



CATOLICA  
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 na  
vertente da Pessoa em Situação Crítica

RUMO À PRESTAÇÃO DO CUIDADO SEGURO

TOWARDS PROVIDING SAFE HEALTHCARE

Por  
Ana Luísa Santos

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 Médico Cirúrgica,  
com especialização em enfermagem na vertente da Pessoa em Situação  
Crítica

RUMO À PRESTAÇÃO DO CUIDADO SEGURO

TOWARDS PROVIDING SAFE HEALTHCARE

Por  
Ana Luísa Santos

Sob a orientação de Professora Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2021

*“Quando se viaja em direção a um objetivo.  
É muito importante prestar atenção ao caminho.  
O caminho é que nos ensina a melhor maneira de chegar e enriquece-nos  
enquanto o cruzamos.”*

Paulo Coelho



## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste percurso não teria sido possível, sem a participação de várias pessoas. Desta forma, impõe-se deixar aqui registado, um sincero agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a sua concretização.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Filipa Veludo por toda a dedicação e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso, bem como a orientação durante a concretização deste relatório.

Às Enfermeiras Orientadoras Clínicas e às equipas multidisciplinares, pela receção e partilha de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais ao longo dos estágios.

À minha eterna Enfermeira Chefe, Madalena Matos, por todo o apoio, carinho e compreensão, contribuindo de forma decisiva para concretização deste percurso.

Em especial aos meus Pais, a quem devo a minha formação académica, mas sobretudo a pessoal, através dos valores e princípios transmitidos. Pelo apoio incondicional demonstrado através da disponibilidade e das manifestações constantes de carinho. Da mesma forma, agradeço-lhes a sua contribuição, não só no que respeita à concretização deste percurso, mas sobretudo pela sua presença em Lisboa durante este período e pelo suporte em todos os momentos, nomeadamente no apoio e cuidado dirigido ao meu filho. Sem eles teria sido impossível realizar este percurso.

Ao meu irmão Paulo e ao meu sobrinho Octávio, pela representatividade que têm na minha vida e pela compreensão que manifestaram durante este percurso, ao estarem separados dos pais/avós quase um ano. Ficou demonstrado, que o amor entre nós é mais forte que qualquer distância que nos separe.

Ao meu filho José, pelo apoio e força que tem dado à mãe na concretização de todos os seus objetivos e projetos de vida.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, Maria, Rita e Margarida pelo apoio, pela partilha de saberes e pelo precioso contributo na concretização e otimização dos trabalhos académicos integrados neste percurso. Vocês são maravilhosas...

Em especial, à minha amiga e colega de mestrado, Liliana, pelos momentos de convívio, apoio e partilha de preocupações e pelas palavras encorajadoras nos momentos difíceis. O teu contributo foi precioso e inesquecível.

À minha amiga de uma vida toda, Nádia, pelo apoio e motivação incondicional que me tem dado nos momentos mais críticos da minha vida. Este percurso não foi exceção e os seus conhecimentos informáticos foram cruciais. Obrigada por seres um ser humano admirável e fazeres parte da história da minha vida.

A todos os meus amigos que compreenderam a minha ausência marcada neste percurso profissional, que me motivaram e apoiaram nos momentos mais difíceis.

Por fim, aos meus colegas do Mestrado, pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de convívio.

Dedico a todos este trabalho!

## RESUMO

O presente relatório enquadra-se no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Decorre do desenvolvimento de três estágios com foco no cuidado à pessoa em situação crítica: experiência I – Bloco operatório, experiência II – Serviço de atendimento permanente e o estágio realizado na Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos Cardioráquia (estágio opcional). A realização dos estágios e sobre os quais incide o presente relatório decorreram na área urbana de Lisboa, no período compreendido entre o dia 2 de junho de 2020 e 15 de janeiro 2021.

Numa análise reflexiva sobre o contexto de cuidados e no âmbito da promoção da qualidade e segurança dos cuidados surgiu o interesse pelo tema das boas práticas clínicas, concretamente no que respeita à sua adesão e efeitos, porque nem sempre os enfermeiros fazem aquilo que sabem. A forma de atuação dos profissionais de saúde relaciona-se com a qualidade do cuidado prestado e com a satisfação e benefício da pessoa doente. Assim, para as boas práticas/práticas baseadas em evidência converge uma multiplicidade de fatores. Perante o exposto e de modo a fundamentar a prática com a melhor evidência científica foi realizada uma revisão de literatura, do tipo *scoping review*, tendo sido definida como questão de investigação: *Quais os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas?*

O relatório que ora se apresenta possui o objetivo de descrever as atividades desenvolvidas e que viabilizaram a aquisição de competências especializadas nos diferentes contextos da prática clínica, recorrendo ao pensamento crítico, reflexivo e a uma atitude de proatividade e permanente questionamento das práticas profissionais. Assim, o desenvolvimento de competências compatíveis com o nível de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica constitui-se como um caminho, inacabado e que foi sendo construído ao longo deste percurso formativo, e sobre o qual versa este relatório.

Com vista ao relato fiel e próximo da realidade experienciada, caracterizou-se, não só as atividades desenvolvidas confrontadas com transições de vida, momentos da vida em que se verificam grandes níveis de vulnerabilidade e assim, conseqüentemente, de risco para a saúde, mas também o fundamento inerente ao processo de tomada de decisão. O referencial teórico adotado foi a teoria da transição de Alaf Meleis.

A análise crítica e reflexiva acerca das competências comuns e específicas, que se encontram descritas ao longo deste relatório, revela-se construtiva e enriquecedora, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional através da consciencialização das minhas capacidades enquanto futura enfermeira especialista bem como dos domínios que carecem de investimento no futuro.

Importa referir que identifico como limitação e constrangimento à realização dos estágios supracitados, a situação pandémica atual, manifestada por exaustão das equipas multidisciplinares e aumento do volume de trabalho relacionado especialmente com o controlo da pandemia e tratamento das pessoas doentes com diagnóstico clínico de SARS Cov2.

**Palavras-chave:** Cuidado especializado em Enfermagem; Qualidade e Segurança do Cuidado; Boas Práticas Clínicas.

## **ABSTRACT**

This report is part of the Master's Degree in Nursing in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Critical Care, of the Nursing School of Lisbon, Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University. It results from the development of three internships focused on the care of critically ill patients: Experience I - Operating Theatre, Experience II - Permanent Attendance Service and the internship carried out at the Cardiothoracic Surgical Intensive Care Unit (optional internship). These internships, which are the focus of this report, took place in the urban area of Lisbon, between June 2nd, 2020 and January 15th, 2021.

In a reflective analysis of the care context and within the scope of the promotion of quality and safety of care, the interest in the topic of good clinical practices emerged, specifically regarding its adherence and effects, because nurses do not always do what they know. The way health professionals act is related to the quality of care provided and the patient's satisfaction and benefit. Thus, a multiplicity of factors converge for good practices/evidence-based practices. In view of the above and in order to base practice on the best scientific evidence, a scoping review of the literature was conducted and the following research question was defined: What factors influence nurses' adherence to good clinical practices?

This report aims to describe the activities that were developed and enabled the acquisition of specialized skills in different contexts of clinical practice, using critical and reflective thinking and an attitude of proactivity and permanent questioning of professional practices. Thus, the development of competencies compatible with the level of specialist nurse in Medical Surgical Nursing is an unfinished path that was built throughout this formative journey, which is the subject of this report.

In order to provide a faithful and close account of the reality experienced, we characterized not only the activities developed confronted with life transitions, moments of life in which there are high levels of vulnerability and thus, consequently, of health risk.

Analysis, but also the rationale inherent to the decision making process. The theoretical framework adopted was Alaf Meleis' transition theory. In nursing practice, the focus will be on the human responses of individuals when they are faced with life transitions, moments of life in which there are high levels of vulnerability and, consequently, of health risk. The critical and reflective analysis about the common and specific competencies, which are described throughout this report, has proven to be constructive and enriching, contributing to my personal and professional growth through the awareness of my abilities as a future specialist nurse as well as the areas that need investment in the future.

It is important to mention that I identify the current pandemic situation, manifested by the exhaustion of multidisciplinary teams and increased workload related especially to the control of the pandemic and treatment of patients with clinical diagnosis of SARS Cov2, as a limitation and constraint to the completion of the internships mentioned above.

**Keywords:** Specialized Nursing Care; Quality and Safety of Care; Good Clinical Practice.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**BO** – Bloco operatório

**CP** – Cuidados Paliativos

**CPAP** - Pressão das Vias Aéreas Contínua Positiva

**CVC** – Cateter venosos central

**CVP** – Cateter Venosos Periférico

**DGS** – Direção geral de saúde

**EE**- Enfermeiro Especialista

**EEMC** – Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

**ECMO** – Oxigenação por membrana extracorporal

**EPI** – Equipamentos de Proteção Individual

**HDFVVC** – Hemofiltração veno venosa contínua

**IACS** – Infecção associada aos cuidados de saúde

**JI** - The Joanna Briggs Institute

**NOC's** – Normas de orientação clínica

**OC** – Orientadora Clínica

**OE**- Ordem dos Enfermeiros

**PAV**- Pneumonia associada à ventilação

**PVC** – Pressão Arterial Central

**PNCI** - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**RL** – Revisão de Literatura

**SO** – Serviço observação

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**SAP** – Serviço de Atendimento Permanente

**SECI** – Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos

**SU** – Serviço de Urgência

**TSFU** – Técnica substituição função renal

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCI CCT** – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica

**UCPA** - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

**UC** – Unidade Curricular

**VMI** – Ventilação mecânica invasiva

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO DOS ENFERMEIROS ÀS BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS: UMA <i>SCOPING</i> REVIEW .....</b>	<b>17</b>
<b>2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>25</b>
COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PSC EM CONTEXTO DE UCI CCT .....	25
COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PSC EM CONTEXTO DE B.O – EXPERIÊNCIA CLÍNICA I.....	37
COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PSC EM CONTEXTO DE SAP – EXPERIÊNCIA CLÍNICA II .....	49
CONCLUSÃO.....	61
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>73</b>
Apêndice I – Critérios de seleção dos estudos. ....	75
Apêndice II – Processo de identificação e inclusão dos estudos [fonte: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow] .....	77
Apêndice III – Análise dos artigos incluídos na scoping review .....	79
Apêndice IV – Memorando de procedimentos para a admissão do doente na UCI CCT81	
Apêndice V – Memorando de procedimentos para manutenção dispositivos intravasculares .....	83
Apêndice VI – Foto-reportagem da reorganização/etiquetagem das prateleiras da Sala de Tratamentos do SAP .....	85

Apêndice VII – Sessão de formação “Fatores que Influenciam a Adesão dos Enfermeiros às Boas Práticas Clínicas: Uma <i>Scoping Review</i> ”.....	87
Apêndice VIII – Resumo e poster sobre os “ <i>fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas</i> ”.....	107
<b>ANEXOS .....</b>	<b>111</b>
Anexo II – Certificado de participação e presença no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro”.....	113

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório intitulado “Rumo à Prestação do Cuidado Seguro” foi realizado no âmbito do curso de Mestrado Profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica (PSC) ministrado pela Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Resulta do trabalho contínuo desenvolvido na Unidade Curricular Estágio com Relatório que percorreu o segundo e terceiro semestre do curso, entre junho de 2020 e janeiro de 2021.

Verifica-se no âmbito das Ciências da Saúde uma notável evolução, denotando-se uma exigência crescente no domínio da prestação do cuidado diferenciado e com qualidade, fundamental para o bem-estar da população. A Enfermagem, como área fulcral das Ciências da Saúde, tem naturalmente acompanhado essa evolução, tornando-se cada vez mais relevante a formação especializada dos enfermeiros (Carvalho, 2016). A formação de adultos constitui uma mais-valia na profissão de Enfermagem, tendo em vista a aquisição de competências e habilidades específicas, que permitem ao Enfermeiro atuar de forma autónoma e em equipa multidisciplinar, proporcionando o cuidado com qualidade e segurança. Neste sentido, é crucial que o Enfermeiro desenvolva autonomia na procura de novos conhecimentos e capacidade de desenvolver competências específicas nos diferentes contextos da prática clínica. Foi com base nesta perspetiva que me propus realizar este percurso.

Pretendo com a elaboração deste relatório evidenciar o percurso realizado nos diferentes contextos de estágios, através da descrição e análise das competências desenvolvidas e definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 135 de 16 Julho de 2018, no Regulamento n.º 429/2018 (p. 19359-19364), na área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente da PSC. Segundo a OE (2010), especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e

tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Perante uma doença crítica, as mudanças que ocorrem na pessoa e sua família são diversas, mas sobretudo geradoras de sofrimento. A assistência do enfermeiro nestas circunstâncias é fulcral, sendo a relação terapêutica fundamental no processo do cuidado. Segundo o regulamento nº 135/2018 de 16 de julho de 2018, a PSC, é aquela em que a sua vida poderá estar ameaçada por falência ou eminência de falência de funções vitais, onde a sobrevivência depende essencialmente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Ao longo deste trabalho, adoto os termos *pessoa doente* ou *Pessoa em situação crítica e família*, com o mesmo significado, por estes se encontrarem relacionados com alguém a vivenciar processos de saúde-doença, em contexto de hospitalização. Por família adota-se o conceito de família segundo a OMS e como o que refere OE (2008): O conceito de família apresentado pela OMS (1994, pág. 12) coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família: “*o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum*”.

De forma a compreender todo o processo associado à mudança inerente à PSC e família, fundamentei a minha prática clínica na Teoria das Transições de Alaf Meleis. O modelo que rege esta teoria perspetiva a enfermagem, como sendo uma profissão em que o foco vai estar no estudo das respostas humanas dos indivíduos quando se encontram confrontados com transições de vida, momentos da vida em que se verificam grandes níveis de vulnerabilidade e assim, conseqüentemente, de risco para a saúde. O contexto em que o cuidado é prestado condiciona o modo como cada indivíduo vivencia a transição, uma vez que o mesmo tem a capacidade de moldar representações e significados relativos à transição em causa (Meleis, 2007). Segundo a autora supracitada, a enfermagem não lida com a transição de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade isoladamente do ambiente onde se encontram inseridos.

No âmbito da promoção da qualidade e segurança do cuidado prestado, o interesse pelo tema das boas práticas, concretamente, no que respeita à sua natureza e efeitos é motivado neste percurso porque nem sempre os enfermeiros fazem aquilo que sabem. A forma de atuação dos profissionais de saúde relaciona-se com a qualidade do cuidado

prestado e com a satisfação e benefício para a pessoa doente. Assim, para as boas práticas/práticas baseadas em evidência convergem uma multiplicidade de fatores. De modo a dar resposta a esta problemática surgiu a análise reflexiva sobre as práticas de cuidados em contexto profissional, a aquisição de conhecimentos teóricos e científicos e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSC e família.

