atuação formal perante a situação não pensei ser possível, pelo que só posso ficar extasiada pelo apoio da Enfermeira Orientadora para que tal fosse não só possível como encorajado e bem sucedido. Se as circunstâncias fossem outras, certamente teria participado em auditorias e outras atividades relacionadas com o GCLPPCIRA que me permitiriam a aquisição de conhecimentos e atuação noutros âmbitos, no entanto não sinto que tal tenha diminuído a minha possibilidade de desenvolvimento de competências relacionadas com esta área tão fulcral para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, apenas foi necessário encontrar outra forma de proceder para atingir os objetivos. “Não pretendo ensinar-lhes como exercer enfermagem, mas peço-lhes que aprendam por si mesmas” (Nightingale, 2005, p. 18) e perante as circunstâncias, foi o que em conjunto com a Enfermeira Orientadora, almejei demonstrar que fiz.

A Enfermeira Orientadora P. é também chefe de equipa da equipa 3, onde fui integrada, o que permitiu o acompanhamento em diversas atividades no âmbito da gestão de cuidados de enfermagem e articulação na equipa de saúde, que em contexto de pandemia permitiu desenvolver competências no âmbito de adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). As atividades supramencionadas envolvem a gestão da equipa ao nível da sua distribuição pelas áreas do serviço, tendo em consideração as capacidades e competências dos enfermeiros e pertencentes à equipa (nem todos concluíram a formação que permite realizar a triagem individualmente de acordo com o método preconizado pela instituição, Protocolo de Triagem de Manchester) e atuação como responsável de balcão. Esta última implica a gestão e articulação com a restante equipa de saúde quanto à alocação de pessoas nas diferentes áreas do serviço de acordo com a sua admissão ou alteração do

estado de gravidade da sua situação; altas e todo o seu processo burocrático; transporte entre serviços por internamento, cirurgia, realização de exames de diagnóstico ou morte; distribuição dos familiares pelo horário de visita (reduzido devido à pandemia, mas mantido no circuito não-respiratório) e ainda gestão da equipa nas pausas e turnos no circuito respiratório (sendo os turnos na instituição de 12 horas, a permanência no circuito respiratório é alternada a meio do turno, implicando para tal 1 hora de pausa para os enfermeiros e AAM previamente à entrada no circuito respiratório ou após saída do mesmo).

No âmbito deste estágio e ao longo do percurso neste serviço percebi a dificuldade na promoção do conforto da pessoa no serviço de urgência, principalmente tendo em conta o seu sono/repouso. Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, quer no circuito respiratório como não-respiratório conciliar esta prestação de cuidados, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, com a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, gerindo também a comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa com assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica implica uma mobilização de competências e conhecimentos, tendo por base a evidência científica, bastante diferenciada. Atualmente a sobrecarga dos profissionais no serviço devido à pandemia dificulta ainda mais esta gestão que permite um cuidado holístico à pessoa, sendo necessário desenvolver estratégias de gestão de tempo e recursos que permitam manter a qualidade dos cuidados prestados, sendo “determinante adequar as realidades dos serviços às reais necessidades de conforto/expectativas da pessoa, qualquer que seja a sua idade e circunstância” (Sousa, 2020, p. 132) centrando-nos “na individualidade e identidade única da pessoa (...) e dela partir para a definição de estratégias confortadoras” (Sousa, 2020, p. 53). Como exemplo de intervenções promotoras do conforto no âmbito do sono e repouso, procurei implementar durante o turno da noite períodos de diminuição de ruído (baixando o volume dos alarmes, ajustando a hora de administração de terapêutica e incentivando a moderação do tom de voz da equipa de saúde), visto este ser considerado o fator mais influenciador do sono segundo Cicek et al. (2014), e de diminuição da luminosidade, mantendo apenas a necessária para permitir a continuidade da prestação de cuidados, visto este fator se constituir como o segundo identificado enquanto disruptor do sono de acordo com Cicek et al. (2014). Outro fator disruptor do sono é a ventilação mecânica, mais precisamente a assincronia pessoa-ventilador segundo Nakos (2012). Este fator é de difícil gestão, principalmente no circuito respiratório onde grande parte das pessoas na sala de observação dependia do ventilador e alternância de posicionamentos para

