



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
Área de Especialização – A Pessoa em Situação Crítica

O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

Por

Isabel Maria Melgueira Baptista Ramos da Silva Martins

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 especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização – A Pessoa em Situação Crítica

O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

ADVANCED NURSING CARE

Por

Isabel Maria Melgueira Baptista Ramos da Silva Martins

Sob a orientação de Professora Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2021

Resumo

O presente relatório é elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Assumindo uma perspetiva descritiva e reflexiva debruça-se sobre as vivências que decorreram nos contextos de estágio Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

A sua leitura permite compreender o processo evolutivo no desenvolvimento de competências clínicas especializadas, as quais foram construídas no cuidado da pessoa em situação crítica e família, com base numa prática profissional de acordo com os princípios éticos e deontológicos e assente na evidência científica.

Para orientar e efetivar o exercício reflexivo, que subsidia o desenvolvimento das competências clínicas, recorreu-se à Teoria das Transições na qual a valorização da individualidade de cada pessoa na resposta à transição saúde - doença e a necessidade de capacitar a pessoa em situação crítica e família para se ajustarem à mudança, apelam ao cuidado integral de enfermagem.

A comunicação enquanto competência chave do cuidado de enfermagem especializado, constituiu o eixo comum, enquadrando todas as atividades desenvolvidas: a comunicação entre os profissionais, incluindo em situações de urgência e emergência; a comunicação com a Pessoa em processo de transição saúde - doença e com a Família, valorizando os impactos emocionais que a situação acarreta.

Identificaram-se aspetos de melhoria contínua da qualidade relativos a áreas da comunicação: no Serviço de Urgência a importância de promover uma comunicação eficaz na transferência de informação, no momento da admissão hospitalar, realizada pelos tripulantes de ambulância enquanto no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos são de realçar as atividades relativas aos registos informatizados, traduzidas na melhoria da adequabilidade da parametrização do SClínico à realidade da unidade, enquanto forma de documentar o cuidado de enfermagem e promover a qualidade da comunicação interprofissional e intraprofissional.

Em continuidade, a realização de uma revisão da literatura sobre o constructo “Ambiente de Prática de Enfermagem” em contexto de cuidados intensivos, mostrou pertinência por permitir analisar, de forma estruturada, os impactos que variáveis, tais como a liderança, o reconhecimento dos profissionais ou a relação colegial entre médicos e enfermeiros, têm nos resultados em saúde da Pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: transições, competências, comunicação, ambiente de prática de enfermagem

Abstract

This report has been written for the curricular Unit “Estágio Final e Relatório” the Master’s Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, on the area of Nursing to the Person in Critical condition of Institute of Health Sciences from the Portuguese Catholic University. Taking a descriptive and reflective perspective on, it focuses on the personal experiences in the context of clinical schooling: Emergency Service and Intensive Care Unit.

This report intends to describe the evolving process of skill acquisition, centered on the development of specialized clinical skills, which were acquired through caring for patients in critical states and their families, and in the context of professional practice according to the ethical and deontological principles from an evidence-based practice.

In order to guide and complete the reflective exercise in which the development of the clinical skills is based, the Theory of Transitions was used. This theory focuses on the value of the individuality of each person’s response in the transition from health to sickness and the need to empower the person in critical condition and their family in order to adjust to the new reality in which nursing care plays a critical role.

It highlighted communication as a key skill in specialized nursing care, linking it across all activities performed: communication between professionals, including in urgency and emergency situations; communication with the Person going through the health - sickness transition a their family; awareness of the emotional impacts that each situation bring.

Identified continuous quality improvements regarding communication: in the Emergency Unit the importance of promoting an effective communication in the transfer of information from the ambulance crew in the moment of hospital admission; in the Intensive Care Unit the focus was on activities related to the digital records, materialized in the improvement of the contextual use of SClínico to the unit’s reality as a tool to document nursing care and promote the quality of intra and interprofessional communication.

Furthermore, carrying out a revision of literature regarding “Nurse Practice Environment” at Intensive Care Unit , proved pertinent as it allowed a methodical approach to the study of the impacts that variables such as leadership, recognition or colleague relations between doctors and nursed may have in the heath of a person in critical condition.

KEYWORDS: Transitions; Skill; Communication; Nurse Pratices Environment

Caring is more than doing things to people

Kitson et al (2013)

*A*gradecimentos

Os meus agradecimentos são dirigidos a todos com quem **interagi**, nesta fase de **transição** no meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Aqueles que, de forma **intencional** e sábia, sempre em **parceria**, estiveram **presentes** para na minha **unicidade** me apoiarem nas **minhas decisões e necessidades**.

Serei sempre grata ao **cuidado** que senti neste percurso, para o qual foram elementos chaves a Professora Doutora Filipa Veludo, a Enfermeira Filipa Duarte, a Enfermeira Guida Amaral e a Enfermeira Inês Raposo. Fundamental foi também o acolhimento que senti por parte das equipas alargadas destes dois serviços.

Do meu **contexto**, de referir a importância da minha equipa de trabalho, por toda a compreensão e apoio que demonstraram neste longo processo. A minha família pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos.

*M*uito *O*brigado

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADR	Atendimento de Doentes Respiratórios
AO	Assistente Operacional
APA	<i>American Psychological Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHKS	<i>Caspe Healthcare Knowledge System</i>
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
COVID- 19	Doença provocada pelo Corona Vírus - 2019
DGS	Direção Geral da Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Míocárdio
ECG	Eletrocardiograma
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HWEA	<i>Healthy Work Environment Assessment</i>
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ISBAR	Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> meticilina-resistente
NWI-R	<i>Revised Nursing Work Index</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PES--NWI	<i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
REPE	Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratório Agudo Grave – Coronavírus 2
SO	Sala de Observação
SR	Sala de Reanimação
SU	Serviço de Urgência
TISS	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

ABREVIATURAS

Et al	E outros
Nº	Número
P.	Página

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	9
1. AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	13
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO	19
3. AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	25
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÊNDICES.....	59
APÊNDICE I - Folheto de divulgação “Ambiente de Prática de Enfermagem”	61
APÊNDICE II - Póster Científico “O Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Protocolo de <i>Scoping Review</i> ”	65
APÊNDICE III – Póster Científico “Avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos: uma <i>Scoping Review</i> ”	67
APÊNDICE IV – Documento “O Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: <i>Scoping Review</i> ”	69
APÊNDICE V – Cartaz informativo sobre técnica ISBAR Tripulantes de Ambulância....	83
APÊNDICE VI – Guia Orientador Registos Enfermagem SClínico.....	85
APÊNDICE VII – Folheto Informativo – Uso lixívia e ipoclor.....	99
ANEXOS.....	101
ANEXO I – Certificados Apresentação de Pósteres Científicos.....	103
ANEXO II – Publicação Resumo Póster - E- Book O Valor de uma Enfermagem com Valores. X Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica.....	107

INTRODUÇÃO

O presente documento é elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio foi realizado num hospital da área metropolitana de Lisboa, no Serviço de Urgência (SU) Geral e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) nos períodos de 09 de junho a 09 de agosto de 2020 e de 13 de outubro a 19 de dezembro de 2020, respetivamente.

O posicionamento que tem mantido ao longo de 30 anos de exercício profissional, dos quais 15 anos como enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica – o de investir na melhoria contínua da prática profissional, com vista à excelência – impulsionou a motivação para adquirir novos conhecimentos na área da enfermagem especializada.

A Ordem dos Enfermeiros (OE,2018) ao reconhecer ao enfermeiro especialista níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, sublinha que o conhecimento aprofundado que as substanciam são num domínio específico de enfermagem e que as competências clínicas especializadas são concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção.

As mudanças ocorridas nos últimos anos, no contexto profissional determinaram que o seu alvo de intervenção seja agora a pessoa adulta/família, com frequência em situação crítica, o que tornou pertinente um novo investimento na formação académica e profissional, com o principal propósito de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Esta decisão é coerente com o defendido por Benner (2001) “...cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas” (p. 24).

A definição dos objetivos de desenvolvimento profissional e planificação das competências a desenvolver no presente percurso formativo foram orientados pelos instrumentos reguladores

da certificação de competências especializadas de enfermagem, nomeadamente o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

Mantendo a coerência e porque um cuidado de enfermagem especializado reflete o desenvolvimento da disciplina e da profissão, este percurso de desenvolvimento foi sustentado no Paradigma da Transformação, na medida em que este reconhece cada fenómeno como uma unidade única e global, em interação recíproca e simultânea, com o contexto (Kérouac et al., 1994; Silva, 2002).

A Teoria das Transições de Meleis, uma vez que assume a importância do cuidado centrado na pessoa e releva a parceria nas transições de saúde-doença, foi promotora da reflexão sobre o cuidado de enfermagem, permitindo pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa em situação crítica e família vivenciam (Meleis, 2010; Paiva, 2007). A transição, a passagem, a mudança de um estado estável para outro estado, traduzem-se em focos de atenção do enfermeiro especialista, para o Cuidado, individualizado e personalizado, respeitando as preferências, valores e crenças, da pessoa, enquanto parceira de cuidados.

Nesta sequência lógica, no presente relatório é adotado o termo Pessoa/ Pessoa em Situação Crítica, indo de encontro ao conceito metaparadigmático de enfermagem realçando assim o “... ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, tornando-a num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p.9). Esta opção tem ainda o mérito de reforçar que “... as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico.” (OE, 2001, p.9), relevando a importância do Cuidado de enfermagem e demarcando-o, de forma clara, da visão biomédica.

Em continuidade deste cuidado de enfermagem personalizado e holístico, surge a necessidade de investir no “Assistir a pessoa, **família/cuidador** nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19663), reconhecendo-a não só como parceira, mas em simultâneo, também ela como alvo do cuidado de enfermagem. A intervenção de enfermagem visa contribuir para a adaptação da família à situação crítica de saúde do seu membro e promover a estabilidade emocional, procurando influenciar

positivamente a vivência da situação (Hashim & Hussin, 2012). Respostas saudáveis ao processo de transição vivenciada pela unidade familiar e, de forma individual, por cada um dos seus membros (Meleis, 2010) permite uma melhor adaptação à nova situação.

Importa ainda dar realce que os princípios éticos e deontológicos, conforme o quadro de referência da enfermagem em Portugal, expressos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 1998) e no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015a), estiveram permanentemente presentes neste percurso e encontram-se refletidos em todas as decisões e intervenções realizadas.

Esta prática de enfermagem, fundamentada na teoria de enfermagem e baseada nas relações humanas, enquanto princípios de uma Enfermagem Avançada, determinaram que o objetivo geral deste estágio fosse desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas no cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em situação crítica e família, tendo em vista cuidados seguros e de excelência.

A parte teórica do Mestrado forneceu os alicerces para esta etapa, ao proporcionar a partilha de conhecimentos e experiências, assim como a promoção de diversos momentos de reflexão. O estágio constituiu uma etapa crucial do percurso, por ter possibilitado a vivência de um leque de experiências essenciais para o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e organizacionais, conferindo um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades.

Mas o enfermeiro especialista detém também a responsabilidade em descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante (OE, 2019a) que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. A realização de uma revisão estruturada da literatura, nomeadamente de uma *scoping review*, cujo fenómeno foi o impacto do Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto de unidade de cuidados intensivos, permitiu consolidar competências neste domínio.

O constructo “Ambiente de Prática de Enfermagem” entendido como um conjunto de características que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem (Lake, 2002) e as dimensões deste constructo, que se prendem com a Comunicação, nomeadamente a “capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros” e “relação colegial entre médicos e enfermeiros”, foram aspetos aos quais dispensou especial atenção e foram alvo de reflexão crítica nos contextos de estágio.

O presente documento pretende, de acordo com o preconizado pela entidade académica, dar a conhecer o processo de desenvolvimento de competências de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica, resultante do estágio realizado, enquanto momento experiencial de integração da teoria com situações concretas do cuidado de enfermagem especializado. Tem como finalidade servir de instrumento de avaliação deste percurso formativo.

Os objetivos específicos definidos são:

- Fundamentar a escolha dos Locais para realização do estágio;
- Analisar criticamente/refletir sobre as principais atividades desenvolvidas ao longo do período formativo;
- Identificar as competências especializadas de enfermagem desenvolvidas ao longo do estágio, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica;
- Divulgar conhecimento sobre a temática “Ambiente de Prática de Enfermagem”;
- Fundamentar o processo de tomada de decisão;
- Refletir criticamente abordando questões complexas da prática profissional.

A metodologia utilizada neste relatório é descritiva e reflexiva, apoiada na evidência científica, com vista à contextualização das experiências vivenciadas, promovendo e potenciando a aprendizagem e consolidação de saberes.

O documento foi estruturado segundo uma sequência lógica: após uma breve introdução que contextualiza o relatório e onde os objetivos do percurso formativo são apresentados, prossegue para o primeiro capítulo onde se expõem as principais conclusões que emergiram da revisão da literatura realizada. No segundo capítulo é efetuada uma breve apresentação da instituição e contextos clínicos onde decorreu o estágio, sendo apresentada a fundamentação para a escolha desses contextos; no terceiro capítulo são descritas, numa perspetiva reflexiva e crítica, as atividades de maior pertinência e são explicitadas as competências desenvolvidas. Termina com a conclusão onde é feita uma breve síntese e avaliada a concretização dos objetivos propostos. Em apêndice apresentam-se os documentos de maior pertinência, produzidos no âmbito deste percurso, para uma melhor compreensão das atividades descritas. As referências bibliográficas que deram suporte a este relatório são apresentadas segundo a norma da *American Psychological Association (APA)*.

De ressaltar que o anonimato das instituições envolvidas está salvaguardado, motivo pelo qual algumas fontes e respetivas referências bibliográficas encontram-se intencionalmente omissas

1 AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Enfermeiro Especialista deve deter o conhecimento aprofundado relativo a domínio específico e um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção, no entanto existem “... competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019a, p.4744) e partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, que não podem ser descuradas. Essas competências comuns envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, e a **responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente** que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019a).

A realização de investigação, sob a forma de revisão estruturada da literatura, assim como a divulgação do constructo em estudo e partilha dos resultados obtidos, surge como uma forma de desenvolver competências neste domínio, aplicáveis no contexto da prática clínica.

A sua área de interesse prende-se com o constructo “Ambiente de Prática de Enfermagem” o qual assenta no reconhecimento que existem características do contexto de trabalho que podem facilitar ou constringer a prática de enfermagem (Lake, 2002).

A partir dos anos 80, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos, com vista a perceber o impacto da qualidade do ambiente da prática de enfermagem, quer sobre os enfermeiros (Aiken et al., 2013; Bogaert et al., 2009; Bogaert et al., 2013; Kutney-lee et al. 2013; Leone et al., 2015; Watson, 2012), quer sobre os *outcomes* da pessoa em situação de doença (Aiken et al; 2002; Aiken et al., 2012; Clarke et al, 2002; Amaral & Ferreira, 2013; Kelly et al. 2013; Tvedt et al.,2014).

Na medida em que esse crescente interesse, não tem incluído um foco explícito sobre os contextos de trabalho direcionados para o cuidado da pessoa em situação crítica, em concreto aquele que ocorre em unidades de cuidados intensivos, e tendo em consideração

a especificidade desse contexto, que decorre da uma elevada complexidade e permanente incerteza, surge a pertinência para a realização desta Revisão.

Para compreender qual o impacto da qualidade do ambiente (facilitador ou constrangedor) no cuidado à pessoa em situação crítica, definiu as seguintes questões de revisão:

Quais os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem em UCI?

Qual o impacto identificado, nos enfermeiros e no cuidado à Pessoa em situação crítica, associados à qualidade do ambiente de prática de enfermagem?

Quais as estratégias identificadas com vista a promover a qualidade do ambiente de prática de enfermagem em contexto de UCI?

Com base na metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), definiu o protocolo de revisão, com vista ao mapeamento da evidência científica disponível, publicada na última década, sobre o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI. Foi definido como friso temporal os últimos dez anos, por se considerar que as publicações atualizadas refletem, de forma mais próxima, a realidade atual das UCI.

A revisão obedeceu ao formato de pesquisa PCC: Participantes – Enfermeiros; Conceito – Ambiente de Prática de Enfermagem (instrumentos de medida; Impacto no enfermeiro e no cuidado, estratégias promotoras da qualidade do ambiente de prática de enfermagem; Contexto - UCI. A estratégia adotada abrangeu estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas.

Foram consultas as bases indexadas na plataforma EBSCOhost, assim como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e efetuada pesquisa na literatura *opengrey*. Os termos de pesquisa incluíram: (*nurse OR nursing*) AND (*practice environment OR work environment*) AND (*intensive care unit OR icu OR critical care*).

São definidos como critérios de inclusão: estudos no idioma português, inglês ou castelhano; com resumos ou textos completos disponíveis de acesso gratuito; com data de publicação de 2009 a 2019; que contenham no título (TI) ou resumo (AB), as palavras-chave identificadas.

A recolha e análise dos dados foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2020.

Relativamente aos **resultados** que emergiram, permite-se começar por destacar que foram incluídas 11 publicações, todas em formato de artigos. Todas as publicações decorreram de estudos primários, nenhum dos estudos identificados foi realizado em Portugal, sendo que oito estudos decorreram nos Estados Unidos e três no Brasil.

A maioria dos estudos (7) procuraram relacionar a variável ambiente de prática de enfermagem com outra(s) variáveis, tais como: *Burnout*, *distress* moral, qualidade de vida profissional, infeção associada aos cuidados de saúde, fadiga por compaixão, satisfação por compaixão e satisfação profissional. Os restantes quatro artigos visaram descrever a avaliação da qualidade do ambiente de prática profissional.

A revisão permitiu identificar o uso de três **instrumentos diferentes para avaliar o ambiente** de prática de enfermagem em contexto de UCI, com prevalência da *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES--NWI)*, ao ser usada em cinco dos estudos (Filho et al, 2018; 2019; Hiler et al, 2018; Kelly et al., 2013; McAndrew et al 2011).

A *PES—NWI* compreende cinco dimensões: adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos enfermeiros e relações colegiais entre médicos e enfermeiros. Foi o instrumento mais utilizado, a nível mundial, para avaliar o ambiente de prática de enfermagem (Swiger et al., 2017), tendo a presente revisão evidenciado que essa tendência é mantida, na avaliação da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto específico de UCI.

De referir que este instrumento encontra-se traduzido e validado para Português (Amaral et al, 2012), o que legitima o seu uso para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem nas UCI nacionais, com vista a implementar medidas de melhoria e realizar estudos de investigação englobando esta variável.

Os outros instrumentos utilizados foram: *The Critical Elements of a Healthy Work Environment Assessment (HWEA)* em quatro dos estudos (L. Kelly, 2017; Monroe, et al, 2020; Ulrich et al 2019; Ulrich et al, 2014) e a versão brasileira validada da *Revised Nursing Work Index (NWI-R)* em restantes dois estudos (Balsanelli & Cunha, 2013; Oliveira et al., 2017).

O instrumento HWEA tem por base os standards reconhecidos *pela American Association of Critical-Care Nurses* como presentes nas instituições *Magnet* (aquelas instituições que obtém melhores resultados em vários níveis, levando a baixos números de turnover, determinando a designação de “íman”).

O instrumento NWI-R abrange as dimensões: autonomia, relação cordial entre enfermeiro e médico, controle sobre o ambiente da prática profissional e suporte organizacional.

Relativamente á segunda questão de revisão, referente ao impacto nos enfermeiros e na pessoa cuidada, associados à qualidade do ambiente de prática de enfermagem, esta revisão evidência a existência de impactos negativos **nos *outcomes* dos enfermeiros de UCI** associados à **pobre qualidade do ambiente de prática de enfermagem**, tais como: o ***Distress Moral*** (Hiler et al., 2018; McAndrew et al., 2011) ; o ***Burnout*** (Filho et al., 2019) e a ***Fadiga por Compaixão*** (L. Kelly, 2017). Foram também identificadas relações positivas entre a qualidade do ambiente de prática de enfermagem e a **satisfação profissional** (Oliveira et al., 2017) e a **qualidade de vida dos enfermeiros** (Monroe et al., 2020).

No que se refere aos *outcomes* da **pessoa em situação crítica** foi verificada a relação do ambiente de qualidade da prática de enfermagem e o reconhecimento por parte dos enfermeiros da possibilidade de infeção **associada aos cuidados de saúde** (Kelly et al., 2013).

As **estratégias de melhoria da qualidade do ambiente de prática de enfermagem**, que emergiram desta revisão, também são diversas, no entanto existe um predomínio para os **aspetos de comunicação e relacionais**. Pode-se destacar a liderança efetiva em enfermagem (Filho et al., 2018, 2019; Balsanelli & Cunha, 2013; Monroe et al., 2020) e a importância da equipa de gestores desenvolverem estratégias para **promover as relações colegas entre médicos e enfermeiros** como medida para reduzir o *distress* moral dos enfermeiros em contexto de UCI (McAndrew et al., 2011).