O presente relatório encontra-se organizado em dois capítulos principais, às quais acresce uma introdução, uma conclusão e as referências bibliográficas. O primeiro capítulo deste trabalho inclui uma revisão de literatura, do tipo *scoping review*, com a seguinte questão de investigação: *Quais os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas?* O segundo capítulo diz respeito à descrição crítica e reflexiva deste percurso a propósito do desenvolvimento de competências nos diferentes contextos da prática clínica.

Sendo o relatório um documento que suporta toda a informação respeitante ao percurso de estágio desenvolvido, este foi elaborado com base na metodologia descritiva, com recurso à pesquisa de literatura e à análise reflexiva do percurso desenvolvido ao longo dos três estágios. Com o intuito de responder às necessidades de aprendizagem relacionadas com a UC “estágio final e relatório”, foram realizadas 360H de contacto presencial divididas por duas experiências desenvolvidas no cuidado à pessoa em situação crítica: experiência I – Bloco operatório (BO), experiência II – Serviço de atendimento permanente (SAP). Apesar de não constar na UC supracitada, optei por incluir neste trabalho o estágio realizado na Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos Cardiorácica (UCI CCT) (estágio opcional), pois considerando as especificidades deste serviço no âmbito do cuidado à PSC aliadas ao processo de formação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC), afigurou-se importante a inclusão desta experiência de aprendizagem clínica no contexto de unidade de cuidados intensivos. A OE reconhece que as necessidades formativas na especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC) à PSC, regulamentadas e publicadas em Diário da República 2.<sup>a</sup> série, N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011, pelo Regulamento n.º 124/2011, devem incluir o cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Por fim, a conclusão tece considerações finais e a avaliação do trabalho desenvolvido.

Com a estrutura de organização suprarreferida pretende-se que o relatório seja simples, conciso, perceptível, enquadrada e devidamente fundamentada na área de interesse no âmbito da promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

No final, as referências bibliográficas são apresentadas, de acordo com a norma da Associação Americana de Psicologia (7ª edição). O anonimato das instituições envolvidas será salvaguardado, motivo pelo qual algumas fontes e referências bibliográficas serão intencionalmente omissas.

# 1. FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO DOS ENFERMEIROS ÀS BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS: UMA *SCOPING REVIEW*

**Autoria(s):** Santos, Ana Luísa<sup>1</sup>; Sousa, Liliana<sup>1</sup>; Ildefonso, Tatiana<sup>1</sup>; Sousa, Patrícia<sup>3</sup>; Marques, Rita<sup>4</sup>; Veludo, Filipa<sup>2</sup>

**Afiliação do(s) autor(es):**

<sup>1</sup> Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN,

<sup>2</sup> ICS-UCP, RN, MsEC, PhD;

<sup>3</sup> ICS-UCP, RN, MsNC, PhD;

<sup>4</sup> Escola Superior de saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, RN, MsNC, PhD;

A forma de atuação dos profissionais de saúde relaciona-se com a qualidade do cuidado e com a satisfação e benefício dos utentes. Assim, o desenvolvimento e implementação de Normas de Orientação Clínica (NOC's)/Guidelines/Protocolos constitui-se como um aspeto fundamental para a qualidade dos cuidados em enfermagem e para uma prática baseada na melhor evidência disponível. Uma tomada de decisão informada gera uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados (Apóstolo, 2017).

Assim, para as boas práticas/práticas baseadas em evidência converge uma multiplicidade de fatores. Temos assistido, nos últimos anos, a uma produção científica sem precedentes na história da enfermagem. De facto, ao longo dos anos, vários autores têm comprovado o impacto positivo da formulação e operacionalização de orientações estandardizadas para os mais variados procedimentos clínicos, evidenciando que promovem a qualidade dos serviços prestados, assim como os seus resultados (Puffer & Rashidian, 2004).

As diretrizes clínicas podem ser compreendidas como um meio de assegurar a segurança em saúde, isto é, como um processo aplicado que vai contribuir para a redução de eventos e situações adversas no sistema de saúde, devido à sua exposição a vários procedimentos e doenças (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017).

No entanto, a partir da imersão na prática, podemos constatar que nem sempre os enfermeiros fazem aquilo que sabem. Por exemplo, relativamente a algo tão simples e rotineiro no dia – a – dia de um profissional de saúde, nomeadamente as boas práticas relacionadas com a higienização das mãos, constatou-se uma adesão de 63,7% pelas várias

categorias profissionais (técnico de enfermagem, enfermeiros, médicos, entre outros profissionais de saúde), num universo de 419 oportunidades de higienização (Nunes *et al.*, 2019). Ainda que a informação tenha todas as qualidades que lhe competem, importa considerar que tal pode não impactar diretamente ou de forma igual as práticas dos enfermeiros, variando consoante as suas educações, papéis, responsabilidades, processos de decisão, entre outros aspetos.

Tendo em conta a pesquisa preliminar realizada, verificou-se que não existem muitos estudos que abordem o fenómeno relacionado com os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas praticas clínicas. Deste modo traçou-se a seguinte questão de partida: *quais os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas praticas clínicas?* Acredita-se que a compreensão dos fatores que subjazem à adesão/não, adesão às boas práticas poderá ser o ponto de partida para intervir no sentido de promover/melhorar/aumentar esta adesão por parte dos profissionais às diversas recomendações.

Atendendo à natureza do fenómeno e aos achados presentes no estado da arte, optou-se pela *scoping review*, tendo em conta que esta se afigura, numa primeira abordagem, ainda disperso, comparativamente com, por exemplo, uma revisão sistemática da literatura, que tendem a abordar questões relativamente precisas (Arksey & O'Malley, 2005). A literatura recente corrobora esta perspetiva, referindo que a *scoping review* permite identificar lacunas de conhecimento, mapear esse conhecimento e colmatar alguma dispersão existente (Apóstolo, 2017). Assim, os estudos por revisão *scoping* têm como finalidade principal contextualizar o atual estado do conhecimento relativamente a um determinado fenómeno, definindo-o em termos práticos, sociais e políticos, identificando o que se sabe e o que não se sabe acerca deste (Arksey & O'Malley, 2005). A decisão do fenómeno em estudo e metodologia planeada efetivou-se após pesquisa preliminar nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, constatou-se que não existia nenhuma Scoping Review publicada sobre a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas. Realizou se uma *Scoping Review*, orientada pela metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute for *Scoping Reviews* (Peters *et al.*, 2020).

### **Objetivo**

Para o presente artigo, traçou-se como objetivo de investigação mapear os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) às boas práticas clínicas, na literatura científica.

## MATERIAL E MÉTODO

### Aspetos éticos

As considerações éticas são fundamentais à prática de investigação. Não tendo a presente investigação envolvido a participação de qualquer indivíduo, destacam-se os critérios de rigor associados à consulta e referenciação de trabalhos de terceiros, que pautaram a atuação em todos os momentos de redação do mesmo.

### Procedimentos metodológicos

De acordo com o JBI, uma scoping review deve respeitar os passos incluídos no seguinte enquadramento metodológico: (i) identificação da questão de investigação; (ii) identificação de estudos relevantes; (iii) seleção dos estudos; (iv) mapeamento dos dados; (v) recolha, resumo e comunicação dos resultados e, por fim, (vi) consulta, sendo este passo opcional (Peters *et al.*, 2020).

A primeira fase consistiu na identificação da questão de investigação, ocorrendo em articulação com a criação do objetivo do estudo. Assim, após definida a problemática, o propósito e a pergunta de investigação, aplicou-se a mnemónica PCC (P=População, C=Conceito, C= Contexto), no sentido de formular a questão de investigação, tendo em conta que uma questão bem articulada define o âmbito da revisão e assiste no desenvolvimento da estratégia de pesquisa de modo a localizar a evidência relevante (Apóstolo, 2017). A questão de investigação que deu origem a esta revisão de literatura, formula-se da seguinte maneira: “*Quais os fatores que influenciam a adesão/não adesão dos profissionais às boas práticas, em contexto hospitalar?*” Assim, no que concerne à População, foram considerados os profissionais de saúde (assistentes operacionais, médicos e enfermeiros). Relativamente ao Conceito, os fatores que influenciam a (ou não) adesão dos profissionais às boas práticas e, por fim, o Contexto foi circunscrito ao contexto hospitalar.

A pesquisa da literatura começou com a definição das bases de dados usar para identificar todos os artigos potencialmente relevantes para o trabalho. De seguida foram também definidos o critérios de inclusão e de exclusão dos artigos a serem incluídos no presente estudo. Os critérios de inclusão e exclusão encontram se representados no APÊNDICE I.

## Fontes de dados

Tendo como base a pergunta de investigação, surgiram os seguintes descritores: “guideline”, “protocol”, “practiceguideline”, “clinicalpracticeguideline”, “recommendation”, “universal precautions”, “compliance”, “adherence”, “healthprofessionals”, “nurses”, “physicians” e “doctors” e seus respectivos correspondentes em português e castelhano, validadas no acrónimo MeSH (Medical SubjectHeadings). Os operadores booleanos aplicados nas pesquisas foram o “AND” e o “OR”, realizando com estas várias combinações com recurso aos descritores supracitados. Foi aplicado o método booleano/frase como pesquisa.

Foram selecionadas as bases de dados Medline e CINAHL, onde se pesquisou com recurso aos já referidos descritores de pesquisa, articulados pelos operadores booleanos:

*TI (guideline\* OR protocol\* OR practice guideline\* OR clinical practice guideline \* OR recommendation\* OR universal precautions) AND AB (compliance OR adherence ORnon#compliance OR non#adherence OR adhesion OR non#adhesion) AND AB (healthprofessionals OR nurses OR physicians OR doctors).*

Nesta fase foram identificados 763 artigos. Seguiu-se a terceira fase, de avaliação dos dados, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão previamente apresentados.

## Colheita e Organização dos dados

Todos os 763 artigos foram analisados por título, sendo que da leitura dos mesmos, foram selecionados um total de 70 artigos, procedendo se ao agrupamento destes em temas. Tendo em conta a questão de investigação, entre os temas que surgiram, o de interesse para a presente revisão de literatura é o dos fatores. Dentro do tema dos fatores, todos os artigos foram lidos por título e por *abstract* e desta leitura resultou um total de 21 artigos.

Após aplicação de critérios de inclusão, foram selecionados 4 artigos. Estes constituíram a amostra final selecionada e foram alvo de uma leitura integral. Por forma a sistematizar o processo de inclusão dos estudos optou-se pela metodologia PRISMA (Moher *et al.*, 2009). A seleção dos artigos é apresentada num diagrama de fluxo, representado no APÊNDICE II.

## RESULTADOS

Os artigos previamente identificados encontram-se descritos em apêndice, em formato tabular, segundo os elementos Título, Autor(es), Ano de publicação, Objetivo,

Método e Resultados. Este tipo de sistematização foi selecionado dado que possibilita a parametrização dos artigos no âmbito de critérios equiparáveis a considerar para dar resposta ao objetivo e questão de investigação do presente estudo. Os estudos são apresentados do mais antigo ao mais recente e encontram-se apresentados no APENDICE III.

## **DISCUSSÃO**

Os profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes operacionais desempenham múltiplos e centrais papéis no sistema de saúde. Sendo os seus valores, atitudes e conhecimentos pessoais e profissionais a balizar, de forma abrangente, a consistência com que respondem às necessidades de adesão a diretrizes clínicas. O corpo de conhecimento recolhido neste trabalho evidencia a multiplicidade de considerações que a adesão às diretrizes clínicas por enfermeiros engloba.

A adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas é um fenómeno complexo, para o qual converge uma multiplicidade de fatores, de diferentes etiologias (Ward *et al.*, 2002). Segundo Rodríguez *et al.* (2016) a adesão ao protocolo consiste na aplicação do conhecimento adquirido, para melhorar a condição de saúde do utente, devendo esta aplicação basear-se em experiência cientificamente comprovada.

Existem nomenclaturas variáveis, mas a maioria aponta para a existência de fatores relacionados com a dimensão individual e fatores relacionados com a dimensão organizacional (Sailleur-Glénisson *et al.*, 2017; Ward *et al.*, 2002; Vaz *et al.*, 2010). A relação entre estes dois domínios – o individual e o organizacional - é decisiva quando tentamos compreender o que subjaz ao modo como os profissionais atuam no seu quotidiano (Vaz *et al.*, 2010).

Dentro dos fatores individuais, encontramos o conhecimento, a experiência e o grau de *expertise* ou perícia numa determinada área. Assim, mais conhecimento e mais experiência numa determinada área parecem favorecer a adesão às boas práticas clínicas (Sailleur-Glénisson *et al.*, 2017). Por outro lado, Ward *et al.* (2002) apontam também para a importância do alinhamento existente entre conhecimento, atitude e comportamento.

Constata-se que nem sempre o conhecimento é suficiente para garantir a adesão às boas práticas clínicas, ainda que favoreça essa adesão, e foram identificadas pela literatura situações em que o nível de conhecimento demonstrado contrasta muito com o nível de cumprimento do mesmo (Rodríguez *et al.*, 2016).

Existem outros fatores que podem influenciar a adesão, nomeadamente fatores organizacionais e estruturais. Ward *et al.* (2002) apontam alguns, particularmente: a

existência de barreiras organizacionais (conflitos de interesses, quando, por exemplo, o valor económico prevalece sobre outros), a ausência de *feedback* (nomeadamente através da realização de auditorias cujos resultados sejam dados a conhecer aos profissionais).

A não conformidade às normas poderá, segundo Vaz *et al.* (2010) relacionar-se com outros aspetos para além do conhecimento, nomeadamente: esquecimento, sobrecarga de trabalho, segurança do local de trabalho, incumprimento por parte dos colegas, existência de recursos materiais, a crença de que a adesão às boas práticas clínicas aumenta a carga de trabalho, a crença de que a adesão às boas práticas clínicas diminui a destreza (no caso da utilização de luvas, por exemplo), entre outros.

Os fatores individuais existem numa estreita relação com os fatores organizacionais e estruturais. O conhecimento, o treino de competências (*skills*) e a formação surgem na literatura não apenas como promotores da adesão dos profissionais às boas práticas clínicas, mas também como fundamentais para a sensibilização e capacitação dos profissionais no que diz respeito à consciência “*awareness*” da importância da adesão às boas práticas clínicas (Vaz *et al.* 2010).