permitir uma melhoria do seu estado. Assim, tornou-se necessário conciliar os alarmes dos ventiladores, o ajuste dos parâmetros ventilatórios e as intervenções na alternância de decúbitos de forma a permitir uma maximização no conforto da pessoa, o que dependeu de situação para situação, visto que a ventilação mecânica afeta a qualidade do sono mas esta também pode afetar o sucesso da ventilação mecânica, de acordo com Watson et al. (2012). Paralelamente ao supracitado, uma das intervenções mais importantes durante o repouso da pessoa consiste em restringir ao mínimo possível tanto intervenções de enfermagem quanto outras atividades que possam perturbar a pessoa e que envolvem a alteração dos fatores supracitados (Cicek et al., 2014; Nakos, 2012). No “processo de conforto, a gestão de múltiplas variáveis situacionais acontece entre tensões, fatores determinantes da organização e do funcionamento da unidade social” (Sousa, 2020, p. 119), dependendo e sendo influenciado por fatores ambientais inerentes aos serviços e dificultado pela sobrecarga dos profissionais, mas é importante recordar que “a construção do cuidar confortador é um trabalho em colaboração, (...) de aliança terapêutica entre enfermeiro/doente (...) com vista a alcançar objetivos terapêuticos” (Sousa, 2020, p. 92), sendo portanto fulcral que este cuidado advenha de uma comunicação eficaz com a pessoa e percepção das suas reais necessidades, individualizando as intervenções de enfermagem à sua situação. As intervenções estabelecidas ao longo do estágio e os momentos de sensibilização e formação informal da restante equipa de saúde para a importância das mesmas constitui um passo importante para a consciencialização da sua importância na qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta que “só uma abordagem multilateral e multidisciplinar centrada na gestão da qualidade poderá responder com eficácia às necessidades de saúde e conforto (...), procurando a satisfação das mesmas na sua globalidade” (Sousa, 2020, p. 62).

Por último, quanto à dinamização de resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe foi-me possível atuar em resposta a uma situação de emergência, consistindo na reanimação de uma pessoa após situação de trauma decorrente de acidente automóvel, com eficácia e sucesso da equipa perante a situação em questão.

Do acima descrito pode comprovar-se que foi dada resposta aos objetivos definidos no Projeto de Aprendizagem referente ao estágio em questão, tendo por base a evidência científica para fundamentar as intervenções e atividades desenvolvidas e explicitadas, demonstrando capacidade de tomada de decisão e de reflexão crítica no contexto da prática e pelos momentos de discussão com a Enfermeira Orientadora, a globalidade da intervenção especializada desenvolvida neste contexto comprova o percurso de aquisição de

competências e prestação de cuidados especializados como bem sucedido e denotando evolução no que concerne tanto as competências comuns do enfermeiro especialista quanto as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de serviço de urgência, de iniciado-avanzado para competente, de acordo com o que descreve Benner et al. (2001).

Em última análise dos resultados previamente definidos no Projeto de Aprendizagem conheço o espaço físico do serviço de urgência em questão e considero que integrei a equipa multidisciplinar, promovendo momento de partilha informal e sensibilização relacionados com conhecimento teórico adquirido em UCs anteriores, no âmbito do estágio em questão, focando medidas promotoras de conforto, a prevenção de infeção e as estratégias facilitadoras na integração. Consultei normas, protocolos e procedimentos associados aos cuidados de enfermagem, tendo realizado pesquisa bibliográfica sobre o Protocolo de Triagem de Manchester, os Protocolos de Via Verde implementados na instituição e abordagem à pessoa em situação crítica e sua família (abordagem inicial com base na nomenclatura ABCDE e MEWS), assim como cuidados a pessoas com patologia respiratória associada à COVID-19. Prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, tendo refletido criticamente sobre os mesmos, possibilitando a promoção de autoconhecimento e desenvolvimento tanto pessoal como profissional.

Relativamente à *scoping review* elaborada, como referido anteriormente, partilhei as conclusões da mesma com a equipa em passagens de turno e disponibilizando o póster elaborado e apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro. A *scoping review* foi ainda submetida e aceite para publicação pela revista *Enfermería Global*.

Analisando o contexto e resultados do percurso considero o aproveitamento do estágio como muito bom, constituindo-se como recurso incomensurável tanto para o meu crescimento pessoal como académico, inestimável na continuidade do desenvolvimento da minha identidade profissional, principalmente a nível da gestão de tempo e recursos para implementação das intervenções a que me propunha no decorrer de um turno.



### 3. CONCLUSÃO

A frequência do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa culmina na finalização e entrega do presente relatório, de natureza profissional, integrado no plano de estudos da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório”, nas premissas descritas previamente na introdução e enquanto produto do percurso formativo, que vai ser sujeito ainda a provas públicas. Evidencia os resultados de aprendizagem atingidos no contexto da prática clínica assim como o nível adequado de desenvolvimento de competências específicas na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nos termos regulamentados pela OE, ou seja, os aspetos considerados mais importantes para o percurso de aprendizagem em ambiente clínico.