Os **enfermeiros com funções de gestão, na unidade ou a nível da organização** devem também **promover o *engagement*** dos enfermeiros (Filho et al., 2019; Monroe et al., 2020; Ulrich et al 2019) na medida em que existe uma relação positiva entre esta varável e a qualidade do ambiente de prática de enfermagem. São igualmente relevantes aspetos como a **autonomia, a participação nas decisões, o reconhecimento e controlo das práticas** (Oliveira et al., 2017; McAndrew et al., 2011; Monroe et al., 2020).

Balsanelli et al defendem que a **implementação de modelo de trabalhos centrados na pessoa doente**, assim como **adequados modelos de gestão** (2013) trazem melhorias no ambiente de prática de enfermagem, tanto nos contextos dos hospitais públicos como nos privados.

Outra das estratégias identificadas é a **aplicação do instrumento para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem** (Ulrich et al, 2014; Kelly et al., 2013; L. Kelly, 2017), assim como a análise/partilha dos resultados alcançados e aspetos a melhorar (Kelly et al., 2013).

Foram referenciados aspetos relativos à **adequação das dotações** (Monroe et al., 2020; Ulrich et al 2019; L. Kelly, 2017) e a importância destas não contemplarem apenas o número de elementos da equipa, mas também a **experiência profissional e competências** (L. Kelly, 2017). A **melhoria dos recursos materiais, tecnológicos e financeiros** foram igualmente apontados como estratégias com impacto positivo no ambiente de prática de enfermagem (Oliveira et al., 2017; Filho et al., 2018; Ulrich et al 2019).

A investigação realizada necessita de ser disseminada, sendo um motor de sensibilização para importantes aspetos dos contextos de cuidado, sendo que as competências comuns do enfermeiro especialista mencionam, como já referido, as competências em descodificar e disseminar investigação (OE, 2019a). No decorrer do estágio, planeou e desenvolveu as atividades a seguir descritas, com vista ao desenvolvimento destas competências comuns, que considera imprescindíveis para o exercício profissional do enfermeiro especialista.

Numa fase inicial da pesquisa, com a finalidade de divulgar o constructo em estudo e valorizar a sua importância para a prática de enfermagem, elaborou um folheto que apresentou à enfermeira orientadora para posterior partilhar com a equipa de enfermagem do SU (APÊNDICE I).

Num segundo momento, elaborou o Protocolo de Revisão, indispensável para a realização de qualquer revisão estruturada da literatura e apresentou-o no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, sob a forma de um Póster Científico, intitulado “O Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Protocolo de *Scoping Review*” (APÊNDICE II).

Teve ainda o prazer de participar nas X Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica, com a apresentação do Póster Científico “Avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos: uma Scoping Review”, o qual faz a divulgação dos resultados obtidos relativamente à segunda questão de revisão (APÊNDICE III). O resumo deste Póster foi ainda integrado no E- Book das Jornadas O Valor de uma Enfermagem com Valores (ANEXO II). Os certificados dos pósteres podem ser consultados em anexo (ANEXO I).

De forma a permitir ao leitor uma leitura mais detalhada da revisão desenvolvida, elaborou o documento “O Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Uma *Scoping Review*” (APÊNDICE IV).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

A escolha da instituição para a realização dos estágios foi condicionada pelas restrições resultantes do contexto pandémico em curso, pelo que a opção recaiu sobre a instituição onde exerce a sua atividade profissional, visto que tanto o SU como a UCI reúnem os requisitos obrigatórios para poderem ser contextos de estágio de enfermagem especializada. De realçar que se trata de um hospital acreditado pelo *Caspe Healthcare Knowledge System* (CHKS), o que pressupõe uma cultura organizacional com uma manifesta aposta na melhoria contínua da qualidade.

Também a Política de Enfermagem desta instituição coaduna-se com valorização do desenvolvimento profissional e cuidados de excelência, definindo como um dos objetivos principais para a atividade de enfermagem: Prestar cuidados de enfermagem individualizados, globais, culturalmente sensíveis, de qualidade, eficazes e eficientes, ajudando a pessoa/família a transitar nos processos de vida. Acrescenta ainda que para este percurso ao nível excelência, mostra-se indispensável garantir: Dotações Seguras; Práticas Seguras; Ambientes Seguros e Conhecimentos Seguros.

Conforme expressa o seu Regulamento interno (2018), este Centro Hospitalar tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade da pessoa doente e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa, desenvolvendo também atividades complementares de ensino pós graduado, de investigação e de formação. Trabalha para ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com a pessoa doente e assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde.

O primeiro período de estágio decorreu no **Serviço de Urgência**, entre 09 de junho a 09 de agosto de 2020, com a carga horária de 180 horas. A opção por realizar o estágio clínico neste SU teve em consideração tratar-se de um Serviço-de Urgência Médico-Cirúrgica, o que de acordo o Despacho n.º 10319/2014 (Ministério da Saúde, 2014) o coloca no segundo nível de acolhimento das situações de urgência, servindo de apoio diferenciado aos SU básicos e referenciando para os SU polivalentes. Este nível diferenciado de resposta às situações de urgência/emergência, enquadra-se nos pressupostos definidos legalmente, como necessários para o desenvolvimento deste estágio. Trata-se ainda de serviço com um volume significativo de atividade assistencial, o que potencia novas oportunidades de aprendizagem (segundo o Plano de Ação deste serviço, no ano de 2018, foram registados mais de 95000 episódios de urgência).

Consta também no seu Plano de Ação, que este serviço tem como finalidade o atendimento da pessoa em situação de doença urgente e emergente, ou seja, com uma situação clínica de instalação súbita, onde ou existe o risco de compromisso ou já se verifica a falência de uma ou mais funções vitais, prestando-lhes os cuidados adequados à sua situação clínica. Assume como missão, entre outros aspetos: a melhoria e bem-estar da pessoa doente através de cuidados de qualidade, eficientes e a humanização das equipas de profissionais que os acolhem.

O lema que norteia a atividade assistencial deste serviço “Comunicar é Melhorar”, reflete a preocupação em investir tanto na comunicação dentro da organização, como entre a pessoa doente/família e os profissionais do serviço.

O atual contexto de pandemia fez sobressair a enorme pertinência deste lema, pois num serviço que veio a sofrer múltiplas alterações /adaptações para assegurar os melhores cuidados, só a valorização constante da comunicação permitiu aos profissionais enfrentarem os desafios assistenciais únicos, determinados por um contexto de prestação de cuidados com rápidas mudanças estruturais e funcionais, algumas das quais serão mencionadas com mais detalhe no terceiro capítulo.

Na verdade, este lema emergiu em muitas das reflexões sobre situações experienciadas neste percurso, como será possível apreciar nas páginas seguintes.

Relativamente à estrutura física, esta respeita o previsto no documento “Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências” da Administração Central Serviços de Saúde (ACSS, 2015)

pelo que se abstém de fazer uma descrição pormenorizada dos espaços, tanto mais que vários dos espaços habituais, na altura em que decorreu o estágio encontravam-se deslocados. Entende-se assim realçar o acréscimo de uma nova estrutura física, uma área dedicada ao Atendimento de Doentes Respiratórios (ADR), que pode ser descrita como uma replicação do habitual SU, com todos os espaços e postos de trabalho preconizados para o SU, mas destinada, como o nome indica, ao atendimento da pessoa com patologia respiratória e/ou suspeitos de infeção por SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratório Agudo Grave – Coronavírus 2). O contexto pandémico ditou também a necessidade da criação de um novo setor, denominado pré - triagem, situado perto da entrada do hospital. Este posto de trabalho é assegurado por um médico e por um enfermeiro, onde é avaliada a sintomatologia respiratória, a temperatura e é feito o encaminhamento para a estrutura da urgência geral ou para a estrutura do ADR.

A equipa de enfermagem deste SU é habitualmente constituída por sessenta e oito enfermeiros, distribuídos por seis equipas de enfermagem, liderados por uma enfermeira coordenadora. A distribuição é feita em cada turno, pelo enfermeiro chefe de equipa, o que permite que cada enfermeiro seja alocado a um sector. Para fazer face, quer às situações de emergência, quer à sobrelotação, é frequente a interajuda, porém a responsabilidade pelos registos e pela passagem de turno é da competência do enfermeiro responsável pelo setor.

Entre 13 de outubro a 19 de dezembro de 2020, o estágio decorreu na **Unidade de Cuidados Intensivos**, a qual tem a classificação de UCI polivalente nível III, o que significa que é capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados globais aos clientes pelos quais se é responsável (Ministério da Saúde, 2003). Cumpre os requisitos de possuir quadros próprios, assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas, meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários. Dispõe também de medidas de controlo contínuo da qualidade e tem programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2003), reunindo todos os pressupostos definidos legalmente, como necessários para o desenvolvimento deste estágio.

Os critérios de admissão da pessoa em situação crítica nesta UCI são os legalmente definidos, e a proveniência da pessoa transferida para esta unidade são todos os serviços de internamento de adultos, Serviço de Urgência Geral, Bloco Operatório e de outros hospitais da área de abrangência.

Habitualmente esta UCI tem uma capacidade máxima para 7 pessoas internadas. Porém esta Unidade, tal como muitas outras pelo mundo, sofreu rápidas adaptações, em resposta aos desafios colocados pela situação de pandemia dos últimos meses. No primeiro semestre de 2020, foi necessário realizar adaptações que permitiram criar duas unidades de internamento envidraçadas (com isolamento geográfico e sob pressão negativa) destinadas à pessoa em situação crítica por COVID-19 (Doença provocada pelo Corona Vírus – 2019).

No decorrer do estágio com o crescente aumento das pessoas em situação crítica com SARS-CoV-2, verificou-se a necessidade de criar uma área de coorte de casos críticos com COVID-19, pelo que as 7 unidades existentes passaram a ser totalmente destinada ao internamento da pessoa com SARS-CoV-2. Em simultâneo, ocorreu a expansão de 3 unidades deslocalizadas na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, para as restantes situações de internamento da pessoa em situação crítica.

Estas transformações ocorridas durante o período de estágio, e apesar de ter exigido grande esforço de adaptação de todos os profissionais, trouxe a oportunidade de vivenciar a realidade do cuidado à pessoa em situação crítica em situação de contingência. Permitiu ainda adquirir conhecimentos e competências, que se mostraram valiosos, na medida em que os ia transferindo para o seu contexto de trabalho, também ele por esta altura, dedicado ao internamento da pessoa com COVID-19.

O serviço manteve as unidades individualizadas, em que a área de cada uma delas permitia o acesso em 360º à Pessoa e espaço para acomodar todo o equipamento necessário (ACSS, 2013). Manteve também o posto de vigilância centralizado, o qual permitia a visualização direta de todas as unidades e favorecia o acesso imediato à pessoa em situação crítica. No decorrer do estágio apercebeu-se que esta centralização tem como desvantagem uma maior exposição ao ruído e um maior risco de perda de privacidade, sobretudo na altura da passagem de turno. O documento Recomendações Técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos ressalva que este espaço centralizado deve “...ser protegido com envidraçado que, sem prejudicar o contacto visual, possibilite o resguardo acústico.” (ACSS, 2013, p. 7).

Pode-se considerar que a equipa de enfermagem desta UCI é experiente, contando com vários enfermeiros especialistas, entre os quais especialistas em Enfermagem Médico – Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por 5 equipas, com uma média de 7 elementos cada.

Em cada turno, o enfermeiro especialista com função de chefe de equipa realiza a distribuição, tendo em consideração o rácio enfermeiro/pessoa em situação crítica, de acordo com experiência dos enfermeiros da equipa e tendo em consideração a avaliação da carga de trabalho segundo a *Therapeutic Intervention Scoring System - 28* (TISS 28).

Considerou oportuno voltar a rever conhecimentos relativamente a este sistema, relembrando que foi desenvolvido como um instrumento que classifica a pessoa doente segundo a gravidade da sua doença, baseando-se no princípio que o número de intervenções terapêuticas está diretamente relacionado com a gravidade da condição clínica, portanto quanto mais grave o estado da pessoa, maior o número de intervenções terapêuticas necessárias, o que corresponde a um maior o valor do score TISS e consequentemente maior o tempo de trabalho de enfermagem despendido nos cuidados a essa pessoa doente (Miranda et al., 1996). O instrumento avalia 28 atividades de enfermagem baseando-se no tempo que elas consomem (Moreno & Morais, 1997).

Os resultados da pesquisa realizada reforçaram, uma vez mais, que os instrumentos de avaliação da carga de trabalho e de complexidade dos cuidados não são suficientes, para determinar as dotações das equipas de enfermagem, pois “A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde.” (OE, 2019b, p.128). O cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar - se ao critério do número de horas de cuidados por pessoa doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos (...) o rácio apropriado deve considerar, também, outros aspetos, tais como as competências profissionais ou a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (OE, 2019b, p.128).

O contexto da pandemia veio colocar em causa o cumprimento das dotações, particularmente pela mobilização de vários enfermeiros dos Blocos Operatórios, Cuidados Pós - Anestésicos Cuidados Intermédios, com competências mais limitadas no cuidado de enfermagem em UCI. Nesta realidade, os chefes de equipa detiveram um papel muito importante no apoio diário e frequente orientação para múltiplas questões que surgiam e também de interlocutores com a equipa médica, permitindo manter um adequado nível de comunicação. Só um clima de comunicação e liderança efetiva contribuiu para facilitar todo este processo de adaptação, bastante sensível num contexto de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família.

Este aspecto é reforçado pelos resultados da revisão da literatura realizada onde emergiu, como pode ser apreciado no primeiro capítulo, que no contexto de cuidados intensivos, a adequação de dotações em enfermagem (respeitando não só o número de profissionais, mas também a experiência profissional e competências) contribui para melhorar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem.

3. AS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS

O Cuidado à pessoa e família em situação crítica ou risco de falência orgânica, que ocorreu em contexto de estágio foi sustentado pela Teoria de Transições (Meleis, 2010) e numa lógica evolutiva de melhoria contínua, mobilizou conhecimentos e habilidades para concretizar o objetivo geral definido para o estágio:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas no cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em situação crítica e família, tendo em vista cuidados seguros e de excelência.

De acordo com o modelo conceitual adotado, a doença crítica é um momento na trajetória de vida da Pessoa/Família, sendo que o papel mais relevante do profissional de Enfermagem é o de assistir a pessoa em processo de transição, neste caso de saúde-doença, facilitando-o no processo para alcançar o máximo bem-estar possível de acordo com o seu ideal de saúde (Meleis, 2010).

Cada uma das situações de Cuidado, tanto no contexto de SU como UCI, permitiu a mobilização e desenvolvimento de competências de vários domínios, pois o cuidado integral da Pessoa em situação crítica e família a vivenciar um processo de transição saúde – doença, tem sempre em consideração as dimensões: ética, científica, relacional e técnica. Este posicionamento é coerente com o defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2018) "...considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista **mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas** para responder em **tempo útil e de forma holística**. (p. 19363).

Considera que foi enriquecedor e gratificante, as múltiplas oportunidades de mobilizar competências adquiridas ao longo do seu percurso profissional e em anteriores percursos formativos. Esta experiência está em consonância com o defendido por Benner (2001) que defende que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, de forma gradativa e

temporal, nos contextos de trabalho, passando pelos estádios de iniciado, iniciante avançado, competente, proficiente e perito.

Nesta sequência importa realçar que as competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e que, todos os enfermeiros especialistas partilham as competências comuns (domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais), segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a).

A aplicação dos conhecimentos adquiridos na parte teórica do Mestrado e na pesquisa bibliográfica, aplicados nos contextos de prática do cuidado, assim como a contínua análise crítica e apoio dos enfermeiros orientadores, mostraram-se essenciais para que desenvolvimento profissional e pessoal no cuidado de enfermagem especializado à Pessoa em situação crítica e família fosse concretizado.

No início do estágio em cada um dos contextos, teve a supervisão mais próxima dos enfermeiros orientadores até ganhar, progressivamente, a independência e autonomia desejadas. Esta postura teve por base uma contínua auto – reflexão e foi promotora do **desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, nomeadamente da consciência de si enquanto pessoa e enfermeira**, com o **reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais** (OE, 2019a).

Como estratégia para facilitar uma rápida integração em cada um dos contextos, procurou conhecer a estrutura e organização funcional de cada Serviço, assim como identificar e consultar as normas e procedimentos existentes. Deu especial relevo os procedimentos relacionado ao Cuidado da Pessoa em situação crítica, dos quais permite-se destacar: “Procedimento para montagem e utilização de Ventiladores não Invasivos – BIPAP”, “Modelo Stellar Serviço de Urgência Geral”, “Procedimento para montagem e teste do ventilador DRAGER® Savina 300 SW 4”, “Procedimento para realização do Teste do Monitor-Desfibrilhador da Sala de Reanimação do Serviço de Urgência Geral” e “Procedimento que operacionaliza no Serviço de Urgência Geral a Implementação do Manual do Carro de Emergência”. Atendendo a que as UCI devem estar preparadas para a eventual ocorrência de um acidente grave ou catástrofe, seja de âmbito interno ou externo, que poderá resultar na necessidade de evacuação da pessoa doente, consultou ainda o procedimento relativo ao plano de emergência da UCI.

Esta análise inicial e posterior consulta em algumas situações constituíram oportunidades preciosas para **confrontar os conhecimentos teóricos em contexto da prática** e promoveram uma rápida integração e uma autonomia sustentada. O domínio precoce destes procedimentos técnicos específicos, que considera de nível instrumental, permitiu-lhe ficar mais disponível para investir no desenvolvimento de **competências na esfera relacional e ética**, visando o cuidado integral de enfermagem no processo de transição da pessoa/família em situação crítica, coerentes com a humanização e a excelência.

Atribuiu também, desde o primeiro momento, particular atenção aos documentos relativos a prevenção e controlo de infeção, tais como: “Procedimento sobre Precauções dependentes da Transmissão por Contacto no Serviço de Urgência Geral” ou o “Procedimento sobre Precauções dependentes da Transmissão por Gotículas no Serviço de Urgência Geral” pois face à complexidade da situação da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, o maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, para além de constituir uma competência específica do Enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica é também um imperativo para um cuidado baseado na ética e deontologia.

De forma a ter uma visão global do campo de atuação do Enfermeiro Especialista no SU, teve a preocupação, desde os primeiros turnos, de conhecer os circuitos possíveis para a admissão da Pessoa nesse serviço e sobretudo observar/ colaborar no cuidado da pessoa em situação crítica e família nas várias áreas de atendimento do serviço, desde a recente pré – triagem, passando pela triagem, balcões, sala aberta, sala de reanimação e sala de observação. Cumpriu também vários turnos no ADR, após a sua inauguração.

Não podendo ser exaustiva, permite-se descrever e analisar algumas das atividades desenvolvidas, começando pela colaboração na triagem realizada pelo enfermeiro, segundo o Sistema de Triagem de Manchester. Foi possível constatar no contexto assistencial, a forma como a uniformização de procedimentos e as **tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos** (sustentadas pelas competências e experiência profissional do enfermeiro) permitiam uma atuação centrada em prioridades, o encaminhamento precoce da pessoa doente e a garantia de uma oferta de cuidados ajustado às necessidades, de maior qualidade e segurança (Direção Geral Saúde, [DGS], 2015a). Teve ainda oportunidade de verificar como o atendimento sustentado em prioridades clínicas, promove a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2015b), a qual tem impacto importante na qualidade dos cuidados de enfermagem, particularmente em serviços cronicamente sobrelotados.

Também foi relevante o facto do acolhimento, da grande maioria das pessoas e famílias a vivenciarem processos de transição de saúde/doença, ser realizado na sala de triagem. Desde o primeiro momento da interação, orientada pelo processo de enfermagem, colaborou ativamente na avaliação inicial, indo de encontro ao defendido pela Ordem dos Enfermeiros, quando reforça que “... cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações” (2018,p. 19363).

No cuidado na sala de triagem teve assim a oportunidade de mobilizar um **domínio alargado e aprofundado de saberes, e em simultâneo treinar a capacidade de observação** e as competências de **comunicação interpessoal**. O enfermeiro que realiza a triagem, para além da formação específica sobre o sistema de triagem, deve ter um conjunto aprofundado de conhecimentos e competências, para concretizar o objetivo de identificar focos de instabilidade e definição de prioridades, com vista a uma intervenção precisa, concreta, eficiente, humanizada e em tempo útil. Teve assim oportunidade de observar/colaborar com o enfermeiro da triagem, numa lógica de formação, no **processo de tomada de decisão de enfermagem neste contexto clínico, perante a identificação e resposta antecipatória a focos de instabilidade**. Foram oportunidades para, tal como preconiza Meleis (2010), de observar/ participar como são colocadas na prática estratégias de intervenção terapêutica face à transição que a pessoa em situação crítica vivencia. Apesar de as horas de estágio não serem suficientes para desenvolver importante experiência profissional nesta área, o seu empenhou em realizar observação atenta e participativa e colaborar ativamente, sempre que possível, possibilitou preciosas oportunidades de aprendizagem.