Dentro dos fatores estruturais, a literatura aponta também os sistemas de informação como elemento relevante, relacionando um sistema de informação estruturado com o desempenho de um hospital. A informatização e o advento da tecnologia é um fator que favorece a adesão às boas práticas clínicas (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017).

Se por um lado, é importante alinhar as políticas organizacionais, de modo a que não surjam como barreiras à adesão às *guidelines* (Ward *et al.*, 2002), por outro lado, é importante não esquecer uma das missões fundamentais de um hospital ou instituição de saúde, que é a de se dotar de ações organizacionais que servem como motor para incrementar

o desempenho individual, sendo que o sentimento partilhado de cultura de grupo está relacionado com um bom nível de adesão, em diferentes áreas clínicas (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017). No mesmo sentido, é pertinente considerar o contexto dos enfermeiros e utentes, a adequação das diretrizes às diferentes situações, entre outros aspetos que enquadrem a especificidade da experiência vivida pelos enfermeiros, a fim de compreender se as diretrizes os servem realmente no seu quotidiano profissional (Rodríguez *et al.*, 2016).

A adesão às boas práticas clínicas resulta dos conhecimentos, da competência de cada profissional, do tempo de permanência na instituição, da cultura cooperativa implementada e da adequação dos recursos e tecnologias disponíveis (Vaz *et al.*, 2010; Saillour-Glénisson *et al.*, 2017).

A determinação dos fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas abriu caminho à reflexão em torno de outras questões, nomeadamente a das estratégias para promover a adesão às boas práticas clínicas, atendendo ao seu impacto nos cuidados de saúde.

A estratégia para promover a adesão às boas práticas clínicas deverá, como vimos, passar pelo conhecimento, formação e pelo treino de competências promotoras do sentimento de autoeficácia (Ward *et al.*, 2002). No entanto, esta formação, treino e conhecimento devem estar enquadrados por políticas organizacionais que promovam a adesão, ao invés de entrarem em conflito com ela (Ward *et al.*, 2002). A presença de elementos peritos, mais experientes e especialistas em determinadas áreas clínicas, também se afigurou importante para incrementar a adesão às boas práticas clínicas (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017). O espírito de coesão entre a equipa e um bom relacionamento entre os profissionais, devem também ser alvo de investimento, no sentido de promover a colaboração e evitar a competição (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017). A formação desempenha um papel importante, não apenas no que diz respeito aos conhecimentos, mas também à consciencialização dos profissionais para a importância do cumprimento das boas práticas clínicas (Vaz *et al.*, 2010).

### **Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou saúde pública**

O enfermeiro é, atualmente, um profissional estruturante nos serviços de saúde. A sua atividade permeia toda a prática clínica neste âmbito, sendo crucial que a sua adesão às boas práticas seja estudada e fomentada. Este é um fenómeno que, pelo impacto e risco a que está associado, deve estar na agenda de investigadores, profissionais de saúde e políticos. Importa considerar que o seu insucesso pode não se revelar apenas na não adesão às diretrizes e suas consequências pessoais e diretas dos utilizadores de saúde, mas também na capacidade de assegurar condições à equipa multidisciplinar de profissionais para prestarem os melhores cuidados possíveis. Os enfermeiros são uma parte de um todo que, com as suas intervenções, revela impactos interdependentes.

É evidente que uma atuação que derive de estratégias conscientes assentes na evidência é não só necessária como atualmente pouco presente nos contextos de saúde. Assim, importa envolver os referidos elementos em torno de discussões sobre a temática, promovendo o desenvolvimento de programas, políticas e atividades (como as acima sugeridas) que espelhem a premência deste fenómeno e minimizem os efeitos nefastos da sua desconsideração.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da revisão de literatura levada a cabo, conclui-se que a adesão às boas práticas clínicas é influenciada por diferentes fatores, nomeadamente individuais, organizacionais e estruturais e que estes se influenciam entre si (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017; Vaz *et al.*, 2010; Ward *et al.*, 2002). Nem sempre o conhecimento é suficiente para garantir a adesão às boas práticas clínicas, ainda que favoreça essa adesão, existem situações em que o nível de conhecimento demonstrado contrasta muito com o nível de cumprimento do mesmo (Rodríguez *et al.*, 2016). Assim, se quisermos pensar em estratégias para promover a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas, tendo em conta o seu impacto, deveremos pensar de forma pluridisciplinar, visto que os fatores são de diferente natureza e é preciso intervir em contextos distintos.

O presente estudo apresenta limitações: em primeira instancia vale a pena referir a inexperiência dos elementos que constituem este grupo de trabalho, no âmbito da área de investigação; em segunda instancia importa salientar a disponibilidade em termos de tempo efetivo para a concretização desta revisão, sendo que uma *scoping review* carece de um horizonte temporal mais alargado do que aquele que foi estipulado; por último, e no que concerne ao fenómeno propriamente dito, apesar da sua reconhecida importância, foram encontradas poucas publicações, o que levou à necessidade de alargamento do período temporal no qual a pesquisa incidiu. Assim, se por um lado se encontraram mais dados, por outro, estes não constituem evidência científica tão recente quanto seria desejável.

Considera-se, pela sua reconhecida importância, que é necessária mais investigação sobre este fenómeno, que poderá numa fase posterior levar à promoção de estratégias que incentivem a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas.

## **2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo é realizada uma análise crítica e reflexiva do meu percurso nos diferentes contextos de estágio, apresentando os objetivos gerais e específicos delineados para os mesmos. Descrevo as competências adquiridas e as atividades levadas a cabo para a sua consecução, centradas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC). Este capítulo integra a UC “estágio final e relatório”. Com o intuito de responder às necessidades de aprendizagem, foram realizadas 360H de contacto presencial divididas em duas experiências clínicas: experiência clínica I – Bloco operatório (BO), experiência clínica II – Serviço de atendimento permanente (SAP). Apesar de não constar na UC supracitada, optei por incluir neste trabalho o estágio realizado na Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos Cardiorádica (estágio opcional), considerando as especificidades deste serviço no âmbito do cuidado à PSC, aliadas ao processo de formação de competências do EEEMC. A OE reconhece que as necessidades formativas na EEMC à PSC, regulamentadas e publicadas em Diário da República 2.<sup>a</sup> série, N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011, pelo Regulamento n.º 124/2011, devem incluir o cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

### **COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PSC EM CONTEXTO DE UCI CCT**

O estágio que precedeu a UC “Estágio Final e Relatório” foi realizado numa UCI CCT. O interesse pelo ambiente assistencial de UCI CCT, prendeu-se com a complexidade associada às intervenções de enfermagem e a multidisciplinariedade exigida nos cuidados aqui prestados à PSC, revelando-se fatores bastante motivadores e desafiantes, muito pertinentes para a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências de EEEMC.

Com vista à formulação dos objetivos para esta UC, foi elaborado um Projeto de Estágio. Sendo o estágio um processo dinâmico, que em articulação com o ensino teórico

visa desenvolver competências profissionais que permitam intervir no âmbito da EEMC, este estágio realizado na UCI CCT permitiu-me **desenvolver competências técnicas, éticas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família**, tendo sido este o objetivo geral delineado. Como objetivo específico estabeleci: desenvolver competências no cuidado especializado à PSC e na UCI CCT.

A UCI CCT é composta por uma equipa multidisciplinar (vinte e cinco enfermeiros, doze assistentes operacionais e seis médicos), que asseguram os cuidados, durante as vinte e quatro horas/dia. Constitui o total de cinco equipas de enfermagem, com um responsável de turno em cada equipa, com EEMC ou reabilitação. Cada equipa é constituída por quatro enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde, e por três enfermeiros no turno da noite. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014), as UCI são classificadas em três níveis, de acordo com as técnicas e valências das unidades hospitalares. A UCI CCT encontra-se classificada com o nível III, correspondente aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/ Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas. As UCI classificadas com o nível III, pressupõem a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; devendo dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Como método de trabalho, nesta UCI CCT a equipa de enfermagem utiliza o método individual de trabalho, com inter-relação e interajuda contínua. As dotações seguras desta unidade de cuidados intensivos (UCI), vão de encontro à classificação atribuída pela OE (2014), refletindo a manutenção e segurança da qualidade do cuidado prestado à pessoa doente, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. Assim, na UCI CCT, cada enfermeiro é responsável pela prestação do cuidado a duas pessoas doentes.

O processo de integração na UCI CCT foi complexo, agravado pela minha inexperiência nesta área e pela minha natureza marcada pela audácia, quando reconheço as consequências que podem advir das minhas ações. Apesar de todo o interesse reconhecido por este momento de aprendizagem, embarcar nesta experiência, revelou-se um verdadeiro desafio. Nas primeiras semanas, considero que o mais difícil foi gerir toda a diversidade e imprevisibilidade de situações de cuidados com intervenção de enfermagem. O ambiente

especializado UCI obriga ainda a que o profissional que aí presta cuidados, tenha determinadas características, no sentido de atender aos requisitos do cuidado que se processa neste local, sendo muito marcado pela presença do aparato tecnológico. Contudo, como tive oportunidade de constatar no decurso desta experiência clínica, a tecnologia existente tem de ser complementada com o saber prático e científico pois a tecnologia comporta em si um saber, enquanto fruto de uma produção da ciência, o qual precisa ser articulado a outros conhecimentos para que se alcance o uso apropriado no cuidado ao doente (Silva & Ferreira, 2011).

Comecei por partilhar informação com a minha orientadora clínica (OC) relativamente às minhas expectativas e objetivos para este ensino clínico. A partilha de experiências e conhecimentos transmitidos pela OC, como profissional perita nesta área de intervenção, despoletou em mim, a necessidade emergente de refletir e aprofundar conhecimentos nesta área com o intuito de proporcionar cuidados de qualidade e seguros e assim obter resultados positivos para a pessoa alvo dos meus cuidados. A integração foi facilitada pelo acolhimento realizado pela OC e pela equipa multidisciplinar, permitindo-me utilizar a partilha de experiências como estratégia demonstrativa de conhecimentos gerais e específicos na área EEMC. De uma forma gradual, alcancei relações profícuas, que propiciaram de modo progressivo a minha integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica funcional e organizacional, o que garantiu o processo de aprendizagem.

No decurso do estágio, e para atingir o desenvolvimento de competências técnicas e científicas consultei e analisei protocolos e normas de enfermagem existentes na unidade que permitiram a aquisição e consolidação de conhecimentos na área de intervenção de UCI, sobretudo as relacionadas com os cuidados à pessoa com cateter swan-ganz, cateter venoso central (CVC) e arterial, entubação endotraqueal, monitorização do ECMO (Oxigenação por membrana extracorporal), balão intra aórtico, transfusão de hemoderivados, protocolo de insulina, técnicas dialíticas, comunicação com a pessoa submetida a ventilação invasiva e não invasiva, normas de colheita biológica para exames microbiológicos, manual de resíduos sólidos hospitalares, manual de higienização e medidas de isolamento. Não obstante, fui sempre colocando questões à equipa relativamente a procedimentos específicos e ao modo de funcionamento daquele serviço.

A UCI CCT é constituída por duas unidades (unidade I e II). Os turnos foram realizados na unidade I, uma vez que a minha OC encontrava-se afeta a esta unidade. A

unidade I, tem a forma de um "U" e possui sete unidades de internamento, com dois quartos de isolamento. Possui uma área de trabalho e vigilância central com um monitor central, onde é possível visualizar toda a unidade. Quando estamos perante uma unidade com estrutura aberta, encontramos algumas vantagens como é o caso da pessoa doente estar ao alcance da visão do enfermeiro, otimização no acompanhamento e observação, economicidade na organização do espaço e possivelmente uma maior rentabilidade dos cuidados. Contudo, constatei que esta organização também apresenta desvantagens relacionadas com a maior perceção dos ruídos. Esta problemática suscitou uma reflexão sobre a prática apresentada adiante, no âmbito da atividade de vida, "sono e repouso". A manutenção de um ambiente tranquilo na UCI CCT é perturbada pelo som dos alarmes do monitor dos parâmetros e do ventilador, verificando-se falta de ajuste dos limites dos alarmes às características fisiológicas da estabilidade da pessoa doente. Existem vários estudos que identificam fatores que contribuem para o stress físico e psicológico dos doentes em situação crítica, embora com diferentes níveis de importância. Mas todos eles concluem que *"ter tubos na boca e nariz, não ter controlo sobre si, ter sede, ser picado por agulhas, ter medo de morrer, não ser capaz de dormir"* (Almeida & Ribeiro, 2008, pág. 85), são considerados pelos próprios doentes após internamento em cuidados intensivos, aqueles que geram maior stress. Constatei que o ruído durante o período da noite é mais incomodativo do que durante o dia, pois no meio do silêncio, num período que deve ser de descanso, qualquer ruído se torna ensurdecedor e não permite um sono repousante e calmo. Biley citado por Santos *et al.*, 2005, pág. 56, constata que *"nos hospitais norte americanos os níveis máximos de ruído aconselhados são de 45 Db durante o dia e 35 Db à noite. Ora, alguns estudos apontam para que em unidades de cuidados de recobro e intensivos estes limites sejam largamente excedidos (médias acima de 50 Db)"*. A maioria dos ruídos identificados como fatores perturbadores do sono podem e devem ser controlados. Os enfermeiros têm um papel preponderante no controlo do ruído, promoção de um ambiente calmo, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado à PSC. Neste caso, e pretendendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, durante os turnos da noite, procedi à diminuição da presença de luzes na UCI CCT, mantendo acesas apenas as luzes do balcão de vigilância; tive a preocupação de baixar as persianas da unidade, evitando assim a presença de luz da iluminação pública exterior; identifiquei e coloquei os tubos de colheita na unidade individual da pessoa doente, antecipei a preparação da terapêutica (evitando que os alarmes das máquinas perfusoras fossem ativados) e ajustei com frequência os limites dos alarmes às características fisiológicas da estabilidade da pessoa doente. Evitei comunicar na área de

trabalho e diminui o tom de voz. De salientar que as estratégias suprarreferidas apesar de serem aplicadas neste serviço, não são adotadas de forma consistente e resultam numa prática insatisfatória relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes à PSC. Desta forma, considerei pertinente e após validação das necessidades junto da equipa de enfermagem abordar esta problemática na passagem de turno. A equipa de enfermagem mostrou-se motivada no que respeita à adoção das estratégias supramencionadas de forma rigorosa como forma de melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado.