Os cuidados de enfermagem “assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744), permitindo conceder resposta às necessidades complexas das pessoas nos mais diversos contextos, com base na evidência científica e procurando a excelência no exercício profissional. A aquisição e desenvolvimento das competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica que me permite afirmar a capacidade de prestação de cuidados especializados na procura da excelência e de elevação dos padrões de qualidade dos cuidados nos seus diferentes domínios tem por base não só as competências definidas pelo plano de estudos como pelo Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tendo por base o referencial teórico de Patricia Benner (2001), que através do Modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem define níveis de competência na prática clínica de enfermagem e considerando que o mesmo se baseia no conceito de proficiência, no decorrer do percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências foram diversos os momentos de aprendizagem que se proporcionaram e que permitiram o desenvolvimento das competências necessárias a que evoluísse em ambos os locais de estágio de um nível iniciado-avançado para competente. Tendo em conta que a complexidade do cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica implica componentes prática e teórica, os estágios tornaram-se cruciais para o desenvolvimento das competências especializadas visto conciliarem a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas UCs ao longo do Mestrado, com enfoque no aprimoramento do pensamento crítico e práticas reflexivas

enquanto precursoras do autoconhecimento e assertividade, ou seja “a experiência em contexto de prática transforma a competência e melhora consequentemente a atuação da enfermeira, não menosprezando a teoria como fonte de conhecimento formal” (Benner et al., 2001, p.61).

A importância da integração eficaz enquadra-se ao longo de todo o percurso, promovendo o desenvolvimento de competências, de autoconfiança e a construção da identidade profissional quando bem sucedida, demonstrando-se como um fator decisivo na adaptação à instituição (Taveira, 2011). Assim, o desenvolvimento das competências especializadas conforme comprovado ao longo da Relatório em causa não seria possível sem um processo de integração bem elaborado e planeado, através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes, algo que é transversal à prática de enfermagem, não só em contexto de ensino clínico como de prática profissional. A necessidade de enfermeiros nos mais diversos serviços onde se prestam cuidados especializados à pessoa em situação crítica está a aumentar e garantir que as integrações são bem sucedidas implica um aumento na retenção dos enfermeiros nestes serviços, apenas possível quando existe um planeamento neste sentido, determinante e essencial para o treino e desenvolvimento de competências dos profissionais (Fernandes et al., 2010; Hynes et al., 2007; Silvestre, 2012). Para além da retenção dos enfermeiros, sabe-se que a motivação, satisfação e sentimentos de bem-estar são fulcrais tanto para a educação como para a formação em contexto de trabalho (Macedo et al., 2019; Silvestre, 2012), o que culmina em melhores condições de trabalho e ambientes saudáveis, os quais se refletem na saúde e qualidade do atendimento dos profissionais (Machado et al., 2012).

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Ministério da Saúde.
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ed.)).
- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.002>
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M. D., & Collado-Boira, E. J. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 129–136. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146>
- Benner, P., Queiroz, A. A., & Lourenço, B. (2001). O Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado À Enfermagem. In *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (pp. 42–63). Quarteto Editora.
- Cicek, H. S., Birgul, A., Dizer, B., Yava, A., Tosun, N., & Celik, T. (2014). Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit and the Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 324–333.
- CRRNEU. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*.
- Despacho n.º 10319/2014, 20673 (2014). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 18459/2006, 18611 (2006). <https://dre.tretas.org/pdfs/2006/09/12/dre-201582.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018, 19359 (2018). <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Lei n.º 156/2015, 8077 (2015). <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Decreto-Lei n.º 161/96 (com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril), 2959 (1996). <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Regulamento n.º 140/2019, 4744 (2019).

<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Manual de Standards*. Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma 007/2019* (pp. 1–46).
- Fernandes, A. P. G., Geraldés, J. P. M., Batista, M. P. J., & Alves, P. M. S. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, 92, 50–55.
- Hynes, P., Pinto, M., Fortier, W., & Bennett, J. (2007). The standardization of critical care nursing education and training: Strategies for advancing clinical practice in Ontario's adult ICUs. *Dynamics (Pembroke)*, 18(1), 23–27.
- Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. (2014). *JBIC Levels of Evidence* (pp. 1–5). The Joanna Briggs Institute.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research* (R. Chasek (ed.)). Springer Publishing Company.
- Lalwani, L., Sharma, V., Chaundhry, D., & Singh, P. K. (2020). Indications for Proning in Acute Respiratory Distress Syndrome: Expanding the Horizon! *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(7), 589–591. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23480>:
- Linn, A. C., Caregnato, R. C. A., & Souza, E. N. de. (2019). Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1061–1070. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>
- Longpré, C., Dubois, C.-A., & Nguemeleu, E. T. (2014). Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being. *BMC Nursing*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0050-x>
- Macedo, A. P. M. de C., Padilha, K. G., & Püschel, V. A. de A. (2019). Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 321–328. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>
- Machado, D. A., Louro, T. Q., Figueiredo, N. M. A. de, & Vianna, L. M. A. (2012). THE EXHAUSTION OF NURSING : A INTEGRATIVE REVIEW OF THE BURNOUT SYNDROME IN ICU. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(4), 2765–2775.

- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97–e105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). *Parecer n.º 15/2018* (pp. 1–4). Ordem dos Enfermeiros.
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Nakos, G. (2012). Sleep deprivation in ICU. *Minerva Anestesiologica*, 78(4), 395–396.
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Paiva, K. C. de A., & Beppu, O. S. (2005). Artigo de Revisão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31(4), 332–340.
- Rice, Y., DeLetter, M., Fryman, L., Parrish, E., Velotta, C., & Talley, C. (2016). Implementation and Evaluation of a Team Simulation Training Program. *Journal of Trauma Nursing*, 23(5), 298–303. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000236>
- Silvestre, M. do C. de J. (2012). *Integração De Enfermeiros Em Instituições Hospitalares: Estudo De Caso* [Universidade de Aveiro]. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10448/1/Dissertacao.pdf>
- Simone, S., McComiskey, C. A., & Andersen, B. (2016). Integrating Nurse Practitioners Into Intensive Care Units. *Critical Care Nurse*, 36(6), 59–69. <https://doi.org/10.4037/ccn2016360>
- Sousa, P. P. (2020). *O conforto da pessoa idosa (2ª)*. Universidade Católica Portuguesa.
- Taveira, C. A. O. (2011). *Enfermagem ... Um Percurso No Saber*. Universidade Católica Portuguesa Porto.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. In *The Joanna Briggs Institute* (pp. 1–24). The Joanna Briggs Institute.

<https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

Torres, R. S., Lopez, N. B., Pedraz, O. C., Martinez, M. D. C. G., Garcia, H. G., Diez, D. H., Encinas, A. R., & Moreno, C. H. (2011). *IMPLANTATION OF THE FIGURE “NURSE-TUTOR” FOR TRAINING AND TEACHING STAFF IN AN ICU.*

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Sharpe, J. P., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H. T., & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, *16*, 1–11.

<https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>

Villemure, C., Tanoubi, I., Georgescu, L. M., Dubé, J.-N., & Houle, J. (2016). An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, *27*(1), 23–31.

Watson, P. L., Ceriana, P., & Fanfulla, F. (2012). Delirium: Is Sleep Important? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, *26*(3).

<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.08.005.DELIRIUM>

Yu, H., Qiao, A., & Gui, L. (2021). Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *International Emergency Nursing*, *55*, 100961.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100961>

## APÊNDICE I - Estratégia de Pesquisa Booleana

Tabela 4 - Estratégia de Pesquisa Booleana

Número de ID	Termos de busca	Opções de busca	Número de artigos
S1	TI intregat* OR TI training	<b>Expansores</b> – Aplicar assuntos equivalentes <b>Modos de busca</b> – Booleano/ frase	417,656
S2	AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker	<b>Expansores</b> – Aplicar assuntos equivalentes <b>Modos de busca</b> – Booleano/ frase	993,524
S3	AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care	<b>Expansores</b> – Aplicar assuntos equivalentes <b>Modos de busca</b> – Booleano/ frase	279,362
S4	(AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care) AND (AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care)	<b>Expansores</b> – Aplicar assuntos equivalentes <b>Modos de busca</b> – Booleano/ frase	923
S5	(AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care) AND (AB nurs* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (AB intensive care OR AB ICU OR AB critical care)	<b>Expansores</b> – Aplicar assuntos equivalentes <b>Modos de busca</b> – Booleano/ frase <b>Limitadores</b> – Texto completo	221





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

# ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

## Estratégias Facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: uma Scoping Review

Autoria: Flores, Diana<sup>1</sup>, Imperadeiro, Inês<sup>1</sup>, Correia, Patricia<sup>1</sup>, Veludo, Filipa<sup>2</sup>, Madureira, Manuela<sup>3</sup>, Sousa, Patrícia<sup>3</sup>.  
Afiliação dos autores:  
<sup>1</sup>Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN;  
<sup>2</sup>ICS-UCP, RN, MSc, PhD  
<sup>3</sup>ICS-UCP, RN, MSc, PhD

### INTRODUÇÃO:

O início da atividade profissional ou a mobilização de profissionais entre serviços é uma realidade que impõe desafios aos enfermeiros. A aquisição de competências específicas, nomeadamente num serviço de cuidado à pessoa em situação crítica, é essencial. Embora o enfermeiro seja perito num dado contexto, ao transitar para outro contexto, retorna ao nível de competência iniciado-avançado, uma vez que já experienciou situações reais e é capaz de identificar os "fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas" (Benner, 2001, p. 50).