Segundo o conceito de enfermagem de Meleis (2012) teve **interação** com a pessoa em situação crítica, a vivenciar uma **transição de saúde – doença**, pessoa que é **parte integrante** do seu contexto sociocultural. Organizou as intervenções com a pessoa e família de **forma intencional**, orientadas pelo processo de enfermagem e utilizou **ações terapêuticas de enfermagem** para promover, recuperar ou facilitar a saúde da pessoa.

Teve várias oportunidades de participar na ativação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto e Via Verde Coronária, após atribuição de prioridade urgente ou emergente no sistema de triagem. Relativamente à Via Verde Coronária, foi importante constatar o papel do

enfermeiro da triagem no reconhecimento de sinais e sintomas da pessoa doente com suspeita de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e na ativação do protocolo da dor torácica. A comunicação imediata do enfermeiro da triagem com o médico especialista e o encaminhamento precoce da pessoa doente para a sala de reanimação, permitiram um **efetivo ganho de tempo e cuidados mais seguros**, pela imediata monitorização dos sinais vitais e a vigilância de focos de instabilidade.

Em simultâneo, proporcionou momentos insubstituíveis no desenvolvimento da competência de **gerir a comunicação interpessoal a qual fundamenta a relação terapêutica** com a pessoa e família em situação crítica, pois cada em cada uma das situações vivenciadas, foi necessário **adaptar a comunicação, tanto á individualidade da pessoa e família, como à complexidade do estado de saúde** dessa pessoa. Nesta comunicação foi importante ter permanentemente presente, que a pessoa em situação crítica que recorre ao SU e sua família vivenciam sentimentos de ansiedade e medo, pois além a doença ameaçar a integridade, segurança, controlo, informação, decisão, dignidade e autonomia, são também confrontados com um contexto desconhecido. Alguns autores (Gaeeni et al,2015; Stayt, 2007) referem que o papel do enfermeiro no apoio à pessoa em situação crítica e família abrange o estar presente, o fornecer informação, orientar a família no ambiente do serviço, escutar as preocupações e responder às dúvidas e providenciar conforto físico e emocional, o que serviu de orientação na sua atuação.

Assim **assistir a pessoa e a família nas perturbações emocionais** foi necessário, **demonstrar em cada situação, disponibilidade e sensibilidade, numa atitude de respeito e empatia**, tal como defendem Gaeeni et al (2015). Este assistir, muitas vezes, apoiava-se no diálogo, na partilha, no saber ouvir, mas também na ação, por exemplo o telefonar para aquele familiar que a pessoa nos solicitava, ou ir ao exterior procurar o familiar, para partilhar informações atualizadas, numa lógica de **parceria**.

Também de destacar a oportunidade que teve de contactar com os profissionais dos meios de socorro pré-hospitalar, o que permitiu identificar a sua **importância na recolha de informações** sobre os antecedentes de saúde-doença da pessoa que acompanhavam, sobre o episódio de doença atual e sobre o ambiente em que se insere, facilitando uma avaliação inicial mais rápida e completa. Esta constatação tem repercussões na melhoria **da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar**. Este aspeto remete para as técnicas estruturadas de transmissão de informação e será retomada no decorrer deste documento.

Outra das áreas que considerou dar primazia no SU, como local privilegiado para vivenciar o cuidado à Pessoa em situação crítica e ou falência orgânica foi a Sala de Emergência. Teve oportunidade de constatar que na atualidade, tal como se encontra evidenciado pela ACSS (2019), a Sala de Emergência não é apenas o local para a reanimação cardiorrespiratória, mas um local também vocacionado para a Avaliação e Estabilização. No contexto onde realizou o estágio, por cultura organizacional o espaço ainda mantém a designação de Sala de Reanimação, único motivo que a levou a manter essa denominação neste relatório.

Esta Sala de Reanimação (SR), espaço aberto com acesso direto a partir da entrada, com capacidade para 3 pessoas em maca com condições de monitorização contínua, é destinada ao apoio urgente ou emergente da pessoa em estado crítico. Reunia as condições para suporte avançado de vida, sendo a ativação da equipa feita através de uma campanha de aviso. Desta forma, respeita as orientações da ACSS (2019) emanadas no documento “Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência RT 14/2019.”

Num primeiro momento sentiu necessidade de compreender a organização deste espaço, os recursos materiais presentes e a sua verificação/manutenção, assim como os protocolos disponíveis e o papel dos diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, em especial nas situações de emergência.

Na SR para conhecer prontamente a situação, de forma a prevenir complicações e intervir em tempo útil, usou o algoritmo ABCDE (via aérea, respiração, circulação, deficiência e exposição) para avaliar a pessoa, o que permite uma avaliação estruturadas e trazendo maior segurança para os cuidados. Tal como reforçam Robertson e Al-Haddad (2013) o uso de uma avaliação estrutura facilita a correção de problemas com risco de vida por prioridade e fornece uma abordagem padronizada entre os profissionais.

Mas a vivência na sala de reanimação permitiu também aplicar as competências comuns do enfermeiro especialista, na especificidade deste espaço (cuja conotação para a pessoa/família é a de elevada gravidade e risco de morte) foi sempre importante garantir **uma prática de cuidados com respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais**. A preocupação em correr o cortinado separador, o falar em tom mais baixo quando eram abordados assuntos confidenciais, a explicação prévia dos procedimentos a executar e a solicitação de autorização para os realizar, são exemplos de como **assegurou o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde e**

fomentou o respeito pelo direito da pessoa à privacidade. Também a gestão da comunicação terapêutica foi uma constante, mostrando-se muito útil a **mobilização de competências** neste domínio, **desenvolvidas na sala de triagem.**

Em suma, na SR teve oportunidade, entre muitas outras situações de cuidar a Pessoa/família em situações crítica relacionadas, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) com: ventilação comprometida, permeabilidade da via área comprometida, dispneia presente, perda sanguínea presente, perfusão dos tecidos comprometidos, ferida presente, metabolismo energético comprometido, dependência nos diferentes autocuidado (higiene, vestuário, alimentar-se, levantar-se), dor presente, febre presente, desidratação presente, *coping* comprometido (International Council of Nurses,2011).

O ser confrontada com o cuidado à pessoa e família após tentativa de suicídio (com Intoxicação por sedativos, hipnóticos e por paracetamol) quer pela sua frequência, quer pelas consequências sobre a pessoa e família que potencialmente acarretam, levou-a a dedicar algum tempo de reflexão a esta problemática. Apesar de no SU o enfermeiro ser solicitado para as mais variadas situações, muitas delas com potencial risco de vida e necessidade de intervenções imediatas, a atenção dada à pessoa que recorre por tentativa de suicídio não pode ser desvalorizada.

O agravamento das condições socioeconómicas e financeiras dos cidadãos, o progressivo isolamento social, em especial dos mais idosos, o aumento de situações de maior dificuldade social, individual e familiar e o vincado individualismo da sociedade têm permitido o aumento de fenómenos como a depressão e o suicídio (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Durante o estágio no SU cuidou de 8 pessoas com intoxicação medicamentosa voluntária com vista ao suicídio, o que mostra a frequência destas situações.

A Organização Mundial de Saúde designa como para-suicídio o ato de consequências não fatais, no qual a pessoa ou inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano ou ingere uma substância em excesso face à prescrita ou geralmente reconhecida como farmacologicamente ativa, com o intuito de obter mudanças através das consequências físicas reais ou esperadas pelo próprio (OE 2012).

No âmbito de descrito, foi especialmente marcante a interação com a M., uma mulher de 38 anos que realizou uma tentativa de suicídio com a ingestão de benzodiazepinas. Na mesma

altura em que iniciava os procedimentos técnicos habituais para a abordagem destas situações: monitorização do traçado cardíaco, punção de veia periférica e entubação nasogástrica, com lavagem gástrica, e posterior administração de carvão ativado e **ia explicando cada um dos procedimentos** que ia realizar, **solicitando o seu consentimento**, foi demonstrando a sua **disponibilidade para escutar e a possibilidade de solicitar ajuda** a um enfermeiro especialista na área de saúde mental, possibilitando a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, consciente que uma sensação de desesperança e inutilidade que M. poderia estar a vivenciar. Após ter chorado durante um período, a M. verbalizou que sim, não aguentava mais e não conseguia sozinha. Acabou por aceitar a proposta e agradeceu a preocupação demonstrada pelo seu futuro. Nesta situação tomou a **decisão apoiada no Código Deontológico, mais especificamente orientou a pessoa para o profissional de saúde adequado**, para responder ao problema, dado ultrapassar a sua área de competência.

Na SR aplicou diversos protocolos (drogas vasoativas, insulino terapia, administração de cloreto de potássio, etc.) e garantiu **a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor**.

Consciente que a dor da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica resulta dos processos da doença, mas com frequência, também dos meios de diagnóstico e terapêutica, esteve sempre atenta **às evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar**, recorrendo a escalas de avaliação da dor, de acordo com a situação (OE, 2008). Aplicou também conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor, tais como mobilização e posicionamentos anatómicos, aplicação de frio ou aplicação de calor, massagem e ainda tendo o cuidado de verificar o posicionamento de tubo e sondas, evitando por exemplo trações.

As competências de comunicação foram essenciais para, previamente, identificar fatores de alívio e agravamento da dor e identificar o uso de estratégias de *coping* por parte da pessoa (OE, 2008). Além destas intervenções autónomas, por vezes foi também necessário solicitar ao médico a reavaliação do plano terapêutico instituído, pelo insucesso no controlo da dor (OE, 2018).

A pronta identificação de **focos de instabilidade**, tanto no SU como na UCI, passou por estar sempre atenta aos alarmes de todos os equipamentos de monitorização, verificando de imediato a sua causa e pela interpretação de todos os resultados da monitorização, o que implicou a mobilização de conhecimentos relativos por exemplo à leitura do traçado eletrocardiográfico ou à realização e interpretação de gasometrias. Fomentou também o aprofundar, por exemplo, dos conhecimentos relativos à interpretação da capnografia.

A interpretação dos resultados e a análise da sua inter-relação, complementaram assim a observação da pessoa. A **observação atenta da Pessoa** foi sempre crucial para antecipar focos de instabilidade e agir em conformidade. Por exemplo, ao valorizar a sudorese súbita do Sr.º J., que se encontrava à espera para realizar ECG, permitiu-lhe encaminha-lo de imediato para a SR e iniciar a sua monitorização, confirmando-se um enfarte agudo em curso, exemplo bem demonstrador que a tecnologia não substitui o profissional atento e competente. Este momento levou também à reflexão que a triagem não é infalível, e por vezes no momento de admissão existem queixas inespecíficas que depois evoluem para situações urgentes/emergentes. Daí decorre também a necessidade de existirem procedimentos de Retriagem, como forma de melhorar a segurança das decisões.

Outro dos aspetos que importa realçar, porque depende exclusivamente da **organização do trabalho** do enfermeiro, relaciona-se com a manutenção dos fármacos em perfusão. Por exemplo, no caso das seringas infusoras com perfusão de amins vasoativas adotou a boa prática de, no início de cada turno, realizar os cálculos com base no ritmo de administração, de forma a preparar esta medicação antecipadamente, prevenindo repercussões no estado hemodinâmico da pessoa pela interrupção da medicação, decorrente do término da seringa. A **aplicação de conhecimentos sobre este protocolo terapêutico** permitiu **evitar complicações** decorrentes de uma súbita interrupção da administração do fármaco.

Assumi um papel ativo na preparação e transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, quer para realização de meios auxiliares de diagnóstico, quer para o internamento em sala de observação (SO). Na UCI prendeu-se com a transferência para serviços de internamento.

Apesar de ser necessário, o período de transporte não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos que podem agravar o estado clínico da pessoa em situação crítica e inclusivamente provocar a sua morte (Lopes & Frias, 2014), pelo que acrescenta que o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (OE, 2017).

O transporte da pessoa em situação crítica envolve três fases: **a decisão**, que não obstante ser um ato médico, constatou o benefício de existir uma relação colegial entre médicos e enfermeiros, permitindo analisar em conjunto, se as condições de segurança para a pessoa ficam asseguradas; **o planeamento** onde teve um papel **ativo no** verificar a bateria dos monitores, em providenciar a manutenção na administração de oxigénio e a existência de ambú. No caso do

transporte da pessoa em situação crítica ter como finalidade a realização de meios auxiliares de diagnóstico, como por exemplo a realização de tomografia axial computadorizada, no caso da pessoa com acidente vascular cerebral), no âmbito da via verde (DGS, 2017a, previamente ao transporte contactou sempre o Serviço de Imagiologia, de forma a evitar esperas indesejáveis (Knight et al, 2015). Na **efetivação** manteve a observação atenta da Pessoa e monitorização de traçados e parâmetros, tendo a preocupação de transmitir a informação relativa ao transporte, ao enfermeiro e médico, após a término do mesmo.

Desta forma desenvolveu competências no **cuidado altamente qualificado** assegurado de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas de vida e **prevenindo complicações**. Em simultâneo, manteve uma **relação terapêutica** com a pessoa, estabelecendo **parceria com vista à gestão do impacto emocional** desencadeado pela gravidade da situação (Stayt,2007).

Considera importante dar espaço para descrever e analisar algumas das vivências ocorridas, especificamente, em contexto de UCI. Começa por abordar a interação com a família/pessoa significativa. Decorrente da situação de pandemia e a restrição de circulação e acesso, as interações com as famílias foram sendo adaptadas às circunstâncias e normas vigentes.

Um dos momentos marcantes foi relativamente ao Sr. P., um homem com 56 anos com antecedentes de doença hepática crónica, que ficou inicialmente internado por uma icterícia obstrutiva, sendo que após realização da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), a qual confirmou tratar-se de uma neoplasia do pâncreas em estágio avançado. A sua rápida deterioração clínica após a realização da CPRE levou ao internamento na UCI, pela instabilidade hemodinâmica e risco de sépsis. Perante o progressivo agravamento do estado clínico e considerando o estágio avançado da neoplasia, sem possibilidade de tratamento, mesmo com medidas invasivas, foi decidido em equipa multidisciplinar, suspender medidas invasivas a fim de proporcionar conforto em fim de vida e uma morte digna. Após ter sido dada a má notícia à família, esta teve a oportunidade de vir à unidade despedir-se. Considera que nesse momento assumiu um papel importante pois fez o **acolhimento da família na unidade**, explicou-lhes sumariamente a necessidade de uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e acompanhou-os até à cama do Sr. P. que nesta altura já se encontrava inconsciente. Deu espaço para a família manifestar a sua dor, mas esteve **presente para as necessidades** que manifestassem. Nesta vivência apoiou-se no modelo de transmissão de más notícias, criado por *Buckman*, na medida em que este pressupõe que a transmissão de más notícias seja vista como

um processo e não como um momento, além de considerar a importância da linguagem não-verbal (Buckman, 1984).

Dois dias mais tarde, quando o Sr.º P. faleceu prestou-lhe os cuidados *pós morte*, considerando a dignidade no morrer.

O enfermeiro especialista assume um papel substancial no apoio à família e no alívio do desconforto da pessoa doente em fim de vida. Com isto, também foi perceptível de como é difícil, principalmente num serviço de cuidados intensivos, aceitar o fracasso da medicina curativa e tomar a decisão de suspender medidas invasivas, assumindo o momento em que o benéfico para a pessoa e para a família passa a ser a gestão sintomática, as medidas de conforto e a preparação para o luto.

Poucos turnos depois, devido às medidas de contenção da propagação do SARS-CoV-2, todas as interações que vieram a ocorrer com a família da pessoa internada passaram a acontecer através de videochamada, derivado da UCI ter passado a estar, exclusivamente, dedicada à pessoa em situação crítica com COVID-19. Não obstante os médicos telefonarem todos os dias para as famílias, de forma a informar sobre a evolução clínica aos seus familiares, considerou importante, por diversas vezes, propor-se a realizar videochamadas, já que havia um *tablet* disponível no serviço para o efeito.

Tal como expressa Ingravallo (2020) promover as interações entre a pessoa doente e a sua família, não irá provavelmente prolongar a vida, mas pode melhorar a qualidade de vida dos envolvidos. Acrescenta a mesma autora que melhorar a comunicação durante a pandemia pode ajudar, tanto a exaustão emocional das famílias afetadas como dos próprios profissionais de saúde (Ingravallo, 2020).

A impossibilidade de presença física implicou **adaptar a comunicação**, apesar de serem momentos dolorosos, sentia quase a obrigatoriedade de as fazer, consciente que muitas vezes, poderia ser a última vez que estes familiares viam aquele filho, esposo, irmão. Nestas semanas, segundo a orientação nacional emitida pela DGS, relativa aos cuidados *post morte* nos casos de infeção por SARS-CoV-2, não deveriam ser realizados velórios e no funeral o caixão deveria manter-se fechado, como medida de prevenção e controlo de infeção (DGS, 2020a).

Enquanto enfermeira não podia ignorar as implicações que a falta dos rituais de despedida, trazem para a **vivência do luto**, pois tal como defendem Cardoso et al. "(...) familiares e parentes

se veem tolhidos da possibilidade de realizarem os rituais de despedida, por conta das restrições impostas pela pandemia, todo o enlutamento pode se tornar mais doloroso e até mesmo incompleto "(...)desencadear sofrimentos psicológicos que tendem a se arrastar indefinidamente, fornecendo matéria-prima para o desenvolvimento do luto complicado"(2020, p.7-8).

No estágio nesta unidade, entretanto dedicada exclusivamente à pessoa doente com COVID-19 considera também relevante abordar o relativo ao cuidado da pessoa sob ventilação mecânica. Foi **ganhando progressiva autonomia**, na manutenção da permeabilidade da via aérea, no correto posicionamento, na fixação dos tubos, na vigilância de parâmetros respiratórios e na avaliação da adaptação da pessoa à prótese ventilatória. Teve oportunidade de analisar e interpretar os parâmetros do ventilador, assim como os resultados analíticos das gasometrias, compreender a escolha do modo ventilatório mediante a necessidade da pessoa doente e a necessidade de alternância de posicionamento, de especial importância na pessoa sedada.

No contexto da recente pandemia, cedo se verificou que muitas das pessoas em situação crítica com COVID-19 também respondiam ao decúbito ventral com uma evolução favorável na oxigenação e mecânica pulmonar, pelo que passou a ser usada com crescente frequência, mantendo a recomendação de ser adotada precocemente (Weiss, et al, 2021).

No decorrer do estágio, em vários dos turnos cumpridos foi confrontada com o facto de a maioria das pessoas internadas nesta UCI (área de coorte de casos críticos confirmados de COVID-19) encontravam-se em posição ventral, pelo que a partilha de conhecimento da Enfermeira orientadora e a observação do cuidado realizado pela mesma, enquanto enfermeira especialista, assim como o recurso a pesquisa bibliográfica sobre o tema, mostraram-se muito pertinentes. Estas fontes permitiram-me entender quais os critérios para este posicionamento, mas sobretudo foram importantes para fundamentar a vigilância a desenvolver perante a pessoa posicionada em decúbito ventral, com base nas possíveis complicações que decorrem deste posicionamento (Ponseti et al, 2017; Taccone & Chiumello, 2016) e as intervenções necessárias com vista à minimização do risco de ocorrência dessas complicações (Binda et al., 2021).

Teve algumas oportunidades de observar/participar na complexa manobra de posicionar, em decúbito ventral, a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica. Para minimizar

complicações possíveis decorrentes da manobra, antes do procedimento foi necessário um planeamento cuidadoso (Oliveira et al, 2017)., nomeadamente: verificar se o tubo endotraqueal estava posicionado 2cm acima da carina e fixado de forma segura; parar previamente a alimentação entérica e constatar a presença de conteúdo gástrico, rejeitando-o se necessário; assegurar de que todos os acessos venosos e cateteres arteriais tinham prolongamentos suficientemente compridos para evitar trações ou desconecta-los se necessário. Verificou também a necessidade de ser mobilizado um número apropriado de profissionais (entre 3 a 5), com base nas características da Pessoa (tamanho e peso) e dos dispositivos que necessitavam de ser geridos (Parker et al, 2021; Oliveira et al, 2017). Constatou ainda a importância da coordenação durante a execução da manobra (Guérin, et al., 2013), a qual só é possível quando se estabelece uma **comunicação eficaz e existe liderança no processo**.

Em termos de desenvolvimento de competências e atuação em conformidade, em alguns dos turnos teve a oportunidade de cuidar a pessoa submetida a ventilação mecânica, que permanecia em decúbito ventral. Para além da vigilância imprescindível presente no cuidado à pessoa com ventilação mecânica, sob sedação e curarização, nomeadamente a monitorização dos parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos, assim como a vigilância do nível de sedação e bloqueio neuromuscular, associado ao cuidado confortador, sabia a importância de **prevenir os problemas potenciais e detetar precocemente as complicações** que se encontram associadas à manutenção da posição ventral.