Tive a possibilidade de verificar que as pessoas doentes admitidos nesta unidade, são maioritariamente provenientes do internamento da enfermaria da UCI CCT, serviço de urgência (SU) e bloco operatório (BO). Contudo, existem também admissões de outros serviços internos do hospital e de outras instituições hospitalares. A pessoa doente é habitualmente admitida na UCI CCT por: falência cardio- respiratória, falência hemodinâmica e complicações decorrentes de pós-operatórios, maioritariamente relacionados com cirurgia cardíaca. A validação da admissão da pessoa doente é da responsabilidade do médico de serviço da UCI CCT, devendo este comunicar posteriormente à equipa de enfermagem. Cabe ao responsável de turno verificar a preparação da unidade, e a outro enfermeiro, a responsabilidade pela admissão. Durante o turno da tarde, foi admitido o Srº F, com 64 anos, proveniente do bloco operatório, onde foi submetido a uma revascularização do miocárdio. Na chegada à UCI CCT, a pessoa encontrava se hemodinamicamente instável. Sob supervisão da OC, procedi à verificação da operacionalidade do monitor de parâmetros vitais, do ventilador com montagem de traqueias, do sistema de aspiração fechado, operacionalização das máquinas e seringas infusoras, da manga de pressão para monitorização invasiva da pressão arterial e ressuscitador manual. Na admissão e acolhimento da pessoa, considerei também a recolha de informação, designadamente: motivo de internamento e o grau estabilidade respiratória, elétrica e hemodinâmica. De modo a dar resposta aos problemas identificados conectei o ventilador ao tubo endotraqueal; monitorizarei a pessoa hemodinamicamente; verifiquei a funcionalidade dos acessos venosos; iniciei a terapêutica instituída previamente preparada (adrenalina, noradrenalina, amiodarona e propofol). Procedi à introdução de dados da pessoa doente no programa informático, incluindo a realização da avaliação inicial de enfermagem. Às intervenções de enfermagem relacionadas com a estabilidade da pessoa doente tomei a cargo: a alteração de perfusões em curso, considerando as compatibilidades medicamentosas; a identificação do nível de todas as drenagens, a fim de otimizar a

contabilização do balanço hídrico; a alteração de todos os sistemas de soros e do *Urimeter* e a realização de uma observação física cuidadosa. Relacionando as competências deste domínio com as intervenções de enfermagem à PSC numa UCI, o enfermeiro deve ter competências de apreensão rápida e organizada em situação de estabilidade hemodinâmica coordenando e gerindo as intervenções com outros membros da equipa multidisciplinar. Ainda, a assistência à PSC envolve a utilização de recursos específicos exigindo dos enfermeiros, conhecimentos e aptidão tanto para operacionalizar as máquinas quanto a sua adequação às necessidades de quem precisa delas (Schwonke & Barcelos, 2011). Nesta situação em particular, experimentei momentos de *stress*, reconhecendo a importância das competências de apreensão rápida e competências de gestão de acontecimentos perante a PSC, em que os enfermeiros devem agir com autonomia. Por intervenções autónomas entende-se “*as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais.*” (REPE, Artigo 9.º, nº 2). De um modo geral, refleti sobre as necessidades formativas como estratégia para otimizar a minha ação no cuidado especializado à PSC. Neste domínio assumi, conjuntamente com a OC, a criação uma estratégia no âmbito das funções de conteúdo funcional do enfermeiro especialista (EE). Assim, no sentido de sintetizar as intervenções aquando da admissão da pessoa doente na UCI elaboramos um documento de apoio para consulta rápida (APENDICE IV). Tive posteriormente a oportunidade de admitir várias pessoas doentes, em que a reverificação de todo material de acordo com a checklist supracitada bem como os conhecimentos científicos e técnicos decorrentes da prática, revelaram se fundamentais atendendo à situação clínica da pessoa doente<sup>1</sup>.

A UCI é um espaço em que se concentram os meios técnicos, necessários à monitorização e tratamento da pessoa doente com falência de órgão eminente ou estabelecida que é potencialmente reversível e que se reconhecem pela sua identidade, missão e liderança (Ministério da Saúde, 2013). As UCI são essencialmente caracterizadas pela vigilância intensiva que proporcionam à pessoa internada, sob o pressuposto de que essa vigilância permitirá detetar precocemente alterações nos parâmetros vitais e a possibilidade de os corrigir de imediato, prevenindo uma espiral de agravamento, muitas vezes irreversível

---

<sup>1</sup> 1.3 – *Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos procedimentos médicos e/ou cirúrgicos complexos que carecem de meios de intervenção avançados.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

(Urden *et al.*, 2008). Posto isto, durante a minha permanência nesta unidade, foi fundamental o acompanhamento permanente e individualizado da pessoa doente com necessidade de monitorização não invasiva e invasiva. A monitorização hemodinâmica constitui-se como essencial nas unidades de cuidados intensivos, cabendo ao profissional de saúde escolher qual o método mais correto para a realização dessa monitorização, respeitando sempre a situação e individualidade da pessoa doente (Dias *et al.*, 2006). Neste sentido, na esfera das intervenções de enfermagem autónomas, procedi à correlação entre os parâmetros vitais obtidos a partir da monitorização contínua com os valores decorrentes de amostras de gases sanguíneos, permitindo a obtenção de informações sobre o estado hemodinâmico do doente. Esta monitorização contribuiu para o estabelecimento de um diagnóstico, para a monitorização de determinados parâmetros e constituiu-se num guia para a determinação da terapêutica ideal (Ponce & Mendes, 2015). Desta forma, tive oportunidade de identificar possíveis alterações ditadoras de risco de vida e agir em conformidade<sup>2</sup>. Tive oportunidade de perspetivar que os enfermeiros alteram a perfusão de aminas e terapêutica vassopressora, sedação, analgesia e alimentação entérica, sempre que necessário, baseados em protocolos de atuação, consoante prescrição de desmame terapêutico e da avaliação do enfermeiro responsável pela pessoa. Na tomada de decisão, o enfermeiro *“identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.”* (Ordem dos Enfermeiros 2001, pág. 7).

Identifiquei que a entubação endotraqueal é um procedimento frequentemente realizado à pessoa doente internada em UCI CCT, pois garante a permeabilidade da via aérea em doentes submetidos a ventilação mecânica (Duarte & Martins, 2019). Reconheci, a necessidade de desenvolver competências neste âmbito, com vista à aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais no cuidado à PSC. Assim, interiorizei a necessidade de adquirir competências científicas através da pesquisa bibliográfica que considerei mais adequada, com o intuito de posteriormente desempenhar funções técnicas e relacionais com segurança. Posteriormente, ciente do desafio imposto, afigurou-se possível

---

<sup>2</sup>1.1 - *Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

a prestação do cuidado à pessoa doente com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Swearingen e Keen (2001, pág. 156), consideraram que *“para assegurar um bom nível de cuidados ao doente que necessita de ventilação mecânica, o profissional deve ter conhecimento adequado do equipamento e dos procedimentos envolvidos.”*<sup>3</sup>. As intervenções de enfermagem ao nível da pessoa ventilado são autónomas e interdependentes e são de extrema importância nos cuidados. Assim, na esfera das intervenções autónomas, tive oportunidade de prestar os seguintes cuidados: posicionamento da pessoa doente, adaptação da pessoa doente ventilada, manutenção dos parâmetros do ventilador, ajuste dos alarmes (garantindo um ambiente calmo e sereno, promotor do sono e repouso), avaliação do estado de consciência e do nível de sedação, manutenção da permeabilidade da via aérea (aspiração de secreções com sonda de aspiração em caso de necessidade), otimização do tubo endotraqueal (posicionamento do tubo, mudança do fio de nastro, verificação da pressão do cuff), controle dos sinais vitais, monitorização cardíaca e respiratória, mudança de material (filtros e traqueia) e observação e caracterização dos movimentos respiratórios. Atribui também especial atenção à dificuldade de comunicação que é reconhecida à pessoa doente submetido a ventilação mecânica pois como refere Almeida e Ribeiro, (2008, p.80), *“para além da doença que impossibilita o doente de comunicar verbalmente, o aparato tecnológico que o rodeia, o isolamento, face ao exterior, o excesso de estímulo auditivos e privação dos estímulos “habituais”, os múltiplos cuidados e tratamentos que recebe, e até a própria relação com os profissionais pode ser fator de stress para o doente”*. Assim, a dificuldade de comunicar, é considerada como um dos fatores geradores de stress na pessoa submetida a ventilação mecânica. Nestas circunstâncias, afigurou-se crucial a utilização de estratégias de comunicação não verbal, com base em conhecimentos holísticos e recurso a estratégias simples e efetivas como gestos e recurso à expressão escrita. Na prestação do cuidado à pessoa doente submetido a ventilação mecânica, a assistência ao doente ventilado possibilitou-me consolidar competências na manipulação dos parâmetros ventilatórios, na colheita e interpretação gasimétrica, uma vez que a seleção do modo ventilatório adequado, é realizado através da avaliação das características clínicas da pessoa doente e do ventilador.

---

<sup>3</sup> 1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica.<sup>3</sup>1.1 - *Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

Ainda a este propósito, recordo-me de uma situação específica perspectivada numa fase evolutiva da doença da PSC submetida a ventilação mecânica invasiva. Neste contexto, tive oportunidade de acompanhar e participar ativamente no desmame ventilatório através da vigilância e monitorização rigorosa da pessoa doente, tal como o estado hemodinâmico, a causa da insuficiência respiratória ultrapassada, a avaliação do estado de consciência, a otimização da via aérea e administração de hidrocortisona, na dosagem de 100 mg, para prevenção do potencial edema da glote. Para Swearingen & Keen (2001, p. 171), “*o sucesso do desmame depende mais da situação global do doente do que da técnica usada*”. Nesta situação particular, o Sr.º J encontrava-se em processo de desmame ventilatório e de sondação pelo que o seu “acordar”, originou momentos de agitação, confusão e ansiedade. A este propósito, tive oportunidade de melhorar o bem-estar do Sr.º J. e proporcionar-lhe um cuidado individualizado, que fosse de encontro às suas necessidades. Tal como acontece no procedimento de ventilação mecânica invasiva, o desmame pode causar medo, frustração, incerteza, desespero, medo e falta de capacidade em respirar autonomamente (Eckerblad *et al.*, 2009). Considerei uma prática relacional integrada e centrada no relacionamento com o Sr.º J. por via da comunicação e da relação terapêutica. Assim, na interação enfermeiro/pessoa doente foram mobilizados os modos de comunicar verbal e não-verbal. Expliquei todos os procedimentos antecipadamente, oferecendo ao Sr.º J. tempo necessário para perceber o que se iria passar, contribuindo desta forma para o controlo dos níveis de ansiedade vividos nestas circunstâncias. No domínio da comunicação não-verbal estabeleci uma relação de confiança e ajuda, através da expressão facial pois o contacto visual afirma-se como uma das principais formas de o enfermeiro comunicar com a pessoa doente impedida de falar, tendo como objetivo principal observar as manifestações não verbais do comportamento dos intervenientes do ato comunicativo (Eckerblad *et al.*, 2009). Atendi também à minha postura pois tal como refere Dias e Ferreira (2006), a posição física que o enfermeiro adota no contacto pode ser reveladora da importância que o utilizador dos cuidados de saúde tem para si. Com o recurso a estas estratégias de comunicação verbal e não verbal, foi possível o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda, contribuindo para a melhoria no processo de comunicação com a pessoa em processo de desmame ventilatório<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>1.4 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. (Regulamento n.º

A pessoa doente admitida nesta unidade encontra-se maioritariamente sob sedação e analgesia. Nestas circunstâncias, tive oportunidade de avaliar a dor com o recurso à Behavioral Pain Scale (BPS), recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no seu Plano Nacional de Avaliação da Dor. No entanto, e apesar de esta ser avaliada frequentemente, por ser uma escala comportamental, quando a pessoa doente se encontra profundamente sedada (-5 segundo a escala de agitação e sedação de Richmond), alterando os seus comportamentos, é difícil avaliar a dor e a resposta às intervenções quer farmacológicas quer não farmacológicas aplicadas (Pinho, Carneiro & Alves, 2012). A dor é reconhecida como um sintoma e sinal comum e angustiante na PSC e se não controlada, coloca a pessoa em risco de inúmeras consequências fisiológicas e psicológicas adversas, podendo algumas tornar-se fatais (Stites., 2013). Recordo-me de uma situação particular, o Sr.º J com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio. Apesar do Sr.º J se encontrar sedado (sedação moderada (-3), segundo a escala de Richmond), durante o turno observei sinais de dor, tais como alterações comportamentais, agitação e alteração dos sinais vitais. Neste contexto particular, adotei medidas autónomas e não farmacológicas: alternância de decúbito, massagem, a diminuição dos estímulos ambientais (como o ruído e a luz), a promoção do sono (o sono inadequado leva a uma diminuição da tolerância à dor) em complemento com as medidas de controlo da dor farmacológicas<sup>5</sup>. Como se percebe, as intervenções não-farmacológicas constituem um importante recurso no controlo da dor. De acordo com Linhares e Doca (2010), ao recorrer a intervenções não-farmacológicas, como é o caso das técnicas de relaxamento, obtém-se uma reestruturação cognitiva dirigida às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência de dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão. Fui avaliando de hora a hora a aplicação das medidas farmacológicas e não farmacológicas e no final do turno o Sr.º J encontrava-se calmo e hemodinamicamente estável. Esta situação particular foi ilustrativa de que o EEEMC deve desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (Regulamento no 124/2011, de 18 de fevereiro). Importa referir que a sensibilização relativa à gestão não-farmacológica da dor na PSC foi ancorada na evidência científica, dando um outro enquadramento ao que muitas vezes é

---

429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

<sup>5</sup> 1.3 – *Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.* (Regulamento 429/2018 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica)

realizado de forma empírica, contribuindo para a valorização dos cuidados de enfermagem prestados. A realização desta atividade contribuiu também para o desenvolvimento de competências na formação dos pares, assumindo a minha responsabilidade de facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011, de 29 de maio).

No decurso deste estágio, considerando o contexto integrante da UCI CCT bem como as circunstâncias epidemiológicas decorrentes da pandemia atual por SARS Cov2, fiquei sensibilizada para as questões relacionadas com o controlo de infeção, importância da utilização correta dos equipamentos de proteção individual e do papel ativo que o enfermeiro desempenha neste domínio. Os enfermeiros desempenham um papel determinante nesta área, implementando estratégias de controlo de infeção, nomeadamente a higienização das mãos, a utilização da máscara, das luvas, da bata, quando indicado e de utilizar material descartável e equipamento esterilizado (DGS, 2013). Torna-se imperativo referir que todas as unidades da pessoa doente que integram a UCI CCT encontram-se equipadas com o material necessário para que estas medidas fossem asseguradas. Reconheço que todas as medidas de proteção individual preconizadas para controlo e prevenção da infeção foram aplicadas de forma consistente durante este estágio, nomeadamente, na realização de procedimentos como a aspiração de secreções brônquicas, mantendo a assepsia, a utilização de material de proteção individual para cada pessoa doente, manutenção dos dispositivos intravasculares para prevenção de infeções da corrente sanguínea, criação de corte com separação mínima de um metro entre pessoas infetadas.