A integração é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à Instituição de Saúde e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional (Taveira, 2011).

A integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica constitui uma preocupação cada vez maior pela mobilização de profissionais de enfermagem entre diferentes serviços e à contratação de novos profissionais.

### Objetivo:

- Mapear o conhecimento das estratégias facilitadoras na Integração do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

### MATERIAIS E MÉTODOS:

- De acordo com o estado da arte e a natureza dos objetivos, efetuou-se uma *Scoping Review*.
- Foram definidos os critérios de inclusão de acordo com o PCC (População – Enfermeiro; Conceito – Estratégias facilitadoras na integração; Contexto – Cuidado à pessoa em situação crítica).
- Os descritores foram definidos recorrendo à plataforma MeSH, assim como foram pesquisadas palavras sinónimas. Operacionalizou-se a pesquisa com a estratégia booleana: (AB intensive care OR AB critical care) AND (AB nurs\* OR AB health care provider OR AB health care professional OR AB health care worker) AND (TI Integral\* OR TI training). Recorreu-se às bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, LISTA (Library, Information Science Technology Abstracts) e MedicLatina, para além do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).
- Os tipos de estudos privilegiados foram estudos primários, secundários e de opinião, sendo que o único limitador de resultado foi a existência de texto completo. Não foi definido um limite temporal dada a escassa evidência disponível. Foram incluídos artigos em português, inglês, espanhol e francês.
- A seleção da amostra final foi realizada por três revisores independentes, pela leitura do título, leitura do resumo, leitura do texto completo e leitura das referências bibliográficas dos artigos selecionados. Sistematiza-se a seleção da amostra pelo fluxograma PRISMA com a inclusão de 13 artigos.

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P – População	Enfermeiro	Outros profissionais de saúde
C – Conceito	Estratégias	Custos financeiros; Satisfação no trabalho
C – Contexto	Cuidado à pessoa em situação crítica	COVID-19; Cuidados paliativos ou em Fim de Vida; Gestão da dor; Doação de órgãos; Procedimentos específicos; Pediatría

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão do estudo

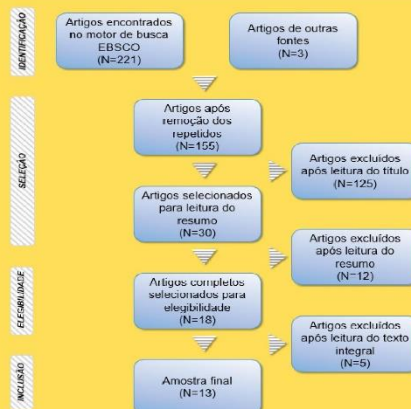
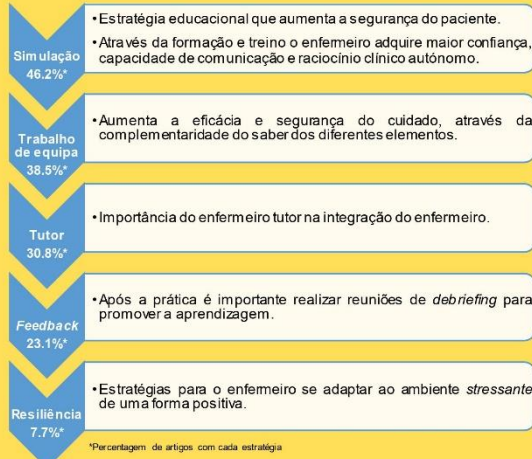


Figura 1 – Fluxograma de inclusão de artigos (PRISMA)

### RESULTADOS:



\*Porcentagem de artigos com cada estratégia

Figura 2 – Resultados encontrados para as principais estratégias

### CONCLUSÃO:


Integrar enfermeiros requer planeamento estratégico para definir aspetos essenciais do modelo de cuidado, sendo conseguido através do desenvolvimento de estratégias e programas abrangentes que permitam integrar e treinar esses enfermeiros. O treino através da simulação de práticas leva à aquisição de competências fundamentais para o cuidado de excelência, tal como a atribuição de um enfermeiro tutor e *feedback* sobre o trabalho desenvolvido. Isto permite a construção da resiliência e estratégias de *coping*, prevenindo o *burnout* e a rotatividade dos profissionais entre serviços.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:


- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Taveira, C. (2011). *Enfermagem... Um percurso no saber*. Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto.