Detendo o conhecimento que a permanência da pessoa em situação crítica em posição ventral, tem um risco acrescido de úlceras por pressão, assim como de lesão do plexo braquial, edema da face, de menor tolerância à alimentação entérica, e ainda um maior risco de problemas oculares e do comprometimento dos acessos venosos, cateter e drenos (Binda et al., 2021), procurou assegurar as **intervenções de enfermagem adequadas, face aos problemas potenciais identificados**.

Assim, realizou a monitorização regular da tolerância da nutrição entérica, com aspiração do conteúdo gástrico, em intervalos regulares (DGS, 2020c). Pesquisou a cavidade oral, verificando se havia presença de vômito. Teve ainda o cuidado de, caso não houvesse contra-indicação, manter o plano da cama ligeiramente elevado (Trendelenburg invertido a cerca de 10 a 20 graus), com vista a reduzir o refluxo gastro esofágico, e ainda prevenir o edema da face e periorbital (Binda et al., 2021).

Uma vez que a maioria dos problemas oculares é devido ao encerramento incompleto da pálpebra, o que é agravado com a sedação e curarização, verificou sempre que as pálpebras se encontravam encerradas (Binda et al., 2021)., não tendo verificado a necessidade de nenhum procedimento adicional.

Relativamente aos posicionamentos, manteve o alinhamento corporal e correto posicionamento de todas as almofadas usadas para aliviar as zonas de pressão. A posição de nadador é usual na Unidade, pelo que teve o cuidado de manter a posição, alternando o posicionamento dos membros a cada 2 horas, mantendo o cotovelo membro superior que ficava elevado num ângulo de 90 graus. Tal procedimento previne lesões no plexo braquial (Binda et al., 2021).

Sabendo que, tal como referem Binda et al. (2021) existe **um risco acrescido** de extubação acidental, procurou sempre ajuda para realizar a necessária alternância da lateralização da cabeça. Este momento foi também importante, para verificar o posicionamento do tubo endotraqueal e avaliar a necessidade de aspiração de secreções brônquicas, assim como de secreções orofaríngeas (Binda et al., 2021).

Avaliou igualmente o funcionamento de todos os prolongamentos, cateteres e sondas, pelo risco de dobrarem, de estarem submetidos a excesso de pressão ou de exercerem pressão excessiva na pele. Pode constatar a dificuldade em otimizar a linha para técnicas de substituição da função renal pela pressão exercida, e a vigilância constante necessária para a técnica em curso ter sucesso.

A prevenção e deteção precoce de complicações permitiu a intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, que se espera do enfermeiro especialista, sendo muito enriquecedor no desenvolvimento de competências, tanto específicas como comuns. Esta Intervenção Especializada de Enfermagem encontra ainda fundamento no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e respetivos enunciados descritivos (OE, 2015b), nomeadamente no que se refere à **prevenção de complicações** para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

No desmame do ventilador, teve uma oportunidade única, logo no inicio do estágio, de compreender a dinâmica que este processo exige. Se por um lado é desejável que o tempo de

ventilação mecânica seja o estritamente necessário, dado as complicações associadas (DGS, 2015d), antes de se iniciar o processo é necessário considerar vários fatores, nomeadamente, nível de consciência do doente, estabilidade hemodinâmica, fatores fisiológicos da mecânica ventilatória da própria pessoa doente e nutrição adequada. Este é um processo progressivo, onde a adaptação da pessoa à respiração espontânea e os sinais de cansaço são precocemente despistados, sendo frequente haver necessidade de retrocessos no processo (Kallet et al, 2018). Exige uma constante vigilância e comunicação tanto com a pessoa como entre os profissionais.

Ao longo de todo o estágio a **valorização da comunicação** foi uma constante, tendo já neste relatório relevado a sua importância, tanto na comunicação com a pessoa em situação crítica e família, como entre os profissionais. Considerando que a complexidade e instabilidade da situação da pessoa em situação crítica ou risco de falência orgânica implica uma comunicação efetiva e eficaz entre os diferentes intervenientes, dedicou alguma atenção a este aspeto, realizando pesquisa bibliográfica e refletindo sobre as práticas que foi observando, o que permitiu **identificar e implementar algumas medidas de melhoria contínua da qualidade, com contributos para a qualidade do cuidado à pessoa em situação crítica.**

A importância da comunicação nas organizações de saúde, levou a que o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 reconheça a segurança da comunicação em saúde, como um dos objetivos estratégicos a ser atingido, assumindo que todas as instituições que prestem cuidados de saúde em Portugal devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, por forma a evitar eventos adversos que possam colocar em causa a continuidade de cuidados ao à pessoa doente (Ministério da Saúde, 2015).

Em 2017, a Direção Geral de Saúde emitiu a norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, a qual faz referência à normalização da comunicação em saúde (na forma oral ou escrita) com recurso à técnica ISBAR (Identificação, Situação, Background/Antecedentes, Avaliação, Recomendações). A pessoa em situação crítica é transferida, por diversas vezes, ao longo do seu processo de cuidados, sendo relevante uma comunicação eficaz, entre os diferentes intervenientes envolvidos no processo de transferência de informação. Deve ser reconhecido que a transferência de informação constitui a uma situação de vulnerabilidade para a pessoa doente (DGS, 2017) pela sua natureza de alto risco, no que respeita à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os eventos adversos possíveis se isso não se verificar.

Teve oportunidade de constatar que esta norma já se encontra implementada, tanto no SU como na UCI. A consolidação do seu uso está mais avançada na UCI, nomeadamente a passagem de turno é realizada com o auxílio de um documento interno, em versão informatizada, que é permanentemente atualizado, e cuja padronização inclui os campos Identificação, Situação, Background/Antecedentes, Avaliação, Recomendações. No SU o seu uso, por enquanto, está circunscrito ao SO (Sala de Observação).

A referida Norma (DGS, 2017) reconhece como profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação: o enfermeiro ou o médico e enfermeiro da equipa que acompanha o doente na instituição de origem e de receção, bem como o Técnico de **Emergência Pré-Hospitalar**, aquando da admissão nos serviços de urgência. Relativamente à comunicação com os técnicos de emergência pré-hospitalar e por inerência com os bombeiros, teve oportunidade de verificar na Sala de triagem, tal como anteriormente referiu, a importância dos dados que estes técnicos veiculam, o que reforçar a importância de esta ser uma informação sistematizada, tornava mais célere a avaliação inicial realizada pelo enfermeiro na triagem.

Ao constatar a falta de uniformidade na transmissão da informação, dos inúmeros técnicos com quem teve oportunidade de interagir, considerou importante a realização de um cartaz informativo, que foi colocado num local estratégico da sala de triagem, de forma a servir de guia orientador na transmissão de informação por parte destes técnicos. (Apêndice V – Cartaz informativo sobre técnica ISBAR Tripulantes de Ambulância). Com esta atividade **desenvolveu competências em identificar e dinamizar estratégias de melhoria da qualidade**. Não teve oportunidade de avaliar o resultado desta atividade, uma vez que não voltou a estar na sala de triagem.

Outro dos aspetos chave na passagem de informação são os registos de enfermagem. Segundo o art.104.º do Código Deontológico (2015a) o enfermeiro tem o dever de: “(..) assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas” (OE, 2015a, p.8079) , tornando os mesmos uma obrigação ética e legal. No SU realizou registos no sistema *Alert*, o qual tem a vantagem de permitir identificar a trajetória da pessoa nos diferentes setores do SU, mas os registos são efetuados em texto livre. Na UCI, para além dos registos no aplicativo informático SClínico, segundo a CIPE®, parte dos registos são duplicados, numa folha A3, individualizada e devidamente identificada com o nome e diagnóstico de pessoa doente, onde se registam os parâmetros vitais de hora em hora, valores hemodinâmicos, medicação e soros em perfusão e registo do balanço hídrico. Permite de forma rápida ter uma visão da

evolução da pessoa doente nas 24h, no entanto a duplicação dos registos implica gasto de tempo e de esforços.

O uso do aplicativo SClínico vai de encontro ao referenciado pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) onde refere no enunciado descritivo Organização dos Cuidados de enfermagem a necessidade de apoiar a implementação de sistemas de informação baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Apesar da equipa de enfermagem valorizar a importância dos registos de enfermagem, verifica-se, por parte de vários enfermeiros, alguma insatisfação pela dificuldade dos registos refletirem a plenitude do cuidado efetivamente realizado, pelo que considerou pertinente promover a qualidade da continuidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica/família, através de uma melhor adequação da parametrização do aplicativo SClínico e subsequente elaboração de documento orientador dos registos de enfermagem neste aplicativo.

Por outro lado, a previsão de nas semanas seguintes, ocorrer uma atualização do aplicativo SClínico, traduzida pela desativação de várias atitudes terapêuticas, atualmente em uso na UCI, derivado da obrigatoriedade de implementação do Catálogo de Atitudes Terapêuticas Normalizado, aumentou a pertinência desta atividade.

Se o exposto já seria suficiente para justificar a pertinência de uma intervenção de melhoria, a entrada recente de vários enfermeiros na Unidade e a expansão da área de internamento da pessoa em situação crítica (situações que derivam do contexto de pandemia em curso) incrementaram a importância de desenvolver trabalho na área.

Subsequentemente iniciou um trabalho de articulação com as 2 colegas do Grupo do SClínico desta Unidade, que se mostrou um trabalho muito enriquecedor. No essencial traduziu-se na validação recíproca de algumas propostas de parametrização, de forma a refletir o cuidado realizado pela equipa de enfermagem. A sua experiência profissional anterior enquanto enfermeira parametrizadora do SClínico a nível institucional, foram imprescindíveis para que a concretização deste trabalho fosse possível.

Este percurso deu lugar à elaboração de uma proposta de Guia orientar dos registos, que após a realização de algumas aferições, por parte do Grupo do SClínico da UCI, deu lugar ao documento definitivo, que foi disponibilizado sob a forma escrita e informática (APÊNDICE VI).

Foi possível identificar que os focos de enfermagem mais utilizados pela equipa de enfermagem, respeitam ao Autocuidado e não à Função, o que aponta para um grau de desenvolvimento de enfermagem que prioriza a relação com a pessoa em situação crítica. Além de **desenvolver competências em identificar e dinamizar estratégias de melhoria da qualidade, promoveu a excelência do exercício profissional e adicionou contributos para a segurança dos cuidados. Permitiu ainda a mobilização da experiência profissional para o contexto de estágio, o que se torna gratificante.**

Outro aspeto que assumiu particular relevância no cuidado à pessoa em situação crítica nos contextos de estágio foi o **desenvolvimento de competência específica da enfermagem especializada à Pessoa em situação crítica, no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).**

Entende-se como IACS a infeção adquirida em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2019). As IACS dificultam o tratamento adequado da pessoa doente e levam a morbilidade e mortalidade significativas, assim como a um consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (Ministério da Saúde, 2015).

Em Portugal a área da prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos constitui um dos programas prioritários do Plano Nacional de Saúde e encontra-se também incluída no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 onde uma das metas definidas para 2020, seria diminuir a taxa de prevalência de infeção hospitalar para 8% (Ministério da Saúde, 2015).

Na medida em que cerca de um terço das IACS é, seguramente, evitável (Ministério da Saúde, 2015), os profissionais de saúde devem encarar a IACS como um evento adverso e assumir a sua prevenção como um imperativo ético (Pina *et al*, 2010)

A pessoa em situação crítica tem um risco acrescido para a ocorrência de IACS. Este facto decorre da complexidade da sua situação e diferenciação dos cuidados, assim como da necessidade de recorrer a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, as quais são com frequência imprescindíveis para manutenção da própria vida (OE, 2015b).

A Ordem dos Enfermeiros considera que este é um tema central no que concerne à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, com necessidade de envolvimento tanto a nível individual como institucional. De acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018), o enfermeiro especialista “**Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção** e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p.19364).

Também no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, podemos encontrar no seu sétimo enunciado descritivo que “na **procura permanente da excelência do exercício profissional** face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista **maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção**” (OE, 2015b, p.17243). São elementos importantes, entre outros, participação na conceção e na definição de estratégias do plano de controlo de infeção a implementar no seu local de trabalho, bem como a liderança e a capacitação dos outros profissionais da importância do cumprimento e do respeito pelas regras de controlo de infeção (OE, 2015b).

A filosofia subjacente para prevenir e controlar a infeção é uma abordagem multimodal, alinhada com as estratégias nacionais e locais. O conjunto de ações e recomendações, aos quais se dá o nome de Precauções Básicas e Precauções de Isolamento, constituem os alicerces do controlo de infeção, são a primeira "barreira de segurança" nos cuidados de saúde, contribuindo para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança da pessoa doente (Pina et al, 2010).

As principais medidas de prevenção e controlo assentam no cumprimento precauções básicas (como higienização das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental), cumprimento de medidas de isolamento e uso racional de antimicrobianos. A evidência científica demonstra ser fundamental que, em todos os momentos do cuidado à pessoa doente, existam ações que atuem simultaneamente, quer na área da prevenção, quer na área do controlo da transmissão cruzada de microrganismos (Pina et al, 2010).

Neste âmbito, enquanto aspetos transversais nos dois contextos, realça que teve sempre presente o cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). **A sua atuação neste domínio passou por implementar e promover estas medidas, as quais integram uma estratégia multimodal e são essenciais na prevenção da transmissão cruzada (DGS, 2012).** No cuidado à pessoa em situação crítica e família cumpriu os cinco momentos da higienização das mãos, usou de forma adequada e racionais os equipamentos de proteção individual e supervisionou os procedimentos de higienização e limpeza, realizados pelos assistentes operacionais ou pelos profissionais da empresa de limpeza, de forma a promover a descontaminação do equipamento clínico e controlo ambiental. Realizou o manuseamento seguro da roupa e a triagem dos Resíduos, respeitando os procedimentos internos emanados pelo Grupo Coordenador Local da PPCIRA, assim como adotou práticas seguras na preparação e administração de injetáveis. **Demonstrou conhecimentos, quer adquiridos no seu percurso profissional quer no âmbito de Mestrado, e aplicou-os sistematicamente no cuidado diário da pessoa em situação crítica.**

Em continuidade, de entre as PBCI descritas, permite-se refletir sobre adesão à **Higienização das Mãos** (DGS, 2019), enquanto um dos primeiros passos para a segurança da pessoa internada, aplicando-o nos cinco momentos descritos. Constatou que as boas práticas de higienização das mãos foram mais fáceis de observar no contexto dos cuidados intensivos, por a unidade da pessoa internada ser facilmente identificada com o conceito de “bolha”, enquanto no SU, especialmente em determinadas áreas, quer pela estrutura física, quer pela sobrelotação crónica do serviço, foi necessário desenvolver maiores esforços para o seu cumprimento. Os obstáculos estão descritos como fatores que dificultam a adesão (DGS, 2019).

Também no que se refere às precauções de isolamento, as quais se baseiam na via de transmissão (precauções de contacto, de via aérea e de gotículas), assim como na cadeia epidemiológica da infeção e na patologia, foram também múltiplas as oportunidades de mobilizar conhecimentos anteriores, adquiridos no seu percurso profissional, particularmente no seu desempenho como enfermeira do Núcleo Executivo da Comissão de Controlo de Infeção institucional, durante cerca de 6 anos.

Na atualidade e em particular nas UCI passou a ser problemática a emergência de determinados microrganismos multirresistentes, causadores de IACS, tomando especial importância bactérias como *Staphylococcus aureus metilina-resistente* (MRSA), *enterococos vancomicina-resistentes* e *Gram negativos produtores de beta-lactamase de espectro alargado* (Pina et al, 2010).

Na UCI teve oportunidade de acompanhar a aplicação do protocolo institucional de abordagem da pessoa portador de MRSA, quer com a aplicação nasal de mupirocina e banho com clorhexidina 2%, quer com os cuidados inerentes ao isolamento por contacto (DGS, 2014). Foi salutar constatar que, na altura da preparação para os cuidados de higiene, os assistentes operacionais (AO) tinham sempre presente as exigências para estes procedimentos específicos. Também aqui **demonstrou conhecimentos específicos da área da prevenção e controlo da infeção.**

Teve também oportunidade de perante a pessoa com situações complexas de saúde - doença aplicar os feixes de intervenção da prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, com o cateter vesical e na prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2015b, 2015c, 2015d). Neste sentido, é importante salientar que, visando prevenir a colonização bacteriana das vias aéreas inferiores pelos microrganismos presentes na mucosa oral e tubo digestivo, realizou intervenções de enfermagem como: manter a elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45º, na aspiração de secreções cumpriu a prévia higienização das mãos antes de iniciar o procedimento, usou luvas esterilizadas, cumprindo a técnica asséptica e no momento da aspiração não instilou, por rotina, soro fisiológico no tubo endotraqueal, usou a clorhexidina 2% na higiene oral, realizou a manutenção dos circuitos ventilatórios e realizou a avaliação da pressão do *cuff*, avaliação regular do resíduo gástrico e ajuste o volume da nutrição entérica (Bruni et al, 2020). **Desta forma aplicou e desenvolveu competências na salvaguarda de todos os procedimentos estabelecidos relativamente à prevenção e controlo das IACS**, parte dos quais integram **o feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação** (DGS, 2015d).

O atual contexto da pandemia COVID-19 trouxe novos desafios e conseqüentemente novos procedimentos no âmbito da prevenção e controlo da infeção. O uso do Equipamento de Proteção Individual, de forma correta e racional, implicou treino e experiência prática, com supervisão na ordem e técnica de colocação e, em especial no momento da remoção, como forma de prevenir a contaminação do próprio profissional, dos outros e do ambiente (Mendes et al, 2020; DGS, 2020b).

De igual forma a realização de zaragatoas para colheita exsudado nasal e orofaríngeo para teste COVID-19 passou a ser uma prática diária no SU. A sua disponibilidade para colaborar nestes procedimentos permitiu-lhe, para além da interação com a pessoa doente, observar de forma

crítica, a atuação dos diferentes profissionais, em termos de práticas de prevenção e controlo de infeção.

No contexto da pandemia, o uso de desinfetantes como o álcool e a lixívia, ganhou nova relevância. Porém dada a fase de adaptação que o serviço passava, verificou que os assistentes operacionais e os profissionais da empresa de limpeza não estavam a adotar as melhores práticas sobre estes desinfetantes, nomeadamente no que se refere à obrigatoriedade de usar água fria na diluição da lixívia e ipoclor, no tempo de estabilidade da diluição e na percentagem da diluição. Após ter diagnosticado esta necessidade do serviço em **matéria de prevenção e controlo de infeção**, validou-a com a enfermeira orientadora. Tomou conhecimento que existia orientação para as diluições serem renovadas no início de cada turno. Passou a questionar, no início de cada turno, se as diluições já tinham sido feitas, a explicar a importância do cumprimento destas medidas e motivar para a mudança desta prática, dada a obrigatoriedade de ser usada água fria. Nestas atividades mobilizou conhecimentos e competências adquiridas no seu percurso profissional, neste caso enquanto enfermeira do Núcleo Executiva da Comissão de Controlo de Infeção, em que a realização de auditorias era uma prática frequente. Deste modo, evitou recriminar as falhas, dando primazia a explicar os motivos de ser tão importante cumprir o preconizado, e realçou o papel importante destes profissionais, para evitar a propagação do vírus.

Complementou estas estratégias pró-ativas de melhoria no âmbito da prevenção e controlo de infeção com a elaboração de um folheto informativo, que afixou nos locais estratégicos do SU (Apêndice VII – Folheto Informativo – Uso lixívia e ipoclor). **Considera que teve uma intervenção positiva com a implementação e manutenção de medidas *standard* de prevenção e controlo da infeção.**

A Ordem dos Enfermeiros (2019a) refere que o enfermeiro especialista **adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados** e salienta que realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

A revisão da literatura realizada neste percurso formativo reforçou o impacto do ambiente de prática de enfermagem sobre os *outcomes* dos enfermeiros e da pessoa em situação crítica, pela influência na qualidade dos cuidados prestados. **A liderança e a gestão de recursos humanos e**

materiais mostraram ser dimensões que carecem de investimento, com vista à melhoria do ambiente da prática de enfermagem em UCI.

Na verdade a gestão de recursos, parte integrante da organização de qualquer serviço, assume particular importância em contexto de elevada complexidade e imprevisibilidade. A gestão de recursos engloba os recursos humanos, materiais e financeiros (OE, 2015c), assumindo essa gestão um papel essencial para que se possam alcançar os objetivos delineados para o serviço e para a instituição.

Neste âmbito procurou **participar ativamente em atividades relacionadas com a gestão de recursos e organização do serviço**. Assim, acompanhou a função de enfermeiro Chefe de Equipa, observando a sua atuação na organização do serviço, gestão de materiais e medicamentos como a reposição e controle de stocks (caso dos estupefacientes) e manutenção de material operacional (caso do carro de urgência da sala de reanimação). Relativamente aos recursos humanos, no início de cada turno, este realizava o plano de distribuição dos profissionais, quer dos enfermeiros quer dos assistentes operacionais, pelos diferentes setores (no caso do SU) ou na atribuição da pessoa doente, tendo em consideração as competências profissionais dos enfermeiros desse turno e o score do TISS 28 (no caso da UCI).