O recurso a técnicas de substituição renal (TSFR) constituiu igualmente um momento de desenvolvimento de competências. Na UCI CCT, a técnica dialítica mais prevalente é a hemodifusão venovenosa contínua (HDFVVC). Tive oportunidade de cuidar da pessoa doente submetida a TSFR, realizando observação e colaboração na montagem de todo o equipamento, bem como na manutenção desta técnica. As intervenções de enfermagem que desenvolvi a este propósito objetivaram a avaliação do estado físico da pessoa doente (vigilância de edemas) e possíveis intercorrências dialíticas decorrentes desta técnica, tais como a hipotermia. Recordo-me de uma situação específica, na qual a pessoa doente se encontrava conectado a prótese ventilatória e submetido a HDFVVC. A hipotermia ocorre com a perda de calor por convecção e conseqüentemente diminuição a temperatura corporal do doente (Silva & Tomé, 2008). Na tentativa de encontrar uma solução e minimizar

complicações decorrentes desta técnica dialítica, realizei pesquisa bibliográfica que considerei mais adequada e de acordo com a evidência científica perspectivada, sugeri nesta situação, a implementação por rotina da monitorização contínua da temperatura através do termómetro esofágico e o aquecimento das pessoas doentes, quando necessário. Estas estratégias foram colocadas em prática no cuidado integrado à pessoa doente em questão, sendo que este se manteve normotérmico. Neste contexto profissional e com esta intervenção penso ter demonstrado espírito crítico-reflexivo e julgamento clínico, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado<sup>6</sup>. Tive oportunidade de realizar partilhas integradas no cuidado com a equipa da UCI CCT sobre esta temática, intervindo na promoção do bem-estar e segurança da pessoa doente, atendendo à evidência científica e às responsabilidades sociais e éticas que são reconhecidas aos enfermeiros<sup>7</sup>.

É importante referir que, no decurso deste estágio, as competências que seriam desenvolvidas em condições normais no que concerne ao apoio à família da PSC, foram comprometidas pela pandemia atual por SARS Cov2, não permitindo o acompanhamento e o apoio necessário à pessoa doente e família neste contexto da prática clínica. No entanto, esta limitação foi colmatada através da partilha de experiências com a equipa multidisciplinar, bem como pela garantia e incentivo da pessoa doente comunicar com o seu familiar significativo, via telefone (respeitando o horário definido pelo serviço para este efeito). Recordo-me de uma situação em particular. A Sr<sup>a</sup> A., que se encontrava internada na UCI CCT havia quinze dias com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio; estava submetida a VMI, com sedação -1 segundo a escala de Richmond. Perspetivei que a Sr<sup>a</sup> A, apesar de sonolenta, se encontrava frequentemente apelativa (pedia repetidamente para lhe molharmos os lábios) e com labilidade emocional (tinha um olhar deprimido e envolto em lágrimas). No início do turno da noite, perguntei-lhe como a poderia ajudar. Respondeu-me que seria fundamental naquele momento ver a sua neta. De imediato, sugeri que fosse realizado um contato com a neta via “*WhatsApp*”. Após o estabelecimento deste contato, foi gratificante constatar que a minha ação foi impactante para a Sr<sup>a</sup> A. A Sr<sup>a</sup> A, apertou-me a

---

<sup>6</sup> 1.4 – *Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.* (Regulamento nº 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica)

<sup>7</sup> 2.3 – *Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

mão e agradeceu-me com um olhar carinhoso. Posteriormente foi gratificante observar que a Sr.<sup>a</sup> A. ficou mais tranquila e serena e conseguiu descansar durante a noite.

De acordo com o analisado, considero que os objetivos definidos para este estágio foram atingidos, tendo em conta as competências especializadas adquiridas decorrentes da prática clínica e que viabilizaram a prestação do cuidado com qualidade e segurança à PSC. De salientar que a partilha de experiências com os profissionais de saúde deste serviço bem como a pesquisa bibliográfica realizada no âmbito da PSC a vivenciar processos complexos de doença foram decisivos neste percurso pois a pesquisa e análise de artigos, de acordo com prática baseada em evidência é crucial uma vez que se trata de um instrumento imprescindível para a garantia da prestação de uma assistência de qualidade e, conseqüentemente, para a segurança dos doentes (Horntvedt *et al.*, 2018).

#### COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PSC EM CONTEXTO DE B.O – EXPERIÊNCIA CLÍNICA I

De acordo com a OE (2004), um Bloco Operatório (BO) diz respeito a uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto perioperatório. O mesmo documento designa também que o enfermeiro a desempenhar funções no BO é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do cliente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite. As competências do enfermeiro peri operatório especialista, vão para além das funções supracitadas, acumulando responsabilidades relacionadas com a otimização dos recursos disponíveis, avaliando, planeando, implementando e determinando o cuidado à pessoa doente peri operatório, de forma independente e em conjunto com a equipa multidisciplinar. Considerando esta multiplicidade de funções, o EE é responsável por proporcionar ainda à equipa de enfermagem a liderança, a direção e a experiência clínica para a obtenção dos melhores resultados no cuidado. Especificamente no âmbito da prestação do cuidado, cabe ao EE coordenar, facilitar, gerir e ou propor alterações do processo de enfermagem personalizado (AESOP, 2006).

O contexto clínico onde surge a oportunidade de realizar este percurso é o BO de um hospital de referência da região de Lisboa. O campo de estágio selecionado e validado inicialmente pela instituição de ensino para realizar este percurso, não era o BO, contudo e decorrente das contingências hospitalares impostas pela pandemia atual por SARS Cov2, os estágios tiveram a necessidade de serem reorganizados e adaptados aos campos de estágio com capacidade (estrutural e humana), para rececionarem estudantes em processo de aprendizagem. Contudo e apesar das circunstâncias supramencionadas, a capacidade de resiliência e adaptação que é reconhecida ao enfermeiro, foi perspetivada por mim de forma impactante e rapidamente desenvolvi interesse por este campo de estágio. Considerei que o facto de exercer funções num BO numa instituição distinta, iria obter uma perspetiva diferente da prestação do cuidado. Por outro lado, este BO é considerado de referência a nível nacional, particularmente por admitir trauma *major* e por estar inserido num hospital central de fim de linha, permitindo-me assim obter uma perspetiva diferenciada da prestação do cuidado à PSC e família.

Para este percurso clínico delineie como objetivo geral: **Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa em situação crítica, em contexto de Bloco Operatório.** Paralelamente foram definidos os seguintes objetivos específicos: Desenvolver competências na prestação do cuidado especializado à pessoa em situação peri operatória, designadamente à pessoa submetida a intervenção cirúrgica de carácter urgente e contribuir para a qualidade do cuidado de Enfermagem especializado, prestado à Pessoa/Família em situação crítica no Bloco operatório, através de uma revisão de literatura acerca dos fatores que influenciam a adesão às boas práticas clínicas.

O BO encontra-se localizado nos pisos 2 e 3, é constituído por 8 salas operatórias, onde decorrem intervenções de carácter urgente ou programado, integradas nas seguintes especialidades cirúrgicas: Cirurgia Geral, Unidade de Patologia Mamária, Cirurgia Vascular, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Orto-Traumatológica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vertebro-Medular, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Urologia, Oftalmologia e Estomatologia. No 3º piso, encontra se uma unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e duas salas operatórias adaptadas ao funcionamento exclusivo em dias uteis e no período da manhã. Considerando o contexto atual de pandemia por SARS Cov2, o funcionamento do 3º Piso foi adaptado às circunstâncias atuais. Assim, a UCPA e

uma das salas operatórias passaram a ter a designação de “Sala Operatória Covid”. No 2º piso encontram-se 6 salas operatórias, sala de acolhimento de doentes, sala de pausa, sala com equipamento médico diverso, gabinete de anestesia, gabinete da enfermagem, gabinete administrativo, UCPA, farmácia, sala de esterilizados e sala de dispositivos médicos de uso único.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por cerca de oitenta enfermeiros, distribuídos por uma equipa fixa (8h-15h e/ou 13h-20h) que assegura a cirurgia eletiva e cinco equipas que asseguram a cirurgia urgente/emergente em horário de *rolleman*, cada uma constituída por dez elementos. Cada uma destas equipas é composta por um especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A equipa de assistentes operacionais é constituída por vinte e dois elementos, da anestesia por cinco-seis elementos, com especialistas e internos, que realizam horário de urgência de 12h ou 24h. Nos turnos da tarde e noite, funcionam também duas salas em regime de urgência, sendo três enfermeiros por sala, um a desempenhar funções na UCPA e o chefe de equipa.

Considerando que as horas de contacto definidas para este estágio são cento e oitenta, o que seria ideal no que respeita ao processo de integração passa a ser inatingível. Considerando esta limitação e com o intuito de facilitar a minha adaptação e integração no BO, desenvolvi várias etapas: entrevista com a enfermeira coordenadora e com a Orientadora Clínica (OC), relativamente às atividades cirúrgicas, durante as quais me foram disponibilizadas informações no que respeita à estrutura e funcionamento do BO. Posteriormente, fui convidada pela enfermeira coordenadora a realizar uma visita guiada ao serviço, fui apresentada à equipa multidisciplinar, consultei normas e protocolos existentes e observei as funções desempenhadas pelos enfermeiros, de modo a interiorizar o conteúdo funcional de cada uma delas. Assim, afigurou-se possível a otimização do processo de integração neste serviço, bem como o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais com a equipa multidisciplinar. Para concluir o processo de integração na equipa multidisciplinar, contei com o apoio incondicional da minha OC, especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e perita na área do peri-operatório. O sentimento de integração na equipa multidisciplinar permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa doente que recorre ao BO, constituindo um complemento à minha experiência profissional e de vida.

No que concerne à prestação do cuidado especializado à pessoa com necessidade de procedimento cirúrgico, desempenhei funções de enfermeiro anestesista, circulante e de UCPA, avaliando, diagnosticando, monitorizando e gerindo cuidados de enfermagem complexos, através da humanização dos cuidados de enfermagem, da responsabilidade profissional, ética e legal. Apesar da minha motivação e interesse na área permanecer elevado, considerando o horizonte temporal definido para este estágio e por ser uma área de aprendizagem tão vasta e complexa, não foi possível o desenvolvimento da prática de Enfermeiro Instrumentista. Segundo a AESOP (2006, p. 288), *“o período de integração deverá ter a duração necessária de forma a permitir promover a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem e a aquisição de conceitos fundamentais à prática diária...”*

A enfermagem perioperatória tem como objetivo principal, o cuidado à pessoa submetida a uma cirurgia e à sua família, sendo que as práticas de enfermagem vão ser desenvolvidas nos períodos pré, intra e pós-operatórios (Galvão *et al.*, 2002). Inicialmente de forma a facilitar o cumprimento dos objetivos delineados, centralizei a minha prática nas intervenções cirúrgicas de caráter urgente. No entanto, no decorrer do estágio fui me deparando com o baixo número de pessoas com necessidade de cirurgia de caráter urgente, pelo que se tornou igualmente pertinente para o meu processo de aprendizagem, a intervenção e participação em cirurgias programadas.

A pessoa submetida a qualquer intervenção cirúrgica encontra-se especialmente vulnerável, não só pela sua situação clínica mas porque, pela antecipação da vivência de uma experiência desconhecida, a pessoa cria na sua imaginação uma condição totalmente dependente, suscetível a qualquer tipo de risco ou acidente quando sob efeito de sedação ou anestesia. Constatei que a cirurgia pode ser encarada como fonte de ansiedade e pode criar necessidades a todos os níveis (físico, psico-espiritual, social e ambiental), requerendo medidas específicas, para cada doente e família (Azevedo *et al.*, 2008). No BO, a pessoa doente encontra-se num mundo desconhecido, onde o que o rodeia não faz parte do seu quotidiano (Ribeiro, 2010). Por outro lado, a prática mecanicista e os procedimentos passam a ser o objeto de cuidados (Barbosa & Silva, 2007), esquecendo o fundamental que é a pessoa a quem as tecnologias devem servir para que se alcance o fim desejado, o que é, melhorar o mais possível a pessoa que necessita de cuidados, tanto a nível físico, como emocional e espiritual (Osswald, 2002). A “pessoa” no paradigma da transformação é encarada como um ser único, indissociável do seu universo, e que necessita ser tida em consideração na prática

dos cuidados humanizados. Recordo-me de uma situação particular, protagonizada pela Sr.<sup>a</sup> M. O primeiro contato com esta pessoa doente efetivou-se aquando da sua entrada na zona de transfer. Neste momento, a Sr.<sup>a</sup> M., verbalizou que estava nervosa, queria saber quanto tempo iria demorar a cirurgia, tinha medo de não acordar. Decorrente da comunicação verbal e com vista à humanização do cuidado à pessoa no período perioperatório afigurou-se determinante refletir sobre a seguinte questão: porque não integrar a humanização do cuidado, numa abordagem multidisciplinar de preparação da pessoa doente/família para o ato operatório? Contudo e após realizar a pesquisa bibliográfica que considerei mais adequada, identifiquei que visita pré-operatória é crucial, com vista à promoção da segurança e tranquilidade da pessoa doente submetido a intervenção cirúrgica. A literatura mais recente refere que a visita pré-operatória permite o primeiro contacto com a pessoa doente, esclarecimento e informação acerca do procedimento a que será submetido, no sentido de promover um clima de segurança no período perioperatório (Smeltzer & Bare, 2002). A humanização dos cuidados nos hospitais passa não só por uma intervenção a nível de infraestruturas, equipamentos e recursos humanos, mas sobretudo pela adoção de atitudes e desenvolvimento de competências por parte de todos os que prestam cuidados de saúde, promotoras de bem-estar e segurança. Reconhecidas as mais valias da visita pré-operatória e com a aprovação e evidente motivação da OC e demais enfermeiros, ofereci a minha disponibilidade à equipa de coordenação do BO para colaborar na implementação dessa visita. Neste contexto foi referido que o processo de implementação da visita pré-operatória já se encontrava iniciado, mas por motivos relacionados com a organização atual do BO, existem barreiras administrativas, hierárquicas de disponibilidade de tempo e de recursos para implementar e sistematizar esta prática, pelo que o mesmo se encontra suspenso. Para colmatar a ausência da visita pré-operatória, recorri a entrevistas com a OC e restante equipa de enfermagem, partilhando experiências. Através desta partilha centrada no cuidado tive oportunidade de constatar que a visita pré-operatória é valorizada e considerada como uma boa prática clínica pelos enfermeiros que prestam cuidados neste serviço.