# APÊNDICE III – Formulários Higiene das Mãos




WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY



Organização Mundial da Saúde



Direção-Geral de Saúde  
Ministério da Saúde



medidas simples  
salvam vidas

## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
Observador		Data (dd.mm.aaaa)		Período Nº.	
Cat. Profissional		Hora de início/fim (hh:mm)		Sessão Nº.	
Código		Duração da sessão (mm)		Formulár. Nº.	
Número				Serviço/Departamento	
				Enfermaria	

Cat. Profissional	Cat. Profissional	Cat. Profissional	Cat. Profissional
Código	Código	Código	Código
Número	Número	Número	Número

Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input checked="" type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input checked="" type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

Anexo 6

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO 1

9

$\frac{9}{16} \times 100 = 56\%$

AAM  $\frac{4}{8} \times 100 = 50\%$

Médico  $\frac{1}{8} \times 100 = 13\%$

Lê-se:

$\text{Enf. } 9 \div 16 \times 100 = 56\%$      
  $\text{AAM } 4 \div 8 \times 100 = 50\%$      
  $\text{Médico } 1 \div 8 \times 100 = 13\%$



### FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Código do Hospital \_\_\_\_\_

Observador DF  
 Data (dd.mm.aaaa) 20.12.2020  
 Hora de início/fim (hh:mm) 07:00 / 07:45  
 Duração da sessão (mm) 45  
 Período Nº. \_\_\_\_\_  
 Sessão Nº. \_\_\_\_\_  
 Formulár. Nº. \_\_\_\_\_  
 Serviço/Departamento Urgência  
 Enfermaria \_\_\_\_\_

Cat. Profissional Código <u>Enfermeira</u> Número <u>1</u>	Cat. Profissional Código <u>AAM</u> Número <u>2</u>	Cat. Profissional Código <u>AAM</u> Número <u>2</u>	Cat. Profissional Código <u>Enfermeira</u> Número <u>3</u>
--	---	---	--

Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção
----	------------	-------	----	------------	-------	----	------------	-------	----	------------	-------

1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input checked="" type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input checked="" type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	1	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input checked="" type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	1	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input checked="" type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	2	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input checked="" type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input checked="" type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	4	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input checked="" type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input checked="" type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	5	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input checked="" type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado
6	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input checked="" type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input checked="" type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado
7	<input checked="" type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input checked="" type="checkbox"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input checked="" type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input checked="" type="checkbox"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input checked="" type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado

Anexo 6

Enf.  $\frac{12}{16} \times 100 = 75\%$       AAM  $\frac{9}{13} \times 100 = 69\%$

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

1

Lê-se:

Enf.  $12 \div 16 \times 100 = 75\%$       AAM  $9 \div 13 \times 100 = 69\%$

## ANEXO I – Certificado Póster n.º 26 III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem



### III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

#### ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

### CERTIFICADO

Certifica-se que as Enfermeiras **Diana Flores, Inês Imperadeiro, Patrícia Correia, Prof. Doutora Filipa Veludo, Prof. Doutora Manuela Madureira e Prof. Doutora Patrícia Sousa**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 26 com o tema **“ESTRATÉGIAS FACILITADORAS NA INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA SCOPING REVIEW”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*  
Professora Auxiliar





## III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

### ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

#### PROGRAMA

##### 9:00 –Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

**Moderador:** Luís Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)

**Ana Rebotim** (Mestranda do 13º CME, SIP) - “Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde”

**Margarida Carvalho** (Mestranda do 13º CME, SIP) – “Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos”

**Matilde Carvalho** (Mestre em Enfermagem, SIP) – “Promover a Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro”

##### 10:00 –CONFERÊNCIA INAUGURAL-“The role of ICN in enhancing the value of Nursing”

Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

##### 10:30 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“Realidade da enfermeira especializada em Espanha”

Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha)

##### 11:00 –MESA DE ABERTURA

##### 11:30 –Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

**Moderador:** Marisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)

**Filipa Oliveira** (Mestranda do 13º CME-EC) – “Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2”

**Laurina Gomes** (Mestranda do 13º CME-EC) - “Saúde Escolar em Tempo de Pandemia”

**Margarida Coelho** (Mestre em Enfermagem, EC) - “Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável”

##### 14:00 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura”

Maria Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

##### 14:30 –Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**Moderador:** Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)