Percebeu o importante papel enquanto elo de ligação na equipa multidisciplinar, sendo determinante a capacidade de comunicação neste processo. O bom desempenho deste papel consegue promover a tão desejada **relação colegial entre médicos e enfermeiros.**, com todos os benefícios que esta traz.

Também frequente era papel de consultor e de resolução de questões de cariz funcional, gestão de conflitos, entre outros. Aqui percebeu que havia um predomínio de um estilo de liderança transformacional, adaptado à situação e complexidade do contexto, **visando a otimização da qualidade dos cuidados**.

Estas competências mostraram ser muito úteis, para que as suas intervenções de enfermagem fossem precisas, eficientes e em tempo útil, pois foi diariamente confrontada com a necessidade de estar a par dos recursos materiais disponíveis, de forma a antecipar eventuais necessidades. Assim, perante as situações complexas vivenciadas, foi capaz de assumir a **liderança** na mobilização de materiais e equipamentos, permitindo-lhe cimentar competências na **gestão dos cuidados de enfermagem**, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde.

CONCLUSÃO

Neste documento foi apresentado de forma fundamentada, o percurso formativo e as competências desenvolvidas. Considera que ficou demonstrado a pertinência dos objetivos delineados, a sua plena concretização e coerência com o perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: área de especialização Pessoa em Situação Crítica, assim como de Mestre em Enfermagem.

O estágio proporcionou a vivência de um leque de experiências essenciais, possibilitando um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, enquadrado pelos princípios ético – legais e de excelência que devem orientar o exercício profissional do enfermeiro. Neste percurso colaborou no cuidado da pessoa em situação crítica e família em várias áreas de atendimento do serviço de urgência, com especial relevo à sala de triagem e sala de reanimação, enquanto na UCI relevou o cuidado à pessoa sedada e ventilada, com COVID 19.

Realizou intervenções imediatas, à pessoa com risco de vida ou compromisso de funções vitais, mostrando destreza, gestão do *stress* e competências na aplicação de protocolos complexos. Cimentou conhecimentos sobre protocolos das Vias Verdes – Coronária e Acidente Vascular Cerebral e colaborou na sua ativação, o que facilitou a compreensão da dinâmica e importância para os ganhos em saúde.

Preocupou-se em identificar de forma antecipatória e pronta focos de instabilidade, e em simultâneo procurou sempre identificar estratégias de bem-estar da pessoa em situação crítica, com ênfase na gestão e controlo da dor.

Valorizou a comunicação como uma competência chave em todos os momentos: comunicação entre os profissionais, incluindo em situações de urgência e emergência; comunicação com a Pessoa em processo de transição saúde - doença e com a família, sempre consciente dos impactos emocionais que a situação acarreta. Ainda sobre a comunicação, identificou como aspetos de melhoria contínua da qualidade, no SU pela promoção da técnica ISBAR junto dos

tripulantes de ambulância, enquanto no contexto da UCI pela melhoria na adequabilidade da parametrização do SClínico, à realidade da unidade.

Face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas, no cuidado à pessoa em situação crítica adotou medidas de prevenção e controlo da IACS, identificou e promoveu os diversos tipos de medidas preventivas e de isolamento, fez uso racional e adequado de equipamento de proteção individual, identificou, implementou e promoveu estratégias de melhoria na prevenção e controlo da infeção. Desta forma fomentou a cultura de segurança e a prática profissional segura.

O descrito demonstra que os objetivos delineados foram atingidos, pelo desenvolvimento das competências científicas, técnicas, relacionais e éticas no cuidado de enfermagem especializado do enfermeiro especialista perante a pessoa em situação crítica e família. De igual forma, demonstrou competências para desenvolver investigação, pela realização de uma revisão estruturada da literatura, reflexão e disseminação dos resultados que emergiram.

A prática de enfermagem desenvolvida, foi fundamentada na teoria de enfermagem e baseada nas relações humanas, enquanto princípios de uma Enfermagem Avançada, o que permitiu impulsionar o seu desenvolvimento profissional e pessoal, ganhos assumiram uma importância acrescida no contexto da pandemia em curso. Na verdade, os conhecimentos e competências desenvolvidas/cimentadas neste percurso foram, ainda no decorrer do estágio, transpostas diariamente para o seu contexto de trabalho, decorrente da necessidade de planear e liderar o processo de adaptação e expansão do serviço (estrutura física, recursos humanos e materiais) ao internamento da pessoa com COVID-19, com frequência em situações de complexidade crescente.

Os subsídios deste percurso formativo foram imprescindíveis para enfrentar um dos períodos mais difícil e marcante da sua carreira, demonstrando a sua importância para o cuidado de enfermagem seguro e de excelência, promovido por uma liderança autêntica, que valorize a melhor evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%AAsncias_%20final.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicaspara-a-Sala-de-Emergencia>

Aiken, L. , Clarke, S. , Sloane, D. , Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>

Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. , Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344(March), e1717.

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Rn4cast Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143-153.

Amaral, A.; Ferreira, P. & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PESNWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, September- December, 5(3), 280-288.

Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5(2), 66–74.

Balsanelli, A.& Cunha, I. (2013).The work environment in public and private intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 561-568.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto

Binda, F., Marelli, F., Galazzi, A., Pascuzzo, R., Adamini, I., & Laquintana, D. (2021). Nursing Management of Prone Positioning in Patients With COVID-19. *Critical care nurse*, 41(2), 27–35.

Bogaert, P. , Clarke, S., Vermeyen, K., & Meulemans, H. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals : Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 55–65.

Bogaert, P. , Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 357–365.

Bruni, Andrea & Garofalo, Eugenio & Grande, Laura & Auletta, Gaetano & Cubello, Davide & Greco, Manfredi & Lombardo, Nicola & Garieri, Pietro & Papaleo, Anna & Doldo, Patrizia & Spagnuolo, Rocco & Longhini, Federico. (2020). Nursing issues in enteral nutrition during prone position in critically ill patients: A systematic review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*. 60. 102899.

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.

Cardoso, É. , Silva, B., Santos, J., Lotério, L. , Accoroni, A., & Santos, M. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.

Direção Geral da Saúde (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Norma nº 029/2012, de 29 de dezembro de 2012 (atualizada a 31 de outubro de 2013). <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma nº 018/2014, de 09 de dezembro de 2014 (atualizada a 27 de abril de 2015). <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2015a). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma nº 002/2015 de <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde (2015b) “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma Nº 22/2015 de 16/12/2015. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde (2015c) “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma Nº 19/2015 2015 (atualizada a 30 maio 2017). <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2015d). Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação. Norma nº 021/2015 (atualizada a 30 maio 2017). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2017a). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma nº 015/2017 de 13/07/2017. <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 007/2019 de 16/10/2019. <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2020a). Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Cuidados post mortem, autópsia e casas mortuárias. Norma nº 002/2020 de 16/03/2020. <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2020b). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI) Norma nº 007/2020 de 29/03/2020. <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2020c) COVID-19: Terapêutica nutricional no doente com COVID-19. Orientação nº 021/2020 de 06/04/2020 (atualizada a 18 fevereiro de 2021) <https://www.dgs.pt>

Filho, F., Rodrigues, M., & Cimiotti, J.. (2018). Nursing practice environment in intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 217–223.

Filho, F., Rodrigues, M., & Cimiotti, J.. (2019). Burnout in Brazilian Intensive Care Units : A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. *AACN Advanced Critical Care*, 30(1), 16–21.

Gaeeni, M., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Mohammadi, N. (2015). Informational support to family members of intensive care unit patients: The perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 8-19.

Guérin, C., Reignier, J., Richard, J. C., Beuret, P., Gacouin, A., Boulain, T., ... & Ayzac, L. (2013). Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2159-2168.

Hashim, F., & Hussin, R. (2012). Family needs of patient admitted to intensive care unit in a public hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 36, 103–111

Hiler, C., Hickman, R., Reimer, A., & Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *Critical-Care Nurses [Am J Crit Care]*, 27(1), 59–66.

International Council of Nurses (2011). CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2. Genebra: Ordem dos Enfermeiros.

Ingravallo F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Public health*, 5(5), e258. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7)

Kallet, R. , Zhuo, H., Yip, V., Gomez, A., & Lipnick, M. (2018). Spontaneous Breathing Trials and Conservative Sedation Practices Reduce Mechanical Ventilation Duration in Subjects With ARDS. *Respiratory Care*, 63(1), pp.1–10.

Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E., & Aiken, L. (2013). The Critical Care Work Environment And Nurse Reported Health Care Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482–489.

Kelly, L. (2017). Compassion Fatigue and the Healthy Work Environment. *Advanced Critical Care*, 28(4), 351–358.

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Duquette, A. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes.

Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., ... & Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International journal of critical illness and injury science*, 5(4), 256.

Kutney-lee, A., Wu, E., Sloane, D., & Aiken, L. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes : An analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 195–201.

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176–188.

Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. , Murrells, T., Dussault, G., Henriques. È., ... Rafferty, A. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584–1592.

Lopes, H., Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2.º Série, nº.6 (Fevereiro), p.55-58.

McAndrew, N., Leske, J., & Garcia, A. (2011). Influence of Moral Distress on the Professional Practice Environment During Prognostic Conflict in Critical Care. *Journal of Trauma Nursing*, 18(4), 221–230.

Meleis, A. (2010) *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company

Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5th Edition, Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer

Mendes J., Mergulhão P., Froes F., Paiva J. & Gouveia J. (2020). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para a Abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva*: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
https://www.spci.pt/client_files/covid19/COVID_19_R.pdf.

Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. *Direção Geral da Saúde*, 72 p.

Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014. Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos SU, bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. *Diário da República*, 2.ª série -N.º 153 - 11 de agosto de 2014.
https://dre.pt/pesquisa//search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015- 2020. *Diário da República*, 2.ª série -N.º 28 - 10 de fevereiro de 2015.
<https://dre.pt/application/file/66457154>

Miranda, D., DE Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study. *Critical care medicine*, 24(1), 64-73.

Monroe, M., Morse, E., & Price, J. (2020). The Relationship Between Critical Care Work Environment And Professional Quality Of Life. *American Journal of Critical Care*, 29(2), 145–149.

Moreno, R. & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 23(6), 640–644.

Oliveira, E., Barbosa, R., Andolhe, R., Regina, F., Eiras, F., & Padilha, K. (2017). Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. *Revista Brasileira de Enfermagem [Rev Bras Enferm]*, 70(1), 79–86

Oliveira, V. M., Piekala, D. M., Deponti, G. N., Batista, D. C. R., Minossi, S. D., Chisté, M., ... & Vieira, S. R. R. (2017). Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29, 131-141

Ordem dos Enfermeiros (1998). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro com alterações introduzidas pelo Decreto Lei nº104/98 de 21 de abril (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro REPE)

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Conselho de Enfermagem

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Guia Orientador de Boa Prática para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP)*

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Lei n.º 156/2015 (Código Deontológico alterado e republicado pelo Anexo II Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) Diário da República, N.º 181/2015 Série I de 2015 de 2015-09- 16

Ordem dos Enfermeiros (2015b).Regulamento n.º 361/2015 (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica) Diário da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26 <https://dre.pt/home>

Ordem dos Enfermeiros (2015c).Regulamento n.º 101/2015 (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor) Diário da República n.º 48/2015, Série II de 2015/03/10 <https://dre.pt/home>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 09/2017 Transporte da Pessoa em Situação Crítica da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica). Diário da República n.º 135/2018 - II Série. <https://dre.pt/home>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista). Diário da República n.º 26/2019 - II Série. <https://dre.pt/home>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem). Diário da República n.º 184/2019 - II Série. <https://dre.pt/home>

Paiva, A. (2007) Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol.55, n.º1-2 p. 11-20.

Parker, E. M., Bittner, E. A., Berra, L., & Pino, R. M. (2021). Efficiency of Prolonged Prone Positioning for Mechanically Ventilated Patients Infected with COVID-19. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 2969.

Peters M., Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A. & Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pina, E. Ferreira, E. Marques, A. & Matos, B. (2010) Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. Temático (10): 27-39

Ponseti, E. J., Millán, A. V., & Chinchilla, D. O. (2017). Analysis of complications of prone position in acute respiratory distress syndrome: quality standard, incidence and related factors. *Enfermería Intensiva* (English ed.), 28(3), 125-134.

Robertson, L. & Al-Haddad M. (2013) Recognizing the critically ill patient *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* Volume 14, Issue 1, January Pages 11-14

Stayt, L. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 623-630.

Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, Vol.26, p. 1-10.

Swiger P., Patrician P., Miltner R., Raju D, Breckenridge-Sproat S. & Loan L. (2017). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *Int J Nurs Stud*. Sep;74:76-84

Taccone, P., & Chiumello, D. (2016). Prone positioning in the ICU. In *Oxford Textbook of Critical Care*. Oxford, UK: Oxford University <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199600830.001.0001/med-9780199600830-chapter-99>.

Tvedt, C., Sjetne, I. , Helgeland, J., & Bukholm, G. (2014). An observational study: associations between nurse-reported hospital characteristics and estimated 30-day survival probabilities. *BMJ Quality & Safety*, (April).

Ulrich, B., Lavandero, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: A status report. *Critical Care Nurse*, 34(4), 64–79.

Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67–85.

Watson, E. (2012). Moral Distress: Effects on the Practice Care Environment. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 23(2), 40-42 3p.
<http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=103756647&site=ehost-live>

Weiss, T., Cerda, F., Scott, J., Kaur, R., Sungurlu, S., Mirza, S., ... & Li, J. (2021). Prone positioning for patients intubated for severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) secondary to COVID-19: a retrospective observational cohort study. *British journal of anaesthesia*, 126(1), 48-55.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Folheto de divulgação “Ambiente de Prática de Enfermagem”

Da Evidência Científica

Estudo RN4-CAST - O maior estudo internacional sobre recursos e cuidados de enfermagem.

Artículo ■

Nurse staffing and education and hospital mortality in five European countries: a retrospective observational study

Allen, P., Clarke, R., Mannix, R., et al. (2014). *Journal of the American Medical Association*, 311(17), 1863-1872.

A primeira replicação do estudo RN4-CAST em Portugal identificou que a qualidade do ambiente de prática de enfermagem nos hospitais é pobre e evidenciou a importância de intervenções que promovam a sua melhoria. (Allen et al., 2013; Eivo, Roque, & Amaral, 2015)

A segunda replicação em Portugal decorreu em 2017/18 (5075 participantes, dos quais 72,68% foram de Hospitais).

Este centro Hospitalar participou neste estudo.

Em Síntese

Têm sido desenvolvidas diversas investigações das quais emergem os impactos que as características do Ambiente de Prática profissional dos enfermeiros têm nos **outcomes** profissionais, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde.



Ambiente de Prática de Enfermagem



Enfermeira:
Isabel Melgueira Martins
Estudante Universidade Católica Portuguesa

Cláudia Amaral
Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal



Ambiente de Prática de Enfermagem

Conceito complexo emergente da teoria sociológica das organizações e sociologia do trabalho.

Ganhou relevo na investigação, no início dos anos 80, no contexto norte americano, num contexto de elevada carência de enfermeiros, de onde emergiu a necessidade de identificar as causas de um elevado turnover dos enfermeiros.

Pode se entender como o conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática de enfermagem (Lake, 2002)

Surge associado às dimensões do Magnet Hospital - Hospitais capazes de reter os enfermeiros com elevadas qualificações e onde os indicadores de qualidade dos cuidados prestados são consistentemente elevados.

(Ko, Jiliasian, & TurMay, 2017; Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2004)

Avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem

A Escala PES - NWI (Practice Environment Scale of the Work Nursing Index) é instrumento preferido para medir as características organizacionais do ambiente de trabalho do enfermeiro e o mais utilizado internacionalmente (Ferreira & Amendoeira)

Dimensões da Escala PES - NWI

Ao nível da Organização

- > Participação dos Enfermeiros na Governação Interna do Hospital
- > Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados

Ao nível do Serviço

- > Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros
- > Adequação de Recursos Humanos e Materiais
- > Relação entre Médicos e Enfermeiros

A investigação tem vindo a procurar conhecer os impactos das características do Ambiente de prática profissional dos enfermeiros nos outcomes profissionais, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde



IMPACTOS DA QUALIDADE DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

IMPACTOS



(Allen et al., 2012; Breaux & Rheaume, 2015; Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2008; Leone et al., 2012; Allen, Cairns, Soane, Schiavasi, & Silver, 2002)

A Pessoa Doente - Impactos nos Resultados :

- > Quedas
- > Úlceras por Pressão
- > Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
- > Taxa de Mortalidade
- > Taxa de Reinternamento

Nurse staffing + education + work environment = lower hospital mortality

- Surgical patients in hospitals with better nurse work environments have 13% lower odds on dying.
 - Patients in hospitals with better staffing (two fewer patients per nurse) have 11% lower odds on dying.
 - Patients in hospitals with better educated nurses (20% more BSNs) have 8% lower odds on dying.
- Surgical patients in hospitals that are better on all three have roughly 30% lower odds on dying.

Source: Allen et al., JGIM, 2008

APÊNDICE II

Póster Científico “O Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados
Intensivos: Protocolo de *Scoping Review*”



ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

O Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Protocolo de *Scoping Review*

Autoria: Melgueira, I. - Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no ICS/Universidade Católica Portuguesa
Veludo, F. - Professora Assistente no ICS/Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O constructo "Ambiente de Prática de Enfermagem" assenta no reconhecimento que existem características do contexto de trabalho que podem facilitar ou constranger a prática de enfermagem (Lake, 2002).

A partir dos anos 80, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos, com vista a perceber o impacto da qualidade do ambiente da prática de enfermagem, sobre os enfermeiros (Kutney-Lee, Wu, Sloane & Aiken, 2013; Leone, et al., 2015) e nos *outcomes* da pessoa em situação de doença (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2013; Aiken et al., 2014; Amaral & 2013; Tvedt, Sjetne, Helgeland & Bukholm, 2014).

Na medida em que nesse crescente interesse, não identificámos um foco explícito sobre os contextos de trabalho direcionados para o cuidado da pessoa em situação crítica, em concreto aquele que ocorre em Unidade de Cuidados intensivos (UCI), e tendo em consideração a especificidade deste contexto, decorrente da sua elevada complexidade e permanente incerteza, surge a pertinência em desenvolver esta revisão.

Objetivos: Mapear a evidência científica disponível, publicada na última década, sobre o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão terá como base a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020)

Questões de Revisão		
Quais os instrumentos usados para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem em UCI?		
Qual o impacto identificado nos enfermeiros e no cuidado à Pessoa em situação crítica, associados à qualidade do ambiente de prática de enfermagem?		
Quais as estratégias identificadas com vista a promover a qualidade do ambiente de prática de enfermagem em contexto de UCI?		
P- População	Enfermeiros Instrumentos de medida	A estratégia adotada visa abranger estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas.
C- Conceito	Ambiente de Prática de Enfermagem	
C- Contexto	Impactos nos enfermeiros e no cuidado Estratégias promotoras da qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem UCI	
Termos iniciais de pesquisa (nurses OR nursing AND ("work environment" OR "practice environment") AND (intensive care unit OR icu OR critical care))		



Crítérios de Inclusão - Estudos em idioma português, inglês ou castelhano; com resumos ou textos completos disponíveis de acesso gratuito; com data de publicação de 2009 a 2019; que contenham no título (TI) ou resumo (AB) as palavras-chave identificadas.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

Os resultados serão apresentados de forma narrativa e, sempre que pertinente, com uso de tabelas ou gráficos, de forma a sumarizar os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem, o impacto da qualidade do ambiente de prática de enfermagem sobre os profissionais e a pessoa em situação de doença crítica e as estratégias identificadas como promotoras de melhoria desse ambiente.

CONCLUSÃO Os cuidados de enfermagem em contexto de UCI assumem características peculiares, decorrentes da sua elevada complexidade e constante incerteza. A atual pandemia trouxe uma pressão crescente sobre os serviços de saúde, sobretudo sobre as UCI. O número insuficiente de camas para doentes críticos, a insuficiente de recursos humanos e materiais, a necessidade de formação e treinos dos profissionais, ditada pela rápida e constante evolução do conhecimento sobre o SARS-Cov-2, são desafios crescentes para os enfermeiros das UCI. Neste contexto a existência de um ambiente de prática de enfermagem favorável torna-se uma variável a ponderar e a melhorar, com reconhecidos impactos positivos. A *scoping review* que aqui se propõe desenvolver tem o potencial de fornecer elementos de apoio à tomada de decisão de gestores, com vista a promover a melhoria do ambiente de prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L., Semmes, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 345, f1195.
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Semmes, W., & RNACast Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143-153.
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RNACAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* (London, England), 383(9931), 1189-1197.
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente de prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5(2), 66-74.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-185.
- Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Dumelis, T., Dussault, G., de Jesus, E., ... & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1554-1562.
- Kutney-Lee, A., Wu, E., Sloane, D., & Aiken, L. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. *International journal of nursing studies*, 50(2), 195-201.
- Peters M, Godfrey C, Munnay P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews In: Aromatari E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.gioal>. <https://doi.org/10.46658/JBI.ME.5-20-12>
- Tvedt, C., Sjetne, I., Helgeland, J., & Bukholm, G. (2014). An observational study associations between nurse-reported hospital characteristics and estimated 30-day survival probabilities. *BMJ Quality & Safety*, (April).