Decorrente da minha prática clínica neste BO, passo a descrever uma situação específica relacionada com a temática suprarreferida. No primeiro contato com uma pessoa que iria ser submetido a uma intervenção cirúrgica, na zona de *transfer*, percecionei que esta se encontrava desanimado e preocupado, considerando a dependência total que iria ser ocasionada no intraoperatório bem como o grau de dependência que iria resultar do procedimento cirúrgico. Ao acolher a pessoa no BO, remetendo para a filosofia dos

cuidados, tive presente a Teoria do Conforto de Kolkaba, que define conforto como o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos, físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2003); sendo muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Apostolo, 2009). Neste sentido, de forma a satisfazer as necessidades de conforto identificadas, tornando a experiência do processo cirúrgico menos traumatizante, realizei o acolhimento à pessoa no período pré-operatório, toquei-lhe na mão e transmiti-lhe com o olhar de confiança. Posteriormente, prestei informação relativamente ao percurso até à sala operatória, clarificando os passos que se seguem, proporcionando sentimentos de segurança e confiança. De forma tranquilizadora, tive ainda oportunidade de abordar questões relacionadas com o pós-operatório, referi que iria acordar na UCPA, com uma sonda nasogástrica e algaliado e sempre que tivesse dor, iria cumprir terapêutica analgésica.<sup>8</sup>Senti que as minhas estratégias foram promotoras de confiança e segurança à pessoa recém-chegado ao BO, desdramatizando a sua hospitalização<sup>9</sup><sup>10</sup>.Na vivência desta situação específica, ficou evidente que o primeiro contacto é considerado um momento único e irrepetível (Osswald, 2002) e que a visita pré operatória reveste-se de especial importância na satisfação das necessidades físicas, psico-espiritual, social e ambiental da pessoa com indicação para realização de procedimento cirúrgico.

O enfermeiro é responsável pela minimização dos possíveis riscos e complicações relacionadas com os processos anestésico-cirúrgico e a hospitalização (Gotardo *et al.*, 2008). Neste sentido, a prática profissional do enfermeiro, em contexto perioperatório vai exigir uma avaliação contínua e criteriosa das necessidades e alterações identificadas à pessoa, de forma que sejam implementadas as intervenções adequadas à situação. No acolhimento de todas as pessoas doentes, a minha intervenção pautou-se pelo cuidado autêntico, valorizando a sua situação clínica, as suas preocupações, medos e necessidades pois, o objetivo final é cuidar com qualidade, atendendo a pessoa com todas as necessidades físicas, psicológicas e

---

<sup>8</sup> 1.2 – *Concede planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/cirúrgicos complexos.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

<sup>9</sup> 1.3 – *Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva inter-profissional.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

<sup>10</sup> 1.1 – *Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

espirituais (Cruz & Varela, 2002). Neste contexto, recordo-me de uma situação específica. A Sr<sup>a</sup> R. encontrava se ansiosa, referia que o marido estava muito preocupado com a sua situação clínica e a atravessar um período especialmente crítico, uma vez que naquele dia fazia precisamente um ano que tinham perdido o filho num acidente de viação. Naquele momento, através da comunicação, da escuta ativa e de um olhar de confiança, constatei impactante o fato de garantir à pessoa que o marido seria contactado telefonicamente quando a mesma chegasse à UCPA. Reconheci nas circunstâncias suprarreferidas que o meu cuidado centrado na necessidade identificada foi reconhecido e significativo de segurança e confiança para a Sr.<sup>a</sup> R.

O enfermeiro é responsável pela manutenção da ventilação e administração de terapêutica. No intraoperatório, desenvolvi e apliquei competências técnicas, nomeadamente em relação à entubação endotraqueal, precedida de colaboração na indução anestésica com administração de fármacos e monitorização hemodinâmica, centralizando a minha atenção nos aspetos clínicos respeitantes à manutenção da via aérea. Assim colaborei, na entubação da pessoa doente com tubo endotraqueal (verificando a manutenção da permeabilidade da via aérea, correto posicionamento e fixação do tubo), à vigilância e registo dos parâmetros ventilatórios. Recordo uma situação particular, relacionada com uma cirurgia de carácter urgente. Foi admitido no B.O, uma PSC, em choque hemorrágico. Após ter realizado o acolhimento, colaborei na indução anestésica, entubação endotraqueal, colocação de linha arterial e cateter venoso central, necessários para monitorização hemodinâmica durante o ato cirúrgico (sempre que verificava alterações hemodinâmicas, discutia com a anestesista, a necessidade de administração de terapêutica analgésica e sedação). Considerando o carácter urgente deste procedimento cirúrgico, o stress ocasionado na equipa multidisciplinar, encontrava se instalado na sala de operações. Controlar a hemorragia e recuperar a função cardíaca (volémia), eram os objetivos primordiais. Pude verificar nesta situação, a relação direta existente entre o início da perfusão de nitroglicerina e a estabilização dos valores tencionais, assim como a introdução da dopamina e a melhoria rápida da resposta renal. Procedi à colheita de gasimetrias regularmente durante o procedimento cirúrgico e validei a interpretação dos valores obtidos com a OC, permitindo adotar medidas corretivas a nível farmacológico e a administração de soros conforme os valores de pressão venosa central (PVC) ou os valores de pressão arterial obtidos. Por não ter experiência anterior no âmbito das intervenções cirúrgicas de carácter urgente, desenvolvi conhecimentos a propósito do

efeito/administração de alguns medicamentos utilizados para recuperação da função cardíaca (volémia) e sobre os quais, o meu conhecimento era até então teórico.

Os cuidados relacionam-se com a segurança e a prevenção da infecção, avaliação e monitorização da dor, a manutenção da temperatura corporal e a adequação dos posicionamentos cirúrgicos (AESOP, 2006). Em relação à temperatura corporal, reconheci que a hipotermia intraoperatória deve ser uma preocupação constante da equipa multidisciplinar, pela sua elevada frequência e associação a complicações diversas que impactam a recuperação da pessoa. A alteração do metabolismo de fármacos, o aumento atividade metabólica promovida pela ocorrência de calafrios pós-operatórios, predisposição a alterações na cascata de coagulação e função plaquetária são as principais complicações inerentes (Rowley et al., 2015). Neste sentido e associado às possíveis complicações decorrentes deste procedimento cirúrgico, a literatura científica tem explorado a necessidade do emprego contínuo e sistemático de medidas de aquecimento durante o período perioperatório, no entanto, para garantirmos a segurança em relação às medidas adotadas, a monitorização precisa da temperatura corporal revela-se necessária (AORN, 2016). Recordo-me de uma situação específica relacionada com a necessidade de monitorização contínua da temperatura corporal no intraoperatório. Partilhei esta preocupação com a OC e com alguns elementos da equipa de enfermagem, na tentativa de compreender o porquê da pessoa doente considerando o tempo intraoperatório previsto (3h), indicação anestésica e cirúrgica, não estar a ser submetido a avaliação da temperatura constante, de forma invasiva com o recurso ao termómetro esofágico. Efetivamente neste contexto não foi possível colocação do termómetro esofágico, considerando o carácter urgente desta cirurgia e o fato da mesma já se encontrar em curso, quando a equipa na qual me encontrava integrada foi render os colegas à sala de operações. Contudo e através da partilha integrada no cuidado, a equipa de enfermagem ficou sensibilizada, reconhecendo a importância da manutenção da temperatura corporal nas circunstâncias supracitadas. No cuidado à pessoa doente, na esfera das intervenções autónomas, integrei as orientações da evidência mais recente, e na impossibilidade de a monitorizar com termómetro esofágico (que seria o ideal), avaliei a temperatura timpânica com frequência (Biazzotto *et al.*, 2006). Tive também oportunidade de intervir, de forma a manter a normotermia, através da utilização de manta térmica e colocação de campos cirúrgicos. Como método ativo, destaco a preparação de fluidos

aquecidos para irrigação da cavidade abdominal e para terapia endovenosa (Rowley *et al.*, 2015). Não houve informação de hipotermia no período intraoperatório<sup>1112</sup>.

No que respeita à dor, é um diagnóstico com intervenções de enfermagem a serem implementadas no BO, sendo que a administração de fármacos analgésicos consiste numa das intervenções possíveis. Fiquei confortável ao constatar que a dor é, de modo consistente, valorizada na pessoa doente submetido a cirurgia, sendo a analgesia tanto mais eficaz se for administrada antes da dor se instalar e esse aspeto é considerado, tanto no intraoperatório, como na UCPA. Alusivo à dor, a Ordem dos Enfermeiros publicou em 2008 um Guia Orientador de Boa Prática, onde Lucília Nunes opina que “*a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional*” (OE, 2008, pág. 7).

No BO, cultiva-se uma política de segurança, com adoção de práticas preventivas do erro e no âmbito da garantia de um ambiente terapêutico e seguro. Assim incrementei a adoção de medidas para a segurança de dados e colaborei na definição de recursos adequados para a prestação do cuidado seguro. Diariamente e antes do início dos programas operatórios, verifiquei a sala operatória em termos de funcionamento dos equipamentos. Tive oportunidade de realizar, aquando do acolhimento o preenchimento da lista de verificação pré-operatória confirmando em voz alta com a pessoa a identificação da mesma, verificando a existência de consentimento informado e esclarecido assinado, pulseira corretamente preenchida, a inexistência de próteses e adornos, o cumprimento do jejum, bem como, a existência de alergias conhecidas. Esta verificação é fundamental para a segurança da pessoa doente, na medida em que reduz o risco de aspiração associado ao não cumprimento do jejum, reduz o risco de queimadura associado à presença de adornos e reduz o risco de administração de fármacos aos quais o utente possa desencadear uma reação alérgica. Tive também oportunidade de preencher a Lista de Verificação de Cirurgia Segura que consiste numa ferramenta obrigatória na gestão do risco dentro do BO, contribuindo para a melhoria

---

<sup>11</sup> 2.1 – *Promove a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.* (regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

<sup>12</sup> *Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.* (Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

na qualidade dos cuidados<sup>13</sup>. De acordo com a AESOP (2006, pág. 8) “o enfermeiro perioperatório assegura um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de «boa prática»”. Senti que os enfermeiros deste serviço adotam, medidas adequadas para garantir um ambiente cirúrgico seguro, quer para a pessoa doente, nomeadamente através da confirmação da lista de verificação (checklist) de segurança cirúrgica, quer para os profissionais de saúde, por exemplo usando proteção adequada aquando do funcionamento de equipamentos de radiologia, garantindo assim a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No que respeita à manutenção da assepsia, no decurso da minha prática clínica e com vista à contribuição para melhoria da qualidade do cuidado prestado neste contexto, a exercer a função de enfermeiro circulante, tive oportunidade de constatar que os cateteres venosos periféricos (CVP) são atualmente um procedimento indispensável ao tratamento da pessoa doente neste contexto. Neste sentido Malagutti & Roehrs (2012, pág. 441) referem que “a tomada de decisão do enfermeiro após a avaliação do utente sobre o uso do CVP, o rigor na realização da técnica de punção, o tipo de penso para fixação e o protocolo para a sua troca, são medidas e estratégias que devem ser estimuladas para diminuir as falhas referentes a esse tipo de procedimento”. Emergente da prática clínica dos enfermeiros no BO, tive a oportunidade de constatar que, as recomendações emanadas pela DGS (2015), no que respeita à manutenção do CVP não eram integralmente cumpridas. Esta situação percecionada foi partilhada com a OE que validou a execução de um documento de trabalho para atualização de conhecimentos dos enfermeiros da instituição. Assim, na concessão deste objetivo foi realizado um documento de trabalho (APENDICE V)<sup>14</sup>, tendo como referência as orientações previstas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) (2017). Com a elaboração deste documento, demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática clínica baseada na evidência científica. Desenvolvi concomitantemente uma metodologia eficaz no cuidado prestado à pessoa doente na prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. Foram ainda realizadas partilhas integradas no cuidado com a equipa

---

<sup>13</sup>*Demonstra Consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.* (Regulamento 429/2018 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica)

<sup>14</sup>*3.2.2 - Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão.* (Regulamentos 429/2018 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica)

multidisciplinar, para sensibilização dos profissionais relativamente a esta temática. Durante a prestação do cuidado foi mantido todo o rigor na descontaminação dos pontos de acesso dos sistemas e prolongadores intravasculares periféricos bem como o cumprimento das medidas de padrão universal de prevenção e controlo da infeção, garantindo assim a minimização de possíveis infeções<sup>1516</sup>. O desenvolvimento desta atividade permitiu ir ao encontro do segundo objetivo traçado para este estágio, com vista à aquisição das competências especializadas preconizadas.

No decurso deste estágio perspetivei que a UCPA é um espaço fundamental dentro de um bloco operatório. Na UCPA vislumbra-se a avaliação constante e minuciosa da pessoa doente, de forma a antecipar e prevenir quaisquer complicações, sejam estas anestésicas ou cirúrgicas, possibilitando uma atuação imediata e de forma competente sempre que surja alguma complicação (AESOP, 2006). A nível de recobro o único meio existente para proporcionar alguma privacidade, e com alguma função de barreira, são cortinas. Estas, no entanto, não proporcionam um isolamento físico adequado, uma vez que não existe uma unidade de isolamento para pessoas doentes sujeitos a medidas de isolamento. Por não existir nenhuma barreira física intransponível, os profissionais recorrem ao uso de equipamento de proteção individual, conforme as diretrizes da Direção Geral da Saúde (2017), e cumprindo as indicações da Comissão de prevenção e controlo de Infeção. No caso da PSC, estes são diretamente encaminhados para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Em relação à temperatura corporal, logo no primeiro turno que realizei na UCPA tive oportunidade de perspetivar que a pessoa internada referia frio com alguma frequência. Deparei-me com a dificuldade na resposta às solicitações, dado existirem apenas três aquecedores individuais, portanto em número insuficiente, uma vez que a lotação desta unidade é de seis pessoas. Partilhei a situação identificada com o enfermeiro responsável pela área dos equipamentos, que se mostrou muito recetivo ao facto. Foi com satisfação que constatei, decorridos alguns dias, que tinham sido adquiridos mais três aquecedores

---

<sup>15</sup> 3.2 *Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associada à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.* (Regulamento 429/2018 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica).