**Cátia Lampreia** (Mestrando do 13º CME, MC) - “Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro”

**António Borges** (Mestrando do 13º CME, MC) - “Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro”

**Sofia Correia** (Mestre em Enfermagem, MC) - “Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro”

##### 15:30 –MOMENTO CULTURAL

##### 16:00 –ENCERRAMENTO



# ANEXO II – Formulário de Observação Higiene das Mãos

WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY



## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
Observador		Data (dd.mm.aaaa)		Período N.º	
Hora de início/fim (hh:mm)		Sessão N.º		Serviço/Departamento	
Duração da sessão (mm)		Formulár. N.º		Enfermaria	
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

### Recomendações:

1. Comece por se apresentar aos profissionais de saúde e aos doentes e explique o motivo da sua presença.
2. Pode observar até 3 profissionais de saúde em simultâneo, caso a situação clínica o permita.
3. Poderão ser incluídos sucessivamente mais profissionais de saúde, até um limite de 3.
4. Procure um local conveniente para realizar a observação sem perturbar as actividades clínicas; pode deslocar-se para seguir os profissionais de saúde, mas nunca interfira com o seu trabalho. No final, os resultados da sessão podem ser apresentados ao profissional.

### Instruções de preenchimento

5. Preencha o formulário a lápis e sobre uma superfície dura. Pode utilizar borracha, se necessário.
6. Comece por preencher o cabeçalho do formulário (excepto a hora de terminar e a duração da sessão).
7. Assim que surja a primeira oportunidade, seleccione a informação correspondente (indicação, acção) na primeira coluna do questionário, a coluna das oportunidades, que está numerada e deve ser lida de cima para baixo. Faça o registo na coluna correspondente à categoria profissional do profissional de saúde observado.
8. Cada oportunidade deve ser registada no campo identificado e devidamente numerado (oportunidade 1, oportunidade 2, etc.).
9. Assinale com um "X" o quadrado ou o círculo correspondente ao item que quer seleccionar (o quadrado significa que podem ser escolhidos vários itens mas o círculo significa que só pode ser escolhido um).
10. Pode assinalar várias indicações durante o registo de uma oportunidade.
11. As acções executadas ou não executadas devem ser sempre assinaladas durante o registo de uma oportunidade.
12. Não se esqueça de anotar a hora de terminar, de calcular a duração da sessão e de confirmar os dados antes de devolver o formulário.

### Outras Informações úteis para o preenchimento do cabeçalho:

<b>Administração Regional de Saúde (ARS) Cidade:</b> escreva por extenso (não use abreviaturas)											
<b>Hospital:</b>	escreva o código do seu hospital										
<b>Serviço/Departamento:</b>	escreva por extenso (não use abreviaturas)										
<b>Observador:</b>	iniciais (primeiro nome/sobrenome)										
<b>Data:</b>	dia/mês/ano.										
<b>Hora de início / Fim:</b>	hora/minuto										
<b>Duração da Sessão:</b>	diferença entre a hora de início e de fim. O resultado deve ser dado em minutos.										
<b>Nº de Período:</b>	de acordo com a altura da observação (pré ou pós a campanha).										
<b>Nº da Sessão:</b>	de acordo com a contagem institucional (cada sessão de observação corresponde a um determinado local).										
<b>Formulário Nº:</b>	iniciais (primeiro nome/sobrenome)										
<b>Serviço/ Departamento:</b>	de acordo com a seguinte nomenclatura:										
	<table border="1"><tr><td>Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)</td><td>Cirúrgico (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)</td></tr><tr><td>Misto (médico e cirúrgico)</td><td>Obstetria (incluindo Cirurgia Obstétrica)</td></tr><tr><td>Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)</td><td>Unidade de Cuidados Intensivos</td></tr><tr><td>Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)</td><td>Cuidados Continuados e Reabilitação</td></tr><tr><td></td><td>Outro (a especificar)</td></tr></table>	Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirúrgico (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)	Misto (médico e cirúrgico)	Obstetria (incluindo Cirurgia Obstétrica)	Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos	Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Cuidados Continuados e Reabilitação		Outro (a especificar)
Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirúrgico (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)										
Misto (médico e cirúrgico)	Obstetria (incluindo Cirurgia Obstétrica)										
Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos										
Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Cuidados Continuados e Reabilitação										
	Outro (a especificar)										
<b>Nome do Serviço:</b>	igual à designação institucional.										
<b>Categoria Profissional/Código:</b>	de acordo com a seguinte classificação:										
	<table border="1"><tr><td>1. Enfermeiro/Parteiro</td><td>1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno</td></tr><tr><td>2. Auxil. Acção Médica</td><td></td></tr><tr><td>3. Médico</td><td>3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina</td></tr><tr><td>4. Outros profissionais de saúde</td><td>4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).</td></tr></table>	1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno	2. Auxil. Acção Médica		3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina	4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).		
1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno										
2. Auxil. Acção Médica											
3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina										
4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).										
<b>Número:</b>	registre o número de profissionais de saúde observados pertencentes à mesma categoria profissional (mesmo código), à medida que preenche o campo de observação.										
<b>Oportunidade:</b>	Existe uma oportunidade sempre que exista pelo menos uma indicação.										
<b>Indicação:</b>	Implica a acção de higienizar as mãos:										
	<table border="1"><tr><td>Antes Doente: Antes do contacto com o doente</td><td>Após Doente: Depois do contacto com o doente</td></tr><tr><td>Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico</td><td>Após Ambte: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente</td></tr><tr><td>Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais</td><td></td></tr></table>	Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente	Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambte: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais					
Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente										
Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambte: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente										
Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais											
<b>Acção:</b>	resposta à indicação de higiene das mãos:										
	<table border="1"><tr><td>Fricção Anti-sép. quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica</td><td>Não realizado: quando não é executada nenhuma acção.</td></tr><tr><td>Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água</td><td></td></tr></table>	Fricção Anti-sép. quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Não realizado: quando não é executada nenhuma acção.	Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água							
Fricção Anti-sép. quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Não realizado: quando não é executada nenhuma acção.										
Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água											