APÊNDICE III

Póster Científico “Avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados

Intensivos: uma *Scoping Review*”

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O construto “Ambiente de Prática de Enfermagem” envolve múltiplas dimensões e assenta no reconhecimento que existem características do contexto de trabalho que podem facilitar ou constranger a prática de enfermagem (Lake, 2002). No atual contexto de pandemia, a avaliação e promoção da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) assume uma importância inquestionável, cujos impactos positivos encontram-se confirmados pela evidência científica.

Objetivo: Identificar os instrumentos utilizados para avaliar o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI, com base no mapeamento da evidência científica

MÉTODOS

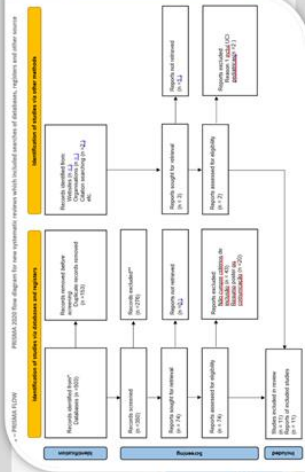
Scoping review respeitando a metodologia do Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020) e seguindo a estratégia PCC (*participants, concept e context*).

Crítérios de inclusão: estudos no idioma português, inglês ou castelhano; com textos completos disponíveis, de acesso gratuito; com data de publicação de 2009 a 2019; que contenham no título (TI) ou resumo (AB), as palavras-chave identificadas, realizados em UCI adultos

Crítérios de exclusão: resumos de comunicações e pósteres, assim como artigos de opinião

Recolha e análise dos dados:

Realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2020
Uso da plataforma EBSCOhost, OpenGrey e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
A estratégia adotada visou abranger estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas.



RESULTADOS E CONCLUSÃO

Todas as publicações apresentavam-se no formato de artigo, e decorreram de estudos primários. Não foi identificado nenhum estudo realizado em Portugal, sendo que oito estudos decorreram nos Estados Unidos e três no Brasil. A maioria dos estudos (7) procuraram relacionar a variável ambiente de prática de enfermagem com outra(s) variáveis, tais como: *Burnout*, *distress* moral, qualidade de vida profissional, infeção associada aos cuidados de saúde, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, satisfação profissional. Os restantes quatro artigos visaram descrever a avaliação da qualidade do ambiente de prática profissional.

A revisão permitiu identificar o uso de três instrumentos diferentes para avaliar o ambiente de prática de enfermagem em contexto de UCI:

Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES–NWI)

5 estudos (Filho, M., Francisco Soares Rodrigues, M., Cimentito, 2018; Filho, Cristina, & Rodrigues, 2019; Hely, Hilda Maria, & Lesh, & Garcia, 2013)

The Critical Elements of a Healthy Work Environment Assessment (HWEA)

4 estudos (L. Kelly, 2017; Moore, Moore, & Price, 2020; Ulrich, Barden, Cassidy, & Van Duren, 2019; Ulrich, Lavender, Woods, & Erby, 2014)

Revised Nursing Work Index (NWI-R)

2 estudos (Babaieali, A.; Cunha, 2013; Oliveira et al., 2017)

A *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES–NWI)* compreende cinco dimensões: adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de aprendizagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos Enfermeiros e relações colegiais entre médicos e enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. C. (2017). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Almeida, A. C., & Veludo, F. (2019). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Almeida, A. C., & Veludo, F. (2020). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Almeida, A. C., & Veludo, F. (2021). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Almeida, A. C., & Veludo, F. (2022). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Almeida, A. C., & Veludo, F. (2023). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Almeida, A. C., & Veludo, F. (2024). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Almeida, A. C., & Veludo, F. (2025). *Prática de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

A PES–NWI é o instrumento mais utilizado, a nível mundial, para avaliar o ambiente de prática de enfermagem (Swiger et al., 2017). A presente revisão evidenciado que essa tendência é mantida, na avaliação da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto específico de UCI. Este instrumento encontra-se traduzido e validado para Português (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012) O seu uso deve ser promovido para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem nas UCI nacionais, permitindo implementar medidas de melhoria e realizar estudos de investigação englobando esta variável.

APÊNDICE IV

Revisão “O Ambiente de Prática de Enfermagem em Contexto de Unidade de Cuidados
Intensivos: Uma *Scoping Review*”

Título: O Ambiente de Prática de Enfermagem em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Uma Scoping Review

Melgueira, I (1); Veludo, F.(2)

(1) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no ICS/Universidade Católica Portuguesa

(2) Professora Assistente no ICS/Universidade Católica Portuguesa

Palavras-chave: enfermagem, unidade cuidados intensivos, ambiente de prática

Introdução e Objetivos

O constructo “Ambiente de Prática de Enfermagem” assenta no reconhecimento que existem características do contexto de trabalho que podem facilitar ou constringer a prática de enfermagem (Lake, 2002).

A partir dos anos 80, inúmeros estudos têm sido desenvolvidos, com vista a perceber o impacto da qualidade do ambiente da prática de enfermagem, quer sobre os enfermeiros (Aiken et al., 2013; Bogaert et al., 2009; Bogaert et al., 2013; Kutney-lee et al. 2013; Leone et al., 2015; Watson, 2012), quer sobre os *outcomes* da pessoa em situação de doença (Aiken et al; 2002; Aiken et al., 2012; Amaral & Ferreira, 2013; Kelly et al. 2013; Tvedt et al.,2014).

Na medida em que esse crescente interesse, não tem incluído um foco explícito sobre os contextos de trabalho direcionados para o cuidado da pessoa em situação crítica, em concreto aquele que ocorre em unidades de cuidados intensivos, e tendo em consideração a especificidade desse contexto, que decorre da uma elevada complexidade e permanente incerteza, surge a pertinência para a realização desta Revisão.

Para compreender qual o impacto da qualidade do ambiente (facilitador ou constringedor) no Cuidado à pessoa em situação crítica, definiu as seguintes questões de revisão:

Quais os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem em UCI?

Qual o impacto identificado, nos enfermeiros e no cuidado à Pessoa em situação crítica, associados à qualidade do ambiente de prática de enfermagem?

Quais as estratégias identificadas com vista a promover a qualidade do ambiente de prática de enfermagem em contexto de UCI?

Materiais e Métodos

Com base na metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), definiu o protocolo de revisão, com vista ao mapeamento da evidência científica disponível, publicada na última década, sobre o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI.

A revisão obedeceu ao formato de pesquisa PCC: Participantes – Enfermeiros; Conceito – Ambiente de Prática de Enfermagem (instrumentos de medida; Impacto no enfermeiro e no cuidado, estratégias promotoras da qualidade do ambiente de prática de enfermagem; Contexto - UCI. A estratégia adotada abrangeu estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas. Foram excluídos resumos de comunicações e pósteres, assim como artigos de opinião.

Com base na metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), definiu o protocolo de revisão, com vista ao mapeamento da evidência científica disponível, publicada na última década, sobre o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI. Foi definido um friso temporal por as publicações atualizadas refletirem de forma mais próxima, a realidade atual das UCI.

A revisão obedeceu ao formato de pesquisa PCC: Participantes – Enfermeiros; Conceito – Ambiente de Prática de Enfermagem (instrumentos de medida; Impacto no enfermeiro e no cuidado, estratégias promotoras da qualidade do ambiente de prática de enfermagem; Contexto - UCI. A estratégia adotada abrangeu estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas.

Foram cumpridas 3 etapas na pesquisa:

Num primeiro momento foi realizada uma pesquisa de artigos indexados em base de dados eletrónicas na área da saúde, limitada às bases CINAHL e MEDLINE. Pretendeu-se, com base no título (TI) e resumo dos artigos (AB) sobre a temática, identificar as palavras-chave e descritores usados. Esses termos foram depois utilizados, na segunda etapa, realizando-se uma pesquisa mais extensiva, usando a plataforma EBSCOhost.

Na terceira etapa foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos identificados, com vista a identificar outros estudos.

Foi ainda consultado o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e efetuada pesquisa *on line* na literatura cinzenta (*opengrey*), recorrendo ao motor de busca Google.

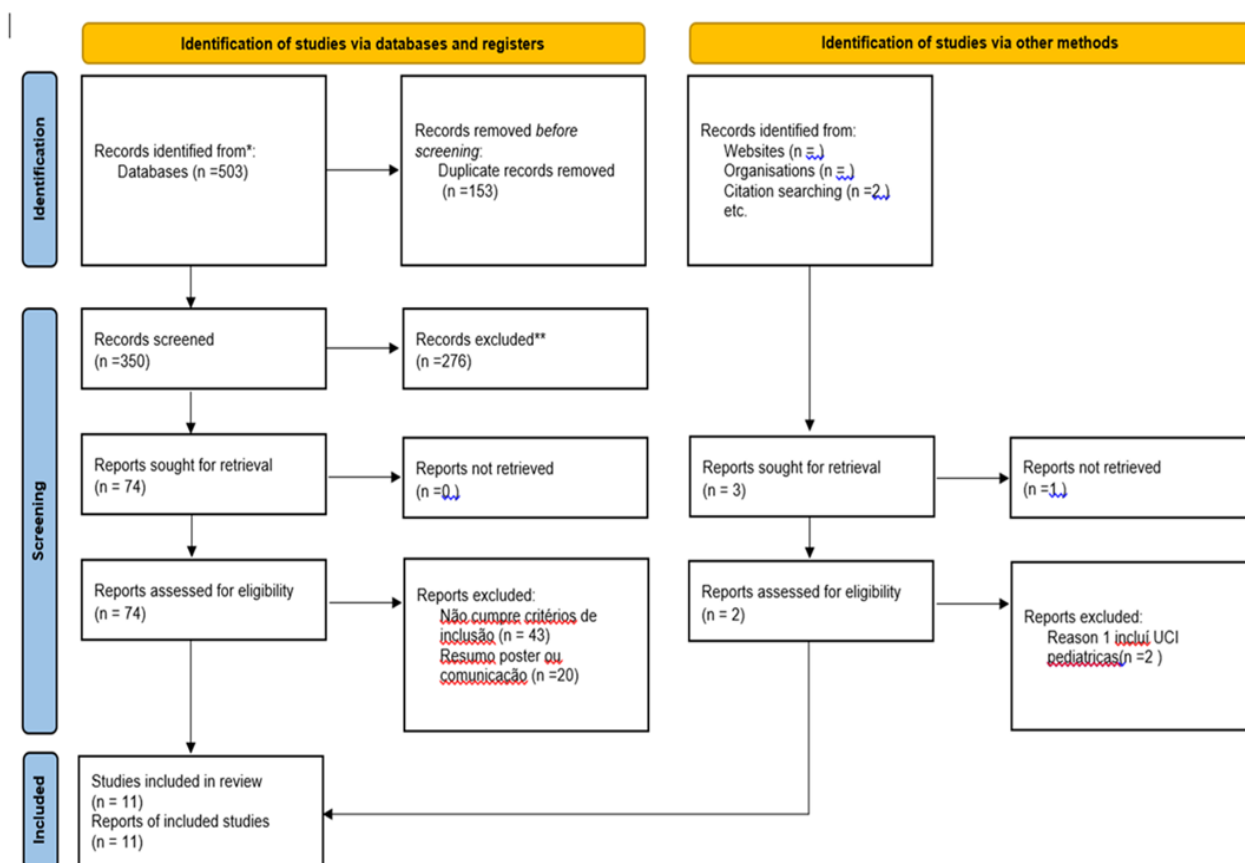
Os termos de pesquisa incluíram: (*nurse OR nursing*) AND (*practice environment OR work environment*) AND (*intensive care unit OR icu OR critical care*).

São definidos como critérios de inclusão: estudos no idioma português, inglês ou castelhano; com resumos ou textos completos disponíveis de acesso gratuito; com data de publicação de 2009 a 2019; que contenham no título (TI) ou resumo (AB), as palavras-chave identificadas.

A recolha e análise dos dados foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2020.

Foram obtidos um total de 503 resultados. Foram eliminados os estudos duplicados e realizada a leitura de todos os títulos e resumos de 350 artigos, verificando a elegibilidade de 74. Seguiu-se a seleção de documentos através da sua leitura integral e a construção do diagrama *Prisma Flow*, representativo deste processo, conforme apresentado na figura 1.

FIGURA 1 – PRISMA FLOW PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other source



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71.

Dado que a análise das listas de referências não permitiu identificar outros estudos que respeitassem os critérios de inclusão, foram selecionadas 11 artigos para integrar a amostra. Todas as publicações decorreram de estudos primários, nenhum dos estudos identificados foi realizado em Portugal, sendo que oito estudos decorreram nos Estados Unidos e três no Brasil.

A maioria dos estudos (7) procuraram relacionar a variável ambiente de prática de enfermagem com outra(s) variáveis, tais como: Burnout, *distress* moral, qualidade de vida profissional, infecção associada aos cuidados de saúde, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, satisfação profissional. Os restantes quatro artigos visaram descrever a avaliação da qualidade do ambiente de prática profissional.

A revisão permitiu identificar o **uso de três instrumentos diferentes** para avaliar o ambiente de prática de enfermagem em contexto de UCI, com prevalência da ***Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES--NWI)***, ao ser usada em cinco dos estudos (Filho et al, 2018; 2019; Hiler et al, 2018; Kelly et al., 2013; McAndrew et al 2011).

A PES—NWI compreende cinco dimensões: adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos enfermeiros e relações colegiais entre médicos e enfermeiros. Foi o instrumento mais utilizado, a nível mundial, para avaliar o ambiente de prática de enfermagem (Swiger et al., 2017), tendo a presente revisão evidenciado que essa tendência é mantida, na avaliação da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto específico de UCI.

De referir que este instrumento encontra-se traduzido e validado para Português (Amaral et al, 2012), o que legitima o seu uso para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem nas UCI nacionais, com vista a implementar medidas de melhoria e realizar estudos de investigação englobando esta variável.

Os outros instrumentos utilizados foram: a ***Healthy Work Environment Assessment (HWEA)*** em quatro dos estudos (L. Kelly, 2017; Monroe, et al, 2020; Ulrich et al 2019; Ulrich et al, 2014) e a versão brasileira validada da ***Revised Nursing Work Index (NWI-R)*** em restantes dois estudos (Balsanelli & Cunha, 2013; Oliveira et al., 2017).

O instrumento HWEA tem por base os standards reconhecidos pela *American Association of Critical-Care Nurses* como presentes nas instituições *Magnet* (aquelas que obtém melhores resultados em vários níveis, levando a baixos números de turnover). O instrumento NWI-R abrange as dimensões: autonomia, relação cordial entre enfermeiro e médico, controle sobre o ambiente da prática profissional e suporte organizacional.

Relativamente ao **impacto nos enfermeiros e na pessoa cuidada**, associados à qualidade do ambiente de prática de enfermagem, esta revisão evidência impactos negativos nos *outcomes* dos enfermeiros de UCI, associados à pobre qualidade do ambiente de prática de enfermagem, tais como: o **Distress Moral** (Hiler et al., 2018; McAndrew et al., 2011) ; o **Burnout** (Filho et al., 2019) e a **Fadiga por Compaixão** (L. Kelly, 2017). Foram também identificadas relações entre a qualidade do ambiente de prática de enfermagem e a **satisfação profissional** (Oliveira et al., 2017) e a **qualidade de vida dos enfermeiros** (Monroe et al., 2020).

No que se refere aos *outcomes* da pessoa em situação crítica foi verificada a relação do ambiente de qualidade da prática de enfermagem e a **infecção associada aos cuidados de saúde** reconhecida pelos enfermeiros (Kelly et al., 2013).

As **estratégias de melhoria da qualidade do ambiente de prática de enfermagem**, que emergiram desta revisão, também são diversas, no entanto existe um predomínio para os **aspectos de comunicação e relacionais**. Pode-se destacar a **liderança efetiva em enfermagem** (Filho et al., 2018, 2019; Balsanelli & Cunha, 2013; Monroe et al., 2020) e a importância da equipa e os gestores desenvolverem estratégias para **promover as relações colegais entre médicos e enfermeiros** como medida para reduzir o *distress* moral dos enfermeiros em contexto de UCI (McAndrew et al., 2011).

Os enfermeiros com funções de gestão, na unidade ou a nível da organização devem também promover o **engagement** dos enfermeiros (Filho et al., 2019; Monroe et al., 2020; Ulrich et al 2019) na medida em que existe uma relação positiva entre esta varável e a qualidade do ambiente de prática de enfermagem. São igualmente relevantes aspetos como a **autonomia, a participação nas decisões, o reconhecimento e controlo das práticas** (Oliveira et al., 2017; McAndrew et al., 2011; Monroe et al., 2020). Balsanelli et al defendem que a implementação de **modelo de trabalhos centrados na pessoa doente**, assim como **adequados modelos de gestão** (2013) trazem melhorias no ambiente de prática de enfermagem, tanto nos contextos dos hospitais públicos como nos privados.

Outra das estratégias identificadas é a **aplicação do instrumento para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem** (Ulrich et al, 2014; Kelly et al., 2013; L. Kelly, 2017), assim como a análise/partilha dos resultados alcançados e a melhorar (Kelly et al., 2013).

Foram ainda referenciados ao aspetos relativo à **adequação das dotações** (Monroe et al., 2020; Ulrich et al 2019; L. Kelly, 2017)) e a importância destas não contemplarem apenas o número de

elementos da equipa, mas também a **experiência profissional e competências** (L. Kelly, 2017). A **melhoria nos recursos** materiais, tecnológicos e financeiros foram também apontados como estratégias com impacto no ambiente de prática de enfermagem (Oliveira et al., 2017; Filho et al., 2018; Ulrich et al 2019).

O quadro 1, sintetiza a análise realizada aos 11 estudos que foram seleccionados, tendo em consideração as questões de investigação definidas.

Quadro 1- Análise dos estudos selecionados

Referencia Bibliográfica/País	Objetivos	Características Metodológicas Desenho estudo/Amostra/Instrumento	Principais resultados	Estratégias relativas ao ambiente de prática de enfermagem
Filho, F. A., Cristina, M., & Rodrigues, S. (2019). Burnout in Brazilian Intensive Care Units : A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. <i>AACN Advanced Critical Care</i> , 30(1), 16–21. BRASIL	Estudar o <i>burnout</i> em enfermeiros e técnicos de enfermagem de cuidados intensivos do Brasil.	Estudo Quantitativo 209 Enfermeiros e técnicos de enfermagem de 4 unidades de cuidados intensivos (UCI) Instrumentos: <i>Practice Work Environment</i> (PES) e Escala <i>Maschal CINAHL</i> -4	Foi evidente relação entre a escala ambiente de prática de enfermagem e as subescalas de <i>burnout</i> . Melhoria na carga de trabalho e na qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem influência positiva nos níveis de <i>burnout</i> dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.	Melhoria nos aspectos do ambiente de prática como: promover o <i>engagement</i> e a liderança efetiva, delegação e comunicação entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros e técnicos de enfermagem.
Oliveira, E., Barbosa, R., Andolhe, R., Regina, F., Eiras, F., & Padilha, K. (2017). Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. <i>Revista Brasileira de Enfermagem [Rev Bras Enferm]</i> , 70(1), 79–86. BRASIL	Analisar a associação entre o ambiente das práticas de enfermagem e a satisfação profissional em cuidados intensivos	Estudo transversal, analítico e quantitativo 287 Enfermeiros e técnicos de enfermagem de 8 UCI Instrumentos: <i>Nursing Work Index-Revised</i> (NWI-R), nas versões resumidas e Índice de Satisfação Profissional (ISP). MEDLINE -6	O ambiente foi favorável para autonomia e relações médicos/enfermeiros e apresentou fragilidade para controle das práticas e suporte organizacional. O score ISP indicou baixa satisfação profissional. As variáveis “ambiente das práticas”, “tempo de trabalho em UTI” e “disposição para o trabalho” foram associadas à satisfação profissional.	Os gestores de enfermagem devem investir na melhoria de recursos materiais, tecnológicos e recursos humanos, assim como promover a autonomia para participar nas decisões e controlo das práticas. Os aspectos relacionais e o suporte organizacional tem igualmente impacto na satisfação profissional e melhoria ambiente de prática profissional.
Filho, M. Francino; Soares Rodrigues, M.; Cimiotti, J. (2018). Nursing practice environment in intensive care units. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 31(2), 217–223 BRASIL	Analisar o ambiente de prática de enfermagem em UCI	Estudo descritivo, de abordagem quantitativa 209 Enfermeiros Instrumentos: <i>Practice Work Environment</i> (PES) CINAHL -9	O ambiente da prática de enfermagem nas UCI desfavorável. Os enfermeiros consideraram desfavoráveis quatro das cinco dimensões do ambiente da prática profissional: participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares; fundamentos de enfermagem, habilidade, liderança e suporte das chefias e adequação de recursos humanos e materiais. Apenas a dimensão relações colegiais entre enfermeiros e médicos apresentou avaliação positiva. Os enfermeiros consideraram os ambientes de prática mais desfavoráveis do que técnicos de enfermagem.	Adequação de recursos humanos e materiais permite alcançar melhoria no ambiente de prática de enfermagem. Administradores, gestores e políticos devem considerar investimentos no ambiente de prática de enfermagem
Balsanelli, A.; Cunha, I. (2013). The work environment in public and private intensive care units. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 26(6), 561–569. BRASIL	Analisar o ambiente de prática de enfermagem em UCI de hospitais públicos e privados	Estudo transversal 66 Enfermeiros de 4 UCI Instrumento: <i>Nursing Work Index Revised</i> (B-NWI-R) versão brasileira validada CINAHL -19	As quatro UCI analisadas apresentaram ambiente favorável à prática de Enfermagem. O fato de pertencer a hospitais privados ou públicos não foi significativo na análise	Importância de estarem implementados modelo de trabalhos centrados na pessoa doente e adequados modelos de gestão.