<sup>16</sup>3.1.2 *-Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;* (Regulamento 429/2018 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

individuais para a UCPA <sup>17</sup>. O desenvolvimento desta atividade permitiu ir ao encontro do segundo objetivo traçado para este estágio, com vista ao alcance das competências especializadas preconizadas.

Decorrente da interiorização das competências especializadas no âmbito da investigação, e com vista à melhoria da qualidade do cuidado prestado na área do perioperatório, iniciei o estudo do fenómeno, “*fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas*”. Após o reconhecimento da problemática supracitada e a formulação da questão de investigação “*Quais os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas?*”, procedeu se à realização de uma revisão de literatura (RL) (*scoping review*). Considerando as limitações temporais, agravadas pela situação pandémica, relacionada com a pandemia atual por SARS Cov 2, não foi possível concluir a revisão de literatura neste estágio, não se afigurando possível nestas circunstâncias, a apresentação dos resultados da revisão de literatura (RL) à equipa multidisciplinar do BO. Contudo e apesar das contingências ocasionadas pela pandemia atual por SARS Cov2 e que implicou a suspensão de sessões de grupo, tive oportunidade de realizar partilhas integradas no cuidado, sensibilizando a equipa multidisciplinar e interdisciplinar para a reflexão e mudança de comportamento a propósito das situações identificadas e relacionadas com o fenómeno em estudo, acerca dos “*fatores que influenciam a adesão dos Enfermeiros às boas práticas clínicas*”, tendo como base os achados na literatura.

As atividades suprarreferidas com vista à aquisição de competências especializadas na área do perioperatório, propiciaram o desenvolvimento das boas práticas clínicas baseadas na evidência científica, instrumento indispensável para garantir a segurança e qualidade do cuidado prestado (Horntvedt *et al*, 2018).

---

<sup>17</sup> 2.1 – *Promove a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.* (regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica)

## COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CUIDADO À PSC EM CONTEXTO DE SAP – EXPERIÊNCIA CLÍNICA II

Os serviços de atendimento permanente para urgências e emergências são essenciais no setor da saúde. O SAP é um serviço médico e de saúde de urgência privado, disponibilizado 24 horas por dia, 7 dias por semana, a todos as pessoas pertencentes a seguradoras (que possuem acordos com a instituição), ou a pessoas que pagam a totalidade do serviço prestado, se for a título particular. Este serviço é uma das principais vias de acesso diária de utentes adultos à instituição e é vocacionado para o atendimento de urgências e emergências. Está assim vinculado à afluência de muitas pessoas doentes, com execução de diversos procedimentos. O processo de trabalho que ali se desenrola e o ambiente clínico é caracterizado por ser dinâmico, heterogêneo, intrinsecamente stressante e tecnológico. Reporta-se muitas vezes a situações inesperadas, súbitas e não previsíveis.

Os serviços de urgência e emergência destinam-se ao cuidado de pessoas doentes com problemas agudos e de elevada gravidade, garantindo assistência imediata quando o risco de morte é iminente, (Sousa *et al*, 2019). Os serviços de urgência e emergência atendem a população que recorre com quadros agudos, traumas, situações *life saving*, entre outras e onde os enfermeiros que têm que gerir o sofrimento, a incapacitação e por vezes até a morte do doente (Nobre *et al*, 2015). Girardon-Perlini e Pilato (2008, pág.722) descrevem o serviço de urgência como “*o local destinado para o atendimento a pessoas que necessitam de cuidados urgentes em situações críticas para evitar a morte, prolongar a vida ou prevenir consequências prejudiciais para a saúde*”. A prestação do cuidado de enfermagem, no âmbito de um SAP, inclui uma diversidade de pessoas, em diferentes momentos do seu ciclo vital, que apresentam alterações na sua saúde física ou psíquica, reais ou percecionadas, que não se encontram diagnosticadas e que necessitam de outras intervenções, caracterizadas por serem episódicas e, normalmente, agudas (MacPhail, 2001).

O serviço de urgência (SU) representava uma área, com a qual até à data tinha tido pouco contato, enquanto profissional de saúde e na qualidade de pessoa e utilizadora dos serviços de saúde. Portanto, a realização deste estágio num SU, constituiu um potencial de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas nesta área. Sendo assim, considerando a diversidade de experiências decorrentes da prática clínica, o objetivo geral que orientou o percurso deste estágio foi **desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação do cuidado de enfermagem especializado em**

**enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa em situação crítica e Família** e como objetivos específicos estabeleci: desenvolver competências na prestação do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e Família no serviço de Permanente; Contribuir para a qualidade do cuidado de Enfermagem especializado à Pessoa/Família em situação crítica no serviço de Atendimento Permanente no âmbito dos fatores que influenciam a adesão às boas práticas clínicas.

O percurso de estágio foi realizado no SAP de um Hospital Privado. É um serviço com uma evolução crescente e tem vindo a sofrer algumas alterações em termos funcionais e estruturais, com vista à prestação do cuidado de excelência a pessoas doentes em situação urgente e não urgente, com idade igual ou superior a 18 anos. Tem a maioria das características de um serviço de urgência polivalente privado, com gestão clínica liderada por médicos internistas e com diferenciação específica em Medicina de Emergência. Neste momento, é um serviço em reestruturação e está dividido em áreas funcionais com critérios de admissão específicos: área de admissão e receção administrativa (localizada à entrada do SAP); triagem de prioridades, que utiliza o sistema Manchester e área de tratamento (constituída por várias áreas contíguas: sala de colheitas; três gabinetes médicos; gabinete de contingência, gabinete exterior às restantes áreas clínicas do SAP; três salas de observação (SO) individualizadas para pessoas doentes com necessidade de monitorização clínica permanente até decisão de destino e/ou momento da transferência para outro serviço. A vigilância clínica, nas salas de observação individual é assegurada por um médico e um enfermeiro em permanência física. Todas as pessoas doentes estão sob monitorização através de dispositivos médicos adequados à situação clínica apresentada, com captação de dados por telemetria visível a partir de todos os postos de trabalho.

O funcionamento do serviço é assegurado por vários profissionais e no que respeita aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por cerca de 20 enfermeiros, distribuídos por uma equipa fixa (8h-20h e/ou 20h-8h), em horário de *rolleman*. Cada equipa é constituída por 4 elementos. A equipa de assistentes operacionais é constituída por 10 elementos, distribuídos por 5 equipas. O método de distribuição de trabalho adotado é o método individual, onde cada enfermeiro presta a globalidade dos cuidados à pessoa doente que tem a seu cargo, prestando os cuidados de enfermagem que necessitam e assegurando a continuidade na prestação, bem como a integridade biopsicossocial da pessoa doente e respetiva família.

Em situações emergenciais é assumido o método de equipa. A equipa é liderada por um profissional que toma decisões tanto sobre as necessidades da pessoa doente como pelo planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

A área de atendimento urgente integra várias especialidades médicas que estão agregadas pelo mesmo objetivo funcional e adequada ao fluxo de pessoas doentes. A equipa médica em presença física no SAP é uma equipa mista, incluindo as especialidades de cirurgia geral, imagiologia, patologia clínica, cardiologia, cardiologia de intervenção, medicina intensiva, ortopedia, cirurgia plástica e reconstrutiva, oftalmologia, otorrinolaringologia, oncologia, anestesiologia, ginecologia/obstetrícia, gastroenterologia, neurocirurgia, cirurgia cardiotorácica, urologia, neurologia, psiquiatria, pneumologia e cirurgia vascular. Existe apoio em permanência (24h) do serviço de medicina transfusional e do serviço de farmácia hospitalar.

A atual situação pandémica e as normas preconizadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) (2020) forçaram o SAP a uma reestruturação do espaço físico, dividindo a urgência em dois circuitos independentes: unidade de atendimento específico e urgência geral. As pessoas doentes que apresentam sintomas como febre, dispneia, odinofagia, são triados para a unidade de atendimento específico e seguem um circuito próprio, permanecendo neste até despiste de SARS-CoV-2. Todas as pessoas doentes são atendidas na urgência geral. Identifico como limitação e constrangimento à realização do presente estágio no SAP, a situação atual de pandemia, em contexto de urgência, na linha da frente, manifestada por exaustão da equipa e aumento do volume de trabalho relacionado especialmente com o controlo da pandemia e tratamento da pessoa doente com diagnóstico clínico de infeção por SARS-Cov2.

Contudo, apesar de todos os constrangimentos ocasionados pela pandemia, o meu processo de integração no ambiente clínico SAP evolui de forma progressiva. Neste sentido, foi imprescindível, a colaboração com a OC, mestre em EEMC e chefe de equipa, na prestação do cuidado, na consulta de protocolos/normas, bem como a localização e funcionamento dos materiais e equipamentos utilizados neste serviço. Importa referir que, o processo de integração neste serviço, foi otimizado pela minha capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, que se constituiu uma mais-valia no que diz respeito à partilha de conhecimentos e experiências, relevantes para o desenvolvimento de competências

relacionais e de comunicação, fundamentais para um bom funcionamento das equipas de saúde.

O SAP usufrui da triagem de prioridades, utilizando o sistema Manchester que compreende cinco categorias diferenciadas por cores (por ordem crescente de gravidade): branco, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. Esta metodologia, consiste em estabelecer uma triagem de prioridades, através de uma identificação objetiva e sistemática dos critérios de gravidade, dando a conhecer a prioridade clínica e o tempo recomendado até à observação médica (GPT, 2009). Em termos de situações de emergência, o campo de estágio revelou-se pouco abonatório. A triagem é realizada pelos enfermeiros no SAP. Constituindo-se como um momento ainda não experienciado por mim, senti que a passagem pelo serviço de triagem, tornar-se-ia numa mais-valia para este estágio. Tive oportunidade de realizar com a OC, apenas dois turnos nesta área. Realizei pesquisa bibliográfica que considerei mais adequada e tive oportunidade de realizar triagem, sob a supervisão da OC, à pessoa doente que aqui recorreu. Poderá pensar-se que “triar” significará simplesmente escolher, classificar ou selecionar. De acordo com o dicionário da língua portuguesa o termo triagem traduz -se como escolha, ação de escolher. Confrontada no contexto de trabalho, a triagem assenta na destreza e competência do enfermeiro realizar observações rápidas e com capacidade de recolher informações pertinentes e por isso uma avaliação cuidada da pessoa doente por um enfermeiro experiente, no sentido de identificar prioridades de atendimento, demonstrando raciocínio para a tomada de decisão. O quotidiano do enfermeiro no contexto prático de triagem é feito de encontros permanentes com a pessoa em situação aguda e por vezes emergente de saúde/doença, de vida e de morte. A triagem destas situações, sempre únicas e marcadas pela incerteza, implica o domínio de saberes, para além de uma sólida competência relacional que nunca deixe de preservar o direito à dignidade e identidade da pessoa cuidada. É neste quadro que é lícito falar e integrar a teorização das habilidades de enfermagem e de desenvolvimento socioprofissional ao nível da perícia. Benner (2001), enfatiza a experiência profissional, considerando que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a experiência de situações reais. No seu modelo de aquisição de competências enfatiza a transição por níveis: de iniciado a perito (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito). O enfermeiro perito suporta e percebe a sua ação com base na experiência e na compreensão intuitiva das situações. As suas decisões já não se baseiam em princípios, regras ou orientações para relacionar as situações e as ações (Benner, 2001).

De forma a facilitar o cumprimento dos objetivos delineados, centralizei o desenvolvimento do estágio no SO. Deste modo, desenvolvi competências para a prestação do cuidado de enfermagem especializado e individualizado à pessoa doente, de médio risco, nomeadamente portadores de várias condições crónicas agudizadas e vários problemas de saúde, entre as quais, insuficiência renal, cardíaca e respiratória, bem como patologias agudas, das quais destaco enfarte agudo do miocárdio, embolia pulmonar, hemorragia digestiva, entre outras. Evidenciei a capacidade de atuar perante situações imprevistas e heterogêneas na área da urgência e a grande competência técnico-científica revelou-se particularmente no sentido do encontro para a competência humana, porque abriu pistas de comunicação, de intervenção e de assim entrar em relação com as pessoas de quem cuidei. Para almejar cuidados de excelência, abordei de uma forma equilibrada e complementar a técnica e a humanização dos cuidados, sem nunca deixar de ter um momento afetivo, num espaço e num tempo que só fará sentido se for relacional. Considero assim que consegui desviar o foco de atenção de um modelo centrado no modelo biomédico e curativo para um modelo centrado na singularidade de cada pessoa, colocando a pessoa e a sua família como foco principal e central dos meus cuidados. Ainda, relacionado com esta temática, considero o feedback da pessoa doente e família como um dos principais fatores de avaliação. De salientar que na procura permanente da excelência no exercício profissional, a satisfação da pessoa doente é reconhecida formalmente pela Ordem dos Enfermeiros como um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

No domínio clínico, na prestação direta de cuidados a pessoas doentes em contexto SAP, reconheci que a prática de cuidados em ambiente de sala de tratamentos e no âmbito de triagem são áreas em que assegurar a privacidade e confidencialidade da pessoa doente pode esboçar comprometimento. Desta forma, a preservação da privacidade e intimidade, obrigou-me à reflexão das práticas e a formalizar gestos sempre pensados que se compaginam com os direitos da pessoa cuidada. Desta forma, assumiu um papel fundamental mobilizar os códigos e regulamentos orientadores do exercício profissional, nomeadamente o Código Deontológico inserido no Estatuto da OE aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, pelo desígnio fundamental do artigo 107.º - Do respeito pela intimidade, em que o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

No que concerne à conduta profissional assegurei as regras de ética e deontologia profissional no zelo pelo cumprimento deste direito, nomeadamente através da utilização de cortinas durante a prestação dos cuidados, limitação da avaliação das pessoas doentes e a prestação do cuidado a espaços próprios. Não permiti, sempre que possível, que a pessoa doente em condição de agitação permanecesse em áreas de corredor, participei na gestão de cuidados para restringir o número de indivíduos nessa mesma área, assegurando cuidados seguros e de qualidade, mesmo perante situações de maior complexidade, impossibilidade e maior afluência. Preservar a dignidade da pessoa impõe esta abordagem, bem como, a existência de espaços que permitam a privacidade e potencializem a existência de um cuidado humanizado. Considerando as atividades desenvolvidas neste estágio e supramencionadas, importa salientar que o foco de enfermagem que mereceu mais atenção da minha parte, foi a prestação do cuidado humanizado à pessoa em contexto de urgência e emergência. O artigo 110.º do Código Deontológico do Enfermeiro afirma a humanização dos cuidados, sendo o enfermeiro responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem assumindo o dever de: a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única e b) contribuindo para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Por via dos resultados de uma revisão integrativa da literatura verifica-se que o atendimento humanizado é de extrema importância: transmitir segurança, dar um sorriso, olhar nos olhos, conhecer a história da pessoa, que sendo atitudes simples, fazem a diferença no cuidado prestado. Contudo, identificou-se que tais ações nem sempre ocorrem, devido à falta de profissionais, recursos e até mesmo ao desgaste físico e psicológico manifestado pelas equipas multidisciplinares. Para tanto, conclui-se que na procura do cuidado de excelência de enfermagem, faz-se necessário que o profissional possua o conhecimento técnico e científico, sem esquecer os sentimentos e necessidades dos doentes (Radaelli *et al*, 2019). Em serviços de urgência e emergência, conhecimentos específicos, habilidades e atitudes são enfatizadas a fim de fornecer assistência individualizada, digna e humanizada àqueles que buscam esse tipo de atendimento, que, no caso da humanização, inclui receção, comunicação, diálogo, resolução, respeito e escuta (Sousa *et al*, 2019).