## FORMULÁRIO DE CÁLCULO BÁSICO

ARS	Cidade	Código do Hospital
Data (dd.mm.aa)	Período N.º:	Departamento/Serviço
		Enfermaria

Sessão N.º	Categorias profissionais (podem ser adicionadas colunas de acordo com o número de categorias profissionais observadas)								Total de sessões	
	Cat. Prof. <input type="text"/>		Cat. Prof. <input type="text"/>		Cat. Prof. <input type="text"/>		Cat. Prof. <input type="text"/>			
	Código <input type="text"/>		Código <input type="text"/>		Código <input type="text"/>		Código <input type="text"/>		Oportunidade	Acção
	Oportunidade	Acção	Oportunidade	Acção	Oportunidade	Acção	Oportunidade	Acção	Oportunidade	Acção
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por categorias										
Adesão										

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Acções}}{\text{Oportunidades}} * 100$$

1. Verifique os dados colhidos no Formulário de Observação. Some todas as oportunidades e acções de acordo com a categoria profissional de cada sessão de observação e copie os resultados para as linhas correspondentes a cada número de sessão.
2. Calcule a soma das oportunidades e a soma das acções ao longo das linhas para obter a soma total de cada sessão.
3. Calcule a soma das oportunidades e das acções de todas as sessões e da adesão global, utilizando a fórmula:  
Adesão (%) = acções ÷ oportunidades X100.
4. Calcule a soma das oportunidades e das acções em relação a todas as categorias, aplicando esta fórmula. Escreva os resultados na linha da "Adesão" e na coluna "Total por categorias".

## FORMULÁRIO DE CÁLCULO OPCIONAL

ARS	Cidade	Código do Hospital
Data (dd.mm.aa)	Período N.º	Departamento/Serviço
		Enfermaria

Sessão N.º	INDICAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS									
	Antes do contacto com o doente		Antes de um procedimento asséptico		Depois de risco de exposição a fluidos corporais		Depois do contacto com o doente		Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	
	Número	Acção	Número	Acção	Número	Acção	Número	Acção	Número	Acção
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por indicações										
Adesão										

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Acções}}{\text{Indicações}} * 100$$

### Instruções

1. Verifique os dados do Formulário de Observação. Calcule e copie as somas das Indicações e das respectivas Acções de cada sessão de observação.
2. Se ocorrerem várias Indicações na mesma Oportunidade, cada uma deve ser considerada separadamente tal como a acção correspondente.
3. Utilize a fórmula:  $\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Acções}}{\text{Indicações}} * 100$  para calcular a adesão por Indicação e copie os resultados para a linha de "Adesão" nas colunas correspondentes.

### Note :

Estes cálculos não reflectem exactamente a adesão, porque o denominador da equação é o número de Indicações ao invés de ser o número de Oportunidades. As Acções são sub-estimadas relativamente às indicações. No entanto, o resultado dá uma ideia geral do comportamento do profissional de saúde face a cada tipo de Indicação.