<p>Hiler, C., Hickman, R., Reimer, A., & Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. <i>Critical-Care Nurses [Am J Crit Care]</i>, 27(1), 59–66 USA</p>	<p>Explorar as relações entre o grau de <i>distress</i> moral, o ambiente de prática de enfermagem e a segurança do doente em enfermeiros de cuidados intensivos</p>	<p>Estudo descritivo correlacional 328 Enfermeiros de UCI Instrumentos: <i>Practice Work Environment</i> (PES) e <i>Moral Distress Scale</i> MEDLINE -24</p>	<p>O <i>distress</i> moral foi modestamente associado a percepções negativas do ambiente de prática e segurança do doente. Satisfação no trabalho, ambiente de prática, e a idade do participante teve significado estatístico significativa enquanto preditores de <i>distress</i> moral.</p>	<p>Promover o ambiente de prática saudável promovendo as relações colegiais reduz o <i>distress</i> moral nos enfermeiros que trabalham em UCI</p>
<p>Monroe, M., Morse, E., & Price, J. (2020). The Relationship Between Critical Care Work Environment And Professional Quality Of Life. <i>American Journal of Critical Care</i>, 29(2), 145–149 USA</p>	<p>Explorar de que forma os Padrões definidos pela AACN como necessários para estabelecer e manter um ambiente de trabalho saudável tem relação com a qualidade de vida profissional em UCI</p>	<p>Estudo exploratório 219 Enfermeiros de 4 UCI Instrumentos: <i>AACN Healthy Work Environment Assessment Tool</i> (HWEAT) e <i>ProQOL</i> CINAHL 36</p>	<p>Os participantes reportaram níveis médios de satisfação por compaixão e <i>burnout</i> e níveis altos para stress por trauma secundário.</p> <p>A média obtida a partir dos 6 standards de ambiente de trabalho saudável da AACN foi boa. A análise de regressão múltipla revelou que a verdadeira colaboração, tomada de decisão eficaz e liderança autêntica são preditores significativos de satisfação de compaixão. Liderança autêntica foi o único preditor para <i>burnout</i>.</p> <p>Foram preditores de stress por trauma secundário a liderança autêntica, o reconhecimento do significado e staffing apropriado.</p>	<p>Prioriza a importância da liderança efetiva, pela relação que tem com a qualidade de vida profissional dos enfermeiros. Participação nas decisões, empowement influenciam o trauma secundário pelo stress. Dotações adequadas são igualmente importantes.</p>
<p>Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. <i>Critical Care Nurse</i>, 39(2), 67–85 USA</p>	<p>Avaliar os elementos críticos do ambiente saudável da prática profissional em UCI</p>	<p>Estudo descritivo 8444 Enfermeiros de membros da American Association of Critical-Care Nurses (AACN) Instrumentos: <i>American Association of Critical-Care Nurses' Healthy Work Environment standards</i> CINAHL -52</p>	<p>Foi verificada uma melhoria da qualidade do ambiente de prática de enfermagem em UCI, desde a avaliação anterior, no ano de 2013. Existem áreas de grande preocupação nomeadamente pela intenção de um terço dos participantes, mudarem o seu atual local de trabalho. Mais de 60% dos participantes reportaram que os elementos das equipas de enfermagem são insuficientes (em numero e adequação de competências).</p>	<p>Promover o <i>engagement</i>, o reconhecimento do significado e a intolerância ao abuso verbal. Melhorar as competências em lideranças dos enfermeiros gestores. Ter orçamentos e equipas dimensionadas de forma adequada à realidade</p>
<p>McAndrew, N., Leske, J., & Garcia, A. (2011). Influence of Moral Distress on the Professional Practice Environment During</p>	<p>Descrever os níveis de <i>distress</i> moral dos enfermeiros de UCI e o efeito do</p>	<p>Estudo descritivo correlacional 78 enfermeiros Instrumentos: <i>Practice Work Environment</i> (PES) e <i>Moral Distress Scale</i> (MDS)</p>	<p>A intensidade do <i>distress</i> moral apresentou correlação inversa com a subescala relações colegiais entre médicos e enfermeiros, enquanto a</p>	<p>A equipa e os gestores precisam de desenvolver estratégias para promover as relações colegiais entre médicos e enfermeiros como medida para reduzir o <i>distress</i></p>

Prognostic Conflict in Critical Care. <i>Journal of Trauma Nursing</i> , 18(4), 221–230 USA	<i>distress</i> moral nos ambientes de prática profissional	CINAHL -88	frequência do <i>distress</i> moral apresentou correlação inversa com todas as subescalas, exceto a que respeita a fundamentos para a qualidade do cuidado.	moral dos enfermeiros em contexto de UCI. O trabalho de equipa, a comunicação e a promoção da autonomia são estratégias que devem ser estudadas visando diminuir o <i>distress</i>
Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E., & Aiken, L. (2013). The Critical Care Work Environment And Nurse Reported Health Care Associated Infections. <i>American Journal of Critical Care</i> , 22(6), 482–489. USA	Determinar se o ambiente de prática de enfermagem em UCI é ou não preditor do relato da infeção associada aos cuidados de saúde	Estudo retrospectivo 3217 Enfermeiros de cuidados intensivos de 320 hospitais. Instrumentos: Instrumentos: <i>Practice Work Environment</i> (PES) CINAHL -90	Os enfermeiros que trabalhavam em ambiente de prática mais favorável reportaram mais baixas infeções associadas aos cuidados de saúde. As subescalas do ambiente de prática de enfermagem com scores mais baixos foram a participação dos enfermeiros e a adequação de recursos humanos e materiais, assim como a liderança e suporte do enfermeiro gestor	Aplicação do instrumento para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem, divulgar e discutir os resultados alcançados. Analisar os dados de IACS e se as estratégias implementadas estão a funcionar Criar um modo de divulgação, como um boletim, para promover os standard definidos pela AACNN
Kelly, L. & Todd, M. (2017). Compassion Fatigue and the Healthy Work Environment. <i>Advanced Critical Care</i> , 28(4), 351–358. USA	Examinar qual a importância dos standards do ambiente de trabalho saudável para a fadiga por compaixão (eg, <i>burnout</i> , trauma secundário) E satisfação por compaixão	Estudo descritivo e quantitativo 105 Enfermeiros de 3 UCI Instrumentos: <i>American Association of Critical-Care Nurses' Healthy Work Environment standards e Quality of Life Scale (ProQol)</i> CINAHL -93	Os resultados mostraram que os 5 componentes do <i>Healthy Work Environment</i> foram preditores para o <i>burnout</i> enquanto a atribuição de significado e a liderança autêntica foram preditores para a satisfação por compaixão.	A dotação de enfermagem em UCI não deve só contemplar o número de elementos da equipa, mas também a experiência profissional e competências É importante uma gestão partilhada, melhorar a comunicação. O enfermeiro gestor deve implementar os standard definidos pela AACNN
Ulrich, B., Lavandero, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: A status report. <i>Critical Care Nurse</i> , 34(4), 64–79. USA		Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive - 104		Aplicação do instrumento para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem É necessária uma boa comunicação e uma verdadeira colaboração entre a organização, os enfermeiros gestores e a equipa de enfermagem, para melhorar a segurança e os <i>outcomes</i> da pessoa doente

Discussão

A literatura permitiu identificar o uso de instrumentos diversos para avaliar o ambiente de prática de enfermagem nas UCI, embora com prevalência do PES, em harmonia com o que ocorre a nível mundial: (Swiger et al., 2017). Foi evidenciado o impacto das variáveis do ambiente de prática de enfermagem sobre os *outcomes* do enfermeiro e da pessoa em situação

crítica, de onde é realçado a importância da qualidade do ambiente de prática de enfermagem saudável.

O ambiente de prática de enfermagem é um complexo constructo, que abrange múltiplas dimensões, que nenhum dos instrumentos abrange na sua totalidade. Os estudos com instrumentos diferentes dificulta a comparação entre serviços, hospitais e países, atrasando os avanços na construção de evidências científicas fortes neste domínio.

Foram identificadas estratégias que visam a melhoria da qualidade do ambiente de prática de enfermagem, devendo ser reconhecido o impacto da sua qualidade nos cuidados de saúde. Nestas estratégias o enfermeiro especialista, considerando os seus domínios de competência, pode assumir um papel preponderante no desenvolvimento e implementação destas estratégias, quer junto dos enfermeiros gestores, quer no seio da equipa multidisciplinar.

Conclusão

Os cuidados de enfermagem em contexto de UCI assumem características peculiares, decorrentes da sua elevada complexidade e constante incerteza. A atual pandemia trouxe uma pressão crescente sobre os serviços de saúde, sobretudo sobre as UCI. O número insuficiente de camas para doentes críticos, a insuficiente de recursos humanos e materiais, a necessidade de formação e treinos dos profissionais, ditada pela rápida e constante evolução do conhecimento sobre o SARS-Cov-2, são desafios crescentes para os enfermeiros das UCI. Neste contexto a existência de um ambiente de prática de enfermagem favorável torna-se uma variável a ponderar e a melhorar, com impactos positivos reconhecidos pela evidência científica.

Embora salvaguardando a necessidade de uma pesquisa mais exaustiva, a presente *scoping review* fornece importantes elementos de apoio à tomada de decisão de gestores, com vista a promover a melhoria do ambiente de prática de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Aiken, L. , Clarke, S. , Sloane, D. , Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. , Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344(March), e1717.
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Rn4cast Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143-153.
- Amaral, A.; Ferreira, P. & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PESNWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, September- December, 5(3), 280-288.
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5(2), 66–74.
- Balsanelli, A.& Cunha, I. (2013).The work environment in public and private intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 561-568.
- Bogaert, P. , Clarke, S., Vermeyen, K., & Meulemans, H. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals : Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 55–65.
- Bogaert, P. , Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 357–365.
- Filho, F., Rodrigues, M., & Cimiotti, J.. (2018). Nursing practice environment in intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 217–223.
- Filho, F., Rodrigues, M., & Cimiotti, J.. (2019). Burnout in Brazilian Intensive Care Units : A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. *AACN Advanced Critical Care*, 30(1), 16–21.
- Hiler, C., Hickman, R., Reimer, A., & Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *Critical-Care Nurses [Am J Crit Care]*, 27(1), 59–66.
- Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E., & Aiken, L. (2013). The Critical Care Work Environment And Nurse Reported Health Care Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482–489.
- Kelly, L. (2017). Compassion Fatigue and the Healthy Work Environment. *Advanced Critical*

Care, 28(4), 351–358.

Kutney-lee, A., Wu, E., Sloane, D., & Aiken, L. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 195–201.

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176–188.

Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J., Murrells, T., Dussault, G., Henriques, È., ... Rafferty, A. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584–1592.

McAndrew, N., Leske, J., & Garcia, A. (2011). Influence of Moral Distress on the Professional Practice Environment During Prognostic Conflict in Critical Care. *Journal of Trauma Nursing*, 18(4), 221–230.

Monroe, M., Morse, E., & Price, J. (2020). The Relationship Between Critical Care Work Environment And Professional Quality Of Life. *American Journal of Critical Care*, 29(2), 145–149.

Oliveira, E., Barbosa, R., Andolhe, R., Regina, F., Eiras, F., & Padilha, K. (2017). Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. *Revista Brasileira de Enfermagem [Rev Bras Enferm]*, 70(1), 79–86

Peters M., Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A., Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Swiger P., Patrician P., Miltner R., Raju D, Breckenridge-Sproat S., Loan L. (2017). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *Int J Nurs Stud*. Sep;74:76-84

Tvedt, C., Sjetne, I., Helgeland, J., & Bukholm, G. (2014). An observational study: associations between nurse-reported hospital characteristics and estimated 30-day survival probabilities. *BMJ Quality & Safety*, (April).

Ulrich, B., Lavandero, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: A status report. *Critical Care Nurse*, 34(4), 64–79.

Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67–85.

Watson, E. (2012). Moral Distress: Effects on the Practice Care Environment. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 23(2), 40-42 3p.

APÊNDICE V

Cartaz informativo sobre técnica ISBAR Tripulantes de Ambulância

ISBAR



Serviço de
Urgência
Geral

A COMUNICAÇÃO SALVA VIDAS

ISBAR é uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde, reconhecida por promover a **SEGURANÇA DO DOENTE**. A mnemónica ISBAR permite de forma simples organizar a transmissão da informação de



IDENTIFICAÇÃO - IDENTIFICATION

- Sou ... (nome e função) → Estou a falar com... (identifique o interlocutor)
- Estou a transportar o/a Sr. (a)... (nome e idade)
- Veio de... (localidade e se veio do domicílio, Lar, via pública...)



SITUAÇÃO ATUAL - SITUATION

- Fomos chamados por queixas de...
- Os sintomas/problemas apresentados são...
- As queixas tiveram início às ... (hora de início)



ANTECEDENTES - BACKGROUND

- Antecedentes clínicos → Níveis de dependência
- Terapêutica → Alergias → Diretivas antecipadas de vontade
- Situação social → OUTRA INFORMAÇÃO PERTINENTE



AVALIAÇÃO - ASSESSMENT

- Alterações significativas do estado de saúde
- Os sinais vitais são... (incluir avaliação da dor)
- A medicação em SOS administrada foi... (hora, medicamento e via)
- Avaliação da eficácia de outras medidas implementadas



RECOMENDAÇÕES - RECOMMENDATION

- Seja claro sobre o que está a recomendar e porquê, **Ex** (pode ser necessário acompanhante porque...) → A família/cuidador informal encontra-se lá fora e...

TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO OPORTUNA,
PRECISA E COMPLETA, NA TRANSIÇÃO DE
CUIDADOS: DIMINUI ERROS, DIMINUI O TEMPO
DA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS, PROMOVE O
PENSAMENTO CRÍTICO ENTRE PROFISSIONAIS

Consulte:




Norma DGS
001/2017
Comunicação
eficaz na transição
de cuidados de



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

APÊNDICE VI

Guia Orientador Registos Enfermagem SClínico



**REGISTOS DE ENFERMAGEM
NO SCLÍNICO
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

INTRODUÇÃO

A parametrização dos conteúdos dos Sistemas de informação em Enfermagem por unidade visa a adequação dos itens de informação ao contexto específico, sendo necessária a sua atualização ao longo do tempo.

A reflexão baseada na ação, realizada pelos enfermeiros utilizadores, constitui assim o elemento impulsionador deste processo de melhoria contínua da qualidade. Nesta ótica, o presente documento foi construído em parceria com as enfermeiras que constituem o Grupo Dinamizador do SClínico da Unidade de Cuidados Intensivos e tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Intervenções de Diagnóstico Frequentes



Avaliar Autocuidado
Avaliar autocuidado: higiene
Avaliar autocuidado: vestuário
Avaliar autocuidado: uso do sanitário
Avaliar o posicionar-se
Avaliar o alimentar-se
Avaliar risco de queda



Avaliar confusão



Avaliar agitação
Avaliar edema
Avaliar limpeza das vias aéreas
Avaliar maceração
Avaliar movimento muscular
Avaliar pele
Avaliar perda sanguínea
Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional
Avaliar risco de úlcera de pressão
Avaliar ventilação
Avaliar dor
Avaliar o expetorar

Planificação
Focos de Atenção, Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções (uso frequente)

Foco de atenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Horários	Notas/Alertas
Auto cuidado Avaliar auto cuidado	Independente no auto cuidado	Avaliar auto cuidado		
		Assistir no sentar-se		
	Auto cuidado Dependente, em Grau Reduzido Moderado Elevado	Assistir no levantar-se		
		Assistir no alimentar-se		
		Assistir no transferir-se		
		Assistir no posicionar-se		
		Assistir no auto cuidado beber		
		Assistir no auto cuidado uso do sanitário		
		Assistir no auto cuidado vestuário		
		Assistir no auto cuidado higiene		
Autocuidado: higiene Avaliar autocuidado: higiene	Independente no auto cuidado higiene	Avaliar autocuidado: higiene		
		Assistir no auto cuidado higiene		
	Autocuidado: higiene Dependente, em Grau Reduzido Moderado Elevado	Incentivar o auto cuidado higiene com dispositivos		
		Instruir sobre o auto cuidado higiene com dispositivos		
		Dar banho na cama		
		Ensinar sobre higiene oral		
		Assistir no auto cuidado higiene da boca		
		Lavar a boca		
Autocuidado: vestuário Avaliar autocuidado: Vestuário	Independente no auto cuidado vestuário	Avaliar autocuidado: Vestuário		
		Assistir no auto cuidado vestuário		
	Autocuidado: vestuário Dependente, em Grau Reduzido Moderado Elevado	Incentivar o auto cuidado vestuário com dispositivos		
		Instruir sobre o auto cuidado vestuário com dispositivos		
		Vestir		
Auto cuidado: uso do sanitário Avaliar autocuidado: uso do sanitário	Independente no auto cuidado uso do sanitário	Avaliar autocuidado: uso do sanitário		
		Providenciar dispositivos para o uso do sanitário		

Foco de atenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Horários	Notas/Alertas
	Autocuidado: uso do sanitário Dependente, em Grau Reduzido Moderado Elevado	Assistir no auto cuidado uso do sanitário		
Posicionar-se Avaliar o posicionar-se	Posicionar-se Dependente, em Grau Reduzido Moderado Elevado	Avaliar o posicionar-se		
		Assistir no posicionar-se		
		Incentivar a posicionar-se		
		Instruir a posicionar-se com dispositivos		
		Posicionar para a refeição		
		Posicionar		
Alimentar-se Avaliar o alimentar-se	Alimentar-se Dependente, em Grau Reduzido Moderado Elevado	Avaliar o alimentar-se		
		Incentivar a alimentar-se		
		Supervisionar a dieta		
		Assistir no alimentar-se		
		Instruir no alimentar-se		
		Alimentar/ Alimentar através de sonda/ alimentar através de estoma		
Eliminação intestinal	FOCO	Monitorizar eliminação intestinal		
		Vigiar eliminação intestinal		
		Auscultar ruídos intestinais		
Eliminação urinária	FOCO	Vigiar eliminação urinária		
		Monitorizar eliminação urinária		
		Avaliar risco de retenção urinária		
Estado Nutricional ID - Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional	FOCO	Monitorizar índice de massa corporal		
		Monitorizar estado nutricional		
		Requerer serviço médico		
		Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional		
Movimento muscular ID - Avaliar movimento muscular	FOCO	Avaliar movimento muscular		
		Avaliar potencial para melhorar o conhecimento		
		Avaliar potencial para melhorar a capacidade		
		Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular		

Foco de atenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Horários	Notas/Alertas
		Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular		
Expetorar Id – Avaliar o expetorar	Expetorar Comprometido	Avaliar o expetorar		
		Incentivar a expetorar		
		Vigiar as secreções		
		Aspirar secreções		
		Estimular a tossir		
		Incentivar a tossir		
		Gerir inaloterapia		
		Executar inaloterapia		
		Executar cinesiterapia respiratória		
		Incentivar a ingestão de líquidos		
		Vigiar respiração		
<i>Indicador de Enfermagem</i> Dor ID - Monitorizar dor	Sem dor	Monitorizar dor		
	Dor, em Grau: Muito elevado	Vigiar dor		
	Elevado	Vigiar sedação		
	Moderado Reduzido	Vigiar bloqueio motor		
<i>Indicador de Enfermagem</i> Queda ID - Avaliar risco de queda	Sem risco de queda	Avaliar risco de queda		
	Baixo risco de queda	Assistir no andar		
	ou	Baixar cama		
	Alto risco de queda	Elevar grades da cama		
	Presente /ausente	Gerir ambiente		
		Referir Queda		
<i>Indicador de Enfermagem</i> Úlcera de pressão ID - Avaliar risco de úlcera de pressão	Sem risco de UP	Avaliar risco de UP		
	Baixo risco de UP ou	Aplicar dispositivos de prevenção de UP		
	Alto risco de UP	Aliviar zona de pressão através de dispositivos		
		Aplicar creme		
		Vigiar sinais de UP		
		Incentivar a posicionar-se		
		Posicionar		
Pele		Avaliar pele		