Em relação à humanização dos cuidados sobre a qual incidiu com maior especificidade a observação percebeu-se que a humanização do cuidado de enfermagem pode ser precariamente exercida no ambiente de prática urgente e emergente. A observação

revelou ainda a predominância do avanço tecnológico e científico, onde muitas vezes se fragmenta a atenção que deveria ser dispensada de forma mais humana, tendo este processo um impacto negativo nas relações das pessoas alvo dos cuidados com os profissionais de saúde e as instituições (Bates, 2018). Considerando o carácter de urgência e emergência, identifiquei no SAP algumas condições do ambiente da prática de cuidados desfavoráveis à humanização dos cuidados, tais como: rotina acelerada no atendimento, sobrelotação dos espaços, sobrecarga de trabalho, ambiente de tensão e stress, tempo limitado de contacto com as pessoas doentes. Concordo com Tudela e Mòdol (2015), quando estes afirmam que estes fatores motivam a existência do modelo biomédico tecnicizado dos cuidados de saúde, conduzindo à sua despersonalização, negligenciando a dignidade daqueles de quem supostamente deveríamos cuidar. Recordo-me de uma situação particular de uma pessoa que recorre ao SAP por quadro de obstipação com 6 dias de evolução (antecedentes pessoais: doença de parkinson diagnosticado há 8 anos, apresentando presentemente tremores, rigidez e bradicinesia). Depois de observado em gabinete médico e ter cumprido prescrição médica terapêutica com administração de laxantes, ficou a aguardar efeito terapêutico na sala do SAP. Apercebi-me que o Sr. ° R. se mobilizava na sala de espera com muita dificuldade e com expressão facial demonstrativa de intenso desconforto. Aproximei-me e demonstrei-lhe a minha disponibilidade face à situação. O Sr. ° R. prontamente referiu que já se encontrava ali há algum tempo, inclusivamente já se tinha dirigido a alguns enfermeiros e assistentes operacionais, mas não obteve resposta, apercebendo se que andavam todos “demasiado atarefados.” Verbalizou que se sentia muito desconfortável porque, entretanto, já evacuou há algum tempo na fralda, não se consegue sentar nas cadeiras e não consegue ir sozinho à casa de banho porque tem receio de se desequilibrar. As práticas de cuidados humanizados almejados pelas pessoas doentes na sua relação com os enfermeiros em ambiente hospitalar vão para além do ato técnico, baseando-se numa relação permanente, que perpassa o toque, a comunicação, o cuidado físico e o respeito, sendo esses aspetos fundamentais para a promoção do bem-estar de quem é cuidado (Silva *et al.*, 2015). Naquele momento, percebi através da comunicação verbal e não verbal que proporcionei conforto à pessoa doente através do olhar, de uma atitude empática e tranquilizante. Para que a relação terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa doente se concretize é essencial que exista uma comunicação eficaz, o que pressupõe, por parte do enfermeiro, um conhecimento sólido acerca do processo comunicacional, nomeadamente das formas verbais e não-verbais da comunicação, assim como o desenvolvimento de competências a nível comunicacional (Eckerblad *et al.*, 2009). Acompanhei o Sr. ° R. ao WC. Nesta situação específica, tive

oportunidade de prestar o cuidado humanizado e individualizado através do estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda com a pessoa doente, com olhar sensível (evitando por exemplo que o Sr. ° R. ficasse inibido de relatar o que estava a sentir), tendo como base uma comunicação eficaz, imprescindível para o diagnóstico e planeamento das intervenções de enfermagem adequadas às necessidades singulares da pessoa doente. A adoção destas estratégias revelou-se crucial como forma de satisfazer as necessidades identificadas, contribuindo para a melhoria do cuidado prestado. Foi muito gratificante perspetivar e reconhecer que a minha atitude foi impactante para o bem-estar do Sr. ° R. No âmbito desta problemática, desenvolvi sessões de partilha integradas no cuidado com os profissionais de saúde sobre esta temática, numa perspetiva de sensibilização da importância da humanização do cuidado de enfermagem em ambiente de prática em serviços de urgência e emergência. A equipa partilhou experiências de humanização com protagonismo profissional, tendo em vista as suas contribuições para o cuidado de enfermagem, para não se colocar em risco a qualidade dos serviços prestados e a satisfação das necessidades da pessoa doente.

No âmbito da humanização, tive também oportunidade de reconhecer que o modelo de organização do serviço de urgência, pode dificultar cuidar da multidimensionalidade da pessoa em fim de vida. Contudo é necessário o cuidado especializado prestado à pessoa doente em fim de vida, crucial através do cuidado individualizado e dirigido à causa desencadeante da dor, a fim de aliviar a mesma, considerando que a forma de respeitar a vida não é só defendê-la com base nos nossos conhecimentos, mas também aceitar que a morte é, às vezes inevitável (Alminhas, 2007). Muitas das pessoas doentes que recorrem ao SAP encontram-se em processos de doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem paliativa é a mais benéfica (Deodato, 2010). O que me foi pedido, como enfermeira especialista em médico-cirúrgica foi prestar cuidados paliativos (CP) no serviço de urgência considerando como cuidados prioritários: o alívio sintomático; as medidas de conforto; a companhia, a mão que se aperta, a ternura de quem se faz próxima, a comunicação com a família, a privacidade e responder às necessidades efetivas da pessoa; e não as perfusões, entubações, massagem cardíaca, o traçado irregular, os monitores, a luta obstinada pela vida. Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP (biénio 2019-2020), ancorado na lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012), a visão para os CP em Portugal é a de que todas as pessoas, portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, tenham acessos a CP de qualidade independentemente da sua idade, local de residência ou nível socio económico,

desde o diagnóstico até ao luto. É uma situação particular de saúde, de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de se reportar ao fim da vida (Sapeta *et al.*, 2007). No exercício do cuidar de enfermagem no contexto SAP foi possível experienciar o cuidado à pessoa em situação particular de fim de vida, onde sublinho a importância e a garantia de cuidados diferenciados e de continuidade, com o fornecimento de apoio como profissional especializada, no caso como enfermeira especialista em médico-cirúrgica. Foi admitido no SU uma pessoa doente portadora de doença oncológica avançada, com perda de autonomia e cujo agravamento significativo nos últimos dias potenciou o aparecimento de sintomas, nomeadamente dor, náuseas e vômitos incoercíveis. Estava acompanhado pela filha. Junto da pessoa estive mais tempo, com proximidade, sensibilidade e disponibilidade para o apoiar e o acompanhar face às suas necessidades, ao mesmo tempo que atendi à família, informando-a e apoiando-a, gerindo a possibilidade da sua presença. Com objetivos plausíveis no contexto de cuidados paliativos privilegiei o controlo de sintomas e a implementação de medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor (otimizei o posicionamento, usei almofadas para proporcionar conforto e evitar esforço, a pedido ofereci compressas com água), o estabelecimento de uma relação terapêutica através de uma atitude empática, tranquilizadora e da escuta atenta, de busca pelo bem-estar, envolvimento da pessoa doente e da sua família no processo de tomada de decisão e administração de farmacologia (terapêutica antiemética e perfusão de terapêutica analgésica). Os procedimentos foram o menos invasivos possível. O controlo da dor constitui um dos principais focos de atenção de enfermagem e alusivo às boas práticas clínicas relacionadas com o controlo da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, a OE (2008), recomenda que o enfermeiro utilize intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas sejam bem escolhidas de acordo com as preferências da pessoa doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

Sendo a família parte integrante dos cuidados, no âmbito do cuidado humanizado, afigura-se concomitantemente, a otimização do apoio e acolhimento da família da pessoa doente que recorre ao SAP. A doença de um indivíduo pode desencadear uma crise familiar e o modo como essa família se adapta pode afetar o doente (Cerqueira, 2005). Na realidade, a relação que os enfermeiros estabelecem com a pessoa e com a família revela-se de extrema importância no minimizar, quer do sofrimento bem como em relação aos sentimentos de insatisfação dos mesmos. No entanto, e devido às contingências hospitalares impostas para

contenção da atual pandemia por SARS Cov2, o desenvolvimento de competências especializadas na prestação do cuidado humanizado à família do doente que recorre ao SAP, ficou comprometido. O ano de 2020 foi um ano atípico, sem ser como seria de esperar. A pandemia da por SARS Cov2 impôs muitas restrições. Pela Orientação 038/2020 foram impostas um conjunto de medidas de carácter extraordinário nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), num esforço concertado para a redução das cadeias de transmissão. Entre as medidas adotadas, incluíram-se restrições a acompanhantes e visitas a pessoas internadas (DGS, 2020). Considerando este constrangimento, procedi à adoção de estratégias, objetivando a manutenção da promoção de boas práticas no acolhimento e apoio realizado, através da comunicação e visitas via telefónica, mostrando disponibilidade e transmitido segurança no que respeita à prestação de informação em caso de alteração significativa no estado de saúde do seu ente querido. Nestas circunstâncias, tive ainda oportunidade de gerir a possibilidade de o familiar acompanhar, por períodos, o seu ente querido, em contexto de SO. Estas estratégias afiguraram-se fundamentais e eficazes, na medida em que proporcionaram tranquilidade à pessoa doente e família a vivenciar processos de doença, especialmente em situação de urgência e com doença incurável em estado avançado e em processo de fim de vida.

Ainda tendo por base o domínio clínico, na prestação direta de cuidados a pessoas em contexto SAP foi frequente as pessoas doentes deslocarem-se ao SAP para tratamento de diferentes tipos de feridas agudas. Sheehy (2011) refere que, o enfermeiro de urgência está em condições de minorar possíveis complicações a estas feridas, mercê de avaliação, cuidados escrupulosos da ferida e ensino aquando da alta. Pude constatar que existe uma lacuna nos procedimentos da equipa de enfermagem do SAP no que diz respeito à uniformização e à adequação do tratamento de ferida agudas e crónicas e inexistência de normas de procedimentos/protocolos no domínio da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida. Na enfermagem a questão da boa prática de cuidados reveste-se da maior importância, em que os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, tornando assim os cuidados prestados seguros, visíveis e eficazes. Neste sentido e com vista à melhoria da prestação do cuidado prestado, mobilizei os conhecimentos apreendidos no decurso da prática profissional, procedendo à transmissão dos mesmos à equipa de enfermagem do SAP (classificação de feridas, tipos de feridas, processo de cicatrização de feridas, antissépticos, desinfeção cirúrgica das mãos, desinfeção do campo operatório, anestesia local), através da partilha integrada no cuidado. Numa perspetiva de

compreensão da dimensão da problemática da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida em contexto de urgência pareceu-me importante partilhar evidência que documentasse esta dimensão em contexto de serviço, subordinada à temática. Ao incluir as intervenções mencionadas, participando em atividades de partilha e atualização permanente de saberes com a equipa, permitiu que fosse ao encontro da resolução das necessidades identificadas. Desta forma, foi possível o desenvolvimento da capacidade de aplicar e integrar conhecimentos e a sua atualização, a formulação de juízos profissionais e tomada de decisão, competências de comunicação e de autoaprendizagem com vista à promoção no âmbito das boas práticas na área, através da partilha em equipa.

Importa ainda referir que no seguimento do estágio constatei que os solutos e material da sala de tratamentos não se encontravam devidamente identificados, o que se poderia traduzir em erros e aumento do tempo despendido na sua procura (nomeadamente em situações de carácter urgente/emergente). A problemática aqui identificada foi no âmbito do ambiente seguro, na identificação de procedimentos com medidas que visam a segurança na prestação de cuidados e no garante de segurança de administração de substâncias terapêuticas. No âmbito da gestão do risco, tomei a iniciativa de me voluntariar para proceder à identificação do material existente na sala de tratamentos (APENDICE VI). A concretização desta atividade foi validada pela Enf.<sup>a</sup> coordenadora, OC e equipa de enfermagem. A fim de evoluir na estratégia selecionada, percorri a seguinte sequência de ações: 1) identificação da necessidade de assinalar o material e terapêutica nos armários; 2) apresentação da proposta para validação pela OC e Enf.<sup>a</sup> coordenadora; 3) seleção do método de identificação mais conveniente e duradouro; 4) concretização da atividade com envolvimento participativo da equipa, durante um turno de trabalho.

Ainda, no âmbito da contribuição para a melhoria da prestação do cuidado prestado, foi apresentado à equipa de enfermagem, uma sessão de partilha integrada no cuidado. Para a divulgação do momento de partilha foram informados pessoalmente todos os enfermeiros da equipa. Foi realizada uma atividade de formação em serviço, no dia 12 de janeiro de 2021, no SO com a presença de quatro enfermeiros e dois assistentes operacionais da equipa. Tomou-se a decisão que a sessão fosse realizada durante um turno de trabalho, com seleção de local e horário conveniente. A sessão foi realizada presencialmente, utilizando informação geradora de conhecimento, com duração de 30 minutos. Seguiu-se uma metodologia expositiva, com recurso a uma apresentação *PowerPoint* (APENDICE VII),

que ficou disponível para consulta da equipa alargada. Esta ação permitiu dar a conhecer os resultados provenientes da revisão literatura, *scoping review*, que objetivou sensibilizar e promover a reflexão da equipa de enfermagem a propósito do fenómeno, “*fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas praticas clínicas*”. No decurso desta sessão de partilha integrada no cuidado, os presentes foram participativos através da partilha de experiências e exposição de questões. Em relação aos contributos da sessão para o desempenho dos profissionais envolvidos, de forma unânime estes reconheceram a importância destes momentos para a sensibilização e capacitação no que diz respeito à reflexão sobre os fatores que influenciam a adesão às boas práticas como forma de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao à pessoa doente. A decisão para proceder à avaliação da sessão foi tomada com limitações do contexto organizacional. Não foi aplicado um