Foco de atenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Horários	Notas/Alertas
ID - Avaliar Pele	Pele Comprometida (seca/húmida)	Avaliar integridade da pele		
		Limpar a pele (húmida)		
		Aplicar creme		
		Proteger pele através de dispositivos		
Maceração ID - Avaliar risco de maceração	Risco Maceração Ausente/ Presente	Avaliar risco de maceração		
		Avaliar maceração		
		Otimizar fralda		
		Trocar fralda		
		Manter a pele seca		
		Aplicar protetor cutâneo		
		Otimizar dispositivos de ostomia		
		Vigiar pele periférica ao estoma		
		Vigiar estoma		
Edema ID - Avaliar edema	Edema Ausente/ Presente	Avaliar edema		
		Monitorizar ingestão de líquidos		
		Monitorizar peso corporal		
		Elevar parte do corpo		
		Massajar		
Ventilação ID - Avaliar Ventilação	Ventilação Comprometida	Avaliar Ventilação		
		Monitorizar parâmetros do ventilador		
		Vigiar adaptação ao ventilador		
		Posicionar para otimizar ventilação		
		Incentivar o repouso		
		Vigiar respiração		
		Gerir oxigenoterapia		
		Executar inaloterapia		
		Otimizar inaloterapia		
		Elevar a cabeceira da cama		
		Posicionar		
Executar técnica de reeducação diafragmática				

Foco de atenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Horários	Notas/Alertas
		Executar técnica costal inferior bilateral		
		Executar técnica costal inferior unilateral		
		Incentivar a executar técnica respiratória		
		Otimizar inaloterapia		
		Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória		
		Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos ventilatórios		
Limpeza das vias aéreas ID - Avaliar limpeza das vias aéreas	Limpeza das vias aéreas comprometida	Avaliar limpeza das vias aéreas		
		Vigiar reflexo de tosse		
		Vigiar tosse		
		Vigiar as secreções		
		Vigiar respiração		
		Avaliar conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas		
		Avaliar capacidade para promover a limpeza das vias aéreas		
Ferida cirúrgica	Ferida cirúrgica Presente	Aplicar protocolo		
		Avaliar ferida cirúrgica		
		Vigiar ferida cirúrgica		
		Monitorizar ferida cirúrgica		
		Vigiar líquido de drenagem		
		Vigiar eliminação do líquido através do dreno		
		Remover dreno		
		Vigiar penso da ferida cirúrgica		
		Aplicar penso compressivo		
		Executar tratamento à ferida cirúrgica		
		Executar tratamento ao local de inserção do dreno		
		Remover material de sutura		
Perda sanguínea ID - Avaliar perda sanguínea	Perda Sanguínea Ausente/ Presente	Avaliar perda sanguínea		
		Monitorizar líquido de drenagem		
		Vigiar líquido de drenagem		
Agitação	Agitação	Avaliar agitação		

Foco de atenção	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Horários	Notas/Alertas
ID - Avaliar agitação	Ausente/ Presente	Avaliar resposta comportamental		
		Vigiar a ação do doente		
		Restringir a atividade física		
		Aplicar dispositivo de imobilização		
Confusão ID - Avaliar confusão	Confusão Ausente Presente - Confusão ligeira Confusão moderada a severa	Avaliar confusão		
		Avaliar orientação		
		Avaliar confusão		
		Executar medidas de segurança		

ATITUDES TERAPÊUTICAS

Atitudes Terapêuticas	Intervenções	Horários	Normas/Notas/Alertas
Cuidados com cateter urinário	Trocar cateter urinário		<ul style="list-style-type: none"> Material da Algália: 100% silicone, látex com revestimento silicone Tipo de Algália: Foley, Bequille, 3 vias (irrigação contínua ou regular) Calibre (Adulto ch 12, 14, 16, 18, 20 e 22) Preenchimento do balão: 5ml, 10ml ou 15ml Fixação: coxa direita, coxa esquerda, região supra púbica – zona direita, região supra púbica – zona central, região supra púbica – zona esquerda Motivo Algáliação: Prescrição Médica ou Diagnóstico de Enfermagem Cumprimento de técnica asséptica: no procedimento de cateterismo vesical e na conexão ao sistema de drenagem
	Otimizar cateter urinário		<ul style="list-style-type: none"> Manuseamento sistema de drenagem de forma individualizada, com técnica limpa, correta higiene das mãos, uso de luvas e avental, manutenção constante da conexão cateter ao sistema drenagem Higiene diária do meato urinário – pelo próprio ou pelos profissionais Cateter vesical seguro, com saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga, esvaziamento do saco sempre que atingido 2/3 da sua capacidade Ações de educação para a saúde da pessoa/familiares sobre prevenção da infecção associada ao cateter vesical Verificação diária e registo da necessidade de manter cateter vesical Fixação cateter: Coxa direita Fixação cateter: Coxa esquerda Fixação cateter: Região suprapúbica – zona direita Fixação cateter: Região suprapúbica – zona central Fixação cateter: Região suprapúbica – zona esquerda

Atitudes Terapêuticas	Intervenções	Horários	Normas/Notas/Alertas
	Inserir cateter urinário		
	Remover cateter urinário		
	Vigiar tubo/sonda/Cânula		
	Clampar cateter		
Cuidados com o Cateter Venoso Central Especificar localização e nº lumens	Executar tratamento ao local de inserção do cateter central		
	Otimizar cateter venoso central		
	Vigiar penso do cateter		
	Vigiar local de inserção do cateter		
	Trocar dispositivos de perfusão		
	Vigiar sinais inflamatórios		
	Remover cateter venoso central		
Cuidados com Cateter Venoso Periférico	Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico		
	Otimizar cateter venoso periférico		
	Vigiar penso do cateter		
	Vigiar local de inserção do cateter		
	Remover cateter venoso periférico		
	Trocar cateter venoso periférico		
	Vigiar sinais inflamatórios		
	Trocar dispositivos de perfusão		
Cuidados com Cateter arterial	Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial		
	Optimizar cateter arterial		
	Vigiar penso do cateter		
	Vigiar local de inserção do cateter		

Atitudes Terapêuticas	Intervenções	Horários	Normas/Notas/Alertas
	Trocar dispositivos de perfusão		
Cuidados com cateter epidural	Vigiar penso do cateter		
	Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural		
	Otimizar cateter epidural		
	Vigiar local de inserção do cateter		
Monitorização Eletrocardiográfica (ECG)	Vigiar traçado eletrocardiográfico		Substituição das AT "Monitorização UCI" e "Monitorização EEMI"
Monitorização de sinais vitais/outras parâmetros	Monitorizar sinais vitais		Substituição das AT "Monitorização UCI" e "Monitorização EEMI"
	Monitorizar entrada e saída de líquidos		
	Monitorizar pressão intra - abdominal		
	Monitorizar pressão venosa central		
	Monitorizar glicemia Capilar		
Cuidados com o dreno	Otimizar dreno		
	Vigiar penso do dreno		
	Vigiar local de inserção do dreno		
	Executar tratamento ao local de inserção do dreno		
	Trocar dreno		
Cuidados com dreno torácico	Executar tratamento ao local de inserção do dreno		
	Monitorizar líquido de drenagem		
	Otimizar dreno		
	Remover dreno		
	Vigiar líquido de drenagem		
	Vigiar penso do dreno		
Cuidados com tubo endotraqueal	Monitorizar pressão do dispositivo (Cuff)		
	Otimizar tubo traqueal		

Atitudes Terapêuticas	Intervenções	Horários	Normas/Notas/Alertas
	Vigiar tubo/sonda		
	Remover tubo traqueal		
Ventilação mecânica	Monitorizar pressão do dispositivo (Cuff)		
	Preparar ventilador		
	Monitorizar parâmetros do ventilador		
	Vigiar complicações do dispositivo		
	Otimizar dispositivos respiratórios		
	Trocar dispositivo respiratório		
Ventilação não invasiva	Preparar dispositivos		
	Vigiar complicações do dispositivo		
	Otimizar dispositivos respiratórios		
	Trocar dispositivo respiratório		
	Gerir inaloterapia		
	Otimizar inaloterapia		
Isolamento Contacto e/ou Isolamento Protetor	Gerir isolamento		
	Iniciar isolamento		
	Interromper isolamento		
Lavagem vesical Especificar o motivo	Executar lavagem vesical		
Oxigenoterapia Especificar tipo de dispositivo de oxigénio e débito	Executar oxigenoterapia		
	Gerir oxigenoterapia		
	Otimizar cateter de oxigénio		
	Preparar oxigenoterapia		
	Trocar cateter de oxigénio		

Atitudes Terapêuticas	Intervenções	Horários	Normas/Notas/Alertas
Medidas de contensão física	Aplicar dispositivos de imobilização		
Colheita de espécimes	Executar colheita de espécimes		
Fístula arterio - venosa	Vigiar fístula arterio-venosa		
Hemofiltração	Providenciar dispositivos		
	Monitorizar volume ultrafiltrado		
	Monitorizar pressão transmembranar do dialisador		
Transfusão	Administrar hemoderivado		Em notas gerais registrar o tipo, a quantidade e o número da unidade.
	Interromper a administração de sangue/derivados		
	Vigiar reação aos derivados do sangue		
Outras Atitudes			

APÊNDICE IV

Folheto Informativo – Uso lixívia e ipoclor

Regras de Segurança

Uso de Lixívia e Ipoclor

Seguir sempre as recomendações de uso da **Lixívia forte** (concentração a 5%) e do **Ipoclor pastilhas - Trocloseno Só-**

Lembre-se

Respeitar a diluição e tempo de contacto



Consulte



Atenção

Estabilidade da diluição

- Lixívia - Estável 4h
- Ipoclor (Pastilhas) – Estável 24h

É importante colocar Rótulo no recipien-



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

ANEXOS

ANEXO I

Certificados Apresentação de Pósteres Científicos



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Isabel Melgueira e Prof. Doutora Filipa Valudo**, participaram no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia 27 de novembro de 2020, organizado pela Escola de Enfermagem (Uisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 44 com o tema **"O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW"**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Uisboa): ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICA-SE QUE O PÓSTER COM O TÍTULO

*"Avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos:
uma Scoping Review"*

ELABORADO POR

Isabel Melgueira & Filipa Veludo

APRESENTADO EM FORMA DE PÓSTER ELETRÓNICO NAS X JORNADAS NACIONAIS E VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INTITULADAS "O VALOR DE UMA ENFERMAGEM COM VALORES", QUE DECORRERAM NO DIA 9 DE JUNHO DE 2021, FOI DISTINGUIDO NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE.



PROF. DOUTORA AMÉLIA SIMÕES
FIGUEIREDO
Diretora da EEL-ICS-UCP



PROF. DOUTORA PATRÍCIA PONTÍFICE
SOUSA
Coordenadora do CLE da EEL-ICS-UCP

ANEXO II

Publicação Resumo Póster - E- Book O Valor de uma Enfermagem com Valores. X Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica



Melgueira, I.; Veludo, F. (2021). Instrumentos para Avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos: Scoping Review in E-Book O Valor de uma Enfermagem com Valores. X Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica VIII Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica. Lisboa 9 junho 2021, Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, pp.153-155. ISBN: 978-989-54793-4-4

TÍTULO DO POSTER: Instrumentos para avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos: *Scoping Review*.

AUTORES: Isabel Melgueira¹; Filipa Veludo²

1. Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização A Pessoa em Situação Crítica no ICS/Universidade Católica Portuguesa
2. Professora Assistente no ICS/Universidade Católica Portuguesa

Introdução: O constructo “Ambiente de Prática de Enfermagem” assenta no reconhecimento que existem características do contexto de trabalho que podem facilitar ou constranger a prática de enfermagem (Lake, 2002). Este complexo conceito envolve múltiplas dimensões, existindo diversos instrumentos que podem ser usados para avaliar a sua qualidade. No atual contexto de pandemia, a avaliação e promoção da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) assume uma importância inquestionável, cujos impactos positivos encontram-se confirmados pela evidência científica. Assume assim pertinência o objetivo de identificar os instrumentos utilizados para avaliar o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI, com base no mapeamento da evidência científica.

Objetivos: Identificar os instrumentos utilizados para avaliar o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI, com base no mapeamento da evidência científica.

Método: Realizou-se uma scoping review respeitando a metodologia do Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020) e seguindo a estratégia PCC (participants, concept e context).

A recolha e análise dos dados foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2020, com uso da plataforma EBSCOhost, OpenGrey e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. A estratégia adotada visou abranger estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas. Foram excluídos resumos de comunicações e pósteres, assim como artigos de opinião. Constituíram critérios de inclusão: estudos no idioma português, inglês ou castelhano; textos completos disponíveis com acesso gratuito; data de publicação entre 2009 e 2019; que contenham no título (TI) ou resumo (AB) os termos de pesquisa.

Na pesquisa da literatura foram utilizados os seguintes termos: (nurse OR nursing) AND (practice environment OR work environment) AND (intensive care unit OR icu OR critical care).

Foram obtidos um total de 503 resultados. Após a eliminação dos duplicados, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos 350 artigos, verificando a elegibilidade de 74. Seguiu-se a seleção, através da sua leitura integral e a construção do diagrama Prisma Flow, representativo do processo. A análise das listas de referências não permitiu identificar outros estudos que respeitassem os critérios de inclusão, tendo a revisão incluído um total de 11 artigos.

Resultados: Todas as publicações apresentavam-se no formato de artigo, e decorreram de estudos primários.

TÍTULO DO POSTER: Instrumentos para avaliar o Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos: *Scoping Review*.

AUTORES: Isabel Melgueira¹; Filipa Veludo²

1. Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização A Pessoa em Situação Crítica no ICS/Universidade Católica Portuguesa
2. Professora Assistente no ICS/Universidade Católica Portuguesa

Introdução: O constructo “Ambiente de Prática de Enfermagem” assenta no reconhecimento que existem características do contexto de trabalho que podem facilitar ou constranger a prática de enfermagem (Lake, 2002). Este complexo conceito envolve múltiplas dimensões, existindo diversos instrumentos que podem ser usados para avaliar a sua qualidade. No atual contexto de pandemia, a avaliação e promoção da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) assume uma importância inquestionável, cujos impactos positivos encontram-se confirmados pela evidência científica. Assume assim pertinência o objetivo de identificar os instrumentos utilizados para avaliar o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI, com base no mapeamento da evidência científica.

Objetivos: Identificar os instrumentos utilizados para avaliar o ambiente de prática de enfermagem, em contexto de UCI, com base no mapeamento da evidência científica.

Método: Realizou-se uma scoping review respeitando a metodologia do Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020) e seguindo a estratégia PCC (participants, concept e context).

A recolha e análise dos dados foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2020, com uso da plataforma EBSCOhost, OpenGrey e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. A estratégia adotada visou abranger estudos qualitativos, quantitativos publicados e não publicados e revisões sistemáticas. Foram excluídos resumos de comunicações e pôsteres, assim como artigos de opinião. Constituíram critérios de inclusão: estudos no idioma português, inglês ou castelhano; textos completos disponíveis com acesso gratuito; data de publicação entre 2009 e 2019; que contenham no título (TI) ou resumo (AB) os termos de pesquisa.

Na pesquisa da literatura foram utilizados os seguintes termos: (nurse OR nursing) AND (practice environment OR work environment) AND (intensive care unit OR icu OR critical care).

Foram obtidos um total de 503 resultados. Após a eliminação dos duplicados, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos 350 artigos, verificando a elegibilidade de 74. Seguiu-se a seleção, através da sua leitura integral e a construção do diagrama Prisma Flow, representativo do processo. A análise das listas de referências não permitiu identificar outros estudos que respeitassem os critérios de inclusão, tendo a revisão incluído um total de 11 artigos.

Resultados: Todas as publicações apresentavam-se no formato de artigo, e decorreram de estudos primários.

Não foi identificado nenhum estudo realizado em Portugal, sendo que oito estudos decorreram nos Estados Unidos e três no Brasil. A maioria dos estudos (7) procuraram relacionar a variável ambiente de prática de enfermagem com outra(s) variáveis, tais como: Burnout, distress moral, qualidade de vida profissional, infeção associada aos cuidados de saúde, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, satisfação profissional. Os restantes quatro artigos visaram descrever a avaliação da qualidade do ambiente de prática profissional.

A revisão permitiu identificar o uso de três instrumentos diferentes para avaliar o ambiente de prática de enfermagem em contexto de UCI, com prevalência da Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES--NWI), ao ser usada em cinco dos estudos (Filho, M. Francino; Soares Rodrigues, M.; Cimiotti, 2018; Filho, Cristina, & Rodrigues, 2019; Hiler, Hickman, Reimer, & Wilson, 2018; D. Kelly et al., 2013; McAndrew, Leske, & Garcia, 2011).

Os outros instrumentos utilizados foram: The Critical Elements of a Healthy Work Environment Assessment (HWEA) em quatro dos estudos (L. Kelly, 2017; Monroe, Morse, & Price, 2020; Ulrich, Barden, Cassidy, & Varn-Davis, 2019; Ulrich, Lavandero, Woods, & Early, 2014) e a versão brasileira validada da Revised Nursing Work Index (NWI-R) em restantes dois estudos (Balsanelli, A.; Cunha, 2013; Oliveira et al., 2017). A Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES--NWI) compreende cinco dimensões: adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos Enfermeiros e relações colegiais entre médicos e enfermeiros. O instrumento Healthy Work Environment Assessment (HWEA) tem por base os standards reconhecidos pela American Association of Critical-Care Nurses (como presentes nas instituições Magnet (aquelas que obtêm melhores resultados em vários níveis, levando a baixos números de turnover). O instrumento Revised Nursing Work Index (NWI-R) abrange as dimensões: autonomia, relação cordial entre enfermeiro e médico, controle sobre o ambiente da prática profissional e suporte organizacional.

Conclusão: A PES--NWI foi o instrumento mais utilizado, a nível mundial, para avaliar o ambiente de prática de enfermagem (Swiger et al., 2017), tendo a presente revisão evidenciado que essa tendência é mantida, na avaliação da qualidade do ambiente de prática de enfermagem no contexto específico de UCI. Este instrumento encontra-se traduzido e validado para Português (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012), devendo ser promovido o seu uso para avaliar a qualidade do ambiente de prática de enfermagem nas UCI nacionais, permitindo implementar medidas de melhoria e realizar estudos de investigação englobando esta variável.

Descritores: nursing, practice environment, intensive care units, assessment, scoping review.

Referências Bibliográficas:

- Amaral, A.; Ferreira, P.; Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI) for the Portuguese nurse population. *Internacional Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288.
- Balsanelli, A.; Cunha, I. (2013). The work environment in public and private intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), 561-569.
- Filho, M. Francino; Soares Rodrigues, M.; Cimiotti, J. (2018). Nursing practice environment in intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 217-223.

- Filho, F. A., Cristina, M., & Rodrigues, S. (2019). Burnout in Brazilian Intensive Care Units: A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. *AACN Advanced Critical Care*, 30(1), 16-21.
- Hiler, C., Hickman, R., Reimer, A., & Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *Critical-Care Nurses [Am J Crit Care]*, 27(1), 59-66.
- Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E., & Alken, L. (2013). The Critical Care Work Environment And Nurse Reported Health Care Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482-489.
- Kelly, L. (2017). Compassion Fatigue and the Healthy Work Environment. *Advanced Critical Care*, 28(4), 351-358.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- McAndrew, N., Leske, J., & Garcia, A. (2011). Influence of Moral Distress on the Professional Practice Environment During Prognostic Conflict in Critical Care. *Journal of Trauma Nursing*, 18(4), 221-230.
- Monroe, M., Morse, E., & Price, J. (2020). The Relationship Between Critical Care Work Environment And Professional Quality Of Life. *American Journal of Critical Care*, 29(2), 145-149.
- Oliveira, E., Barbosa, R., Andolhe, R., Regina, F., Eiras, F., & Padilha, K. (2017). Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. *Revista Brasileira de Enfermagem [Rev Bras Enferm]*, 70(1), 79-86.
- Peters M., Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A., Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JB I Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Swiger P., Patrician P., Miltner R., Raju D, Breckenridge-Sproat S., Loan L.(2017).The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *Int J Nurs Stud*. Sep;74:76-84.
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67-85.
- Ulrich, B., Lavandero, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: A status report. *Critical Care Nurse*, 34(4), 64-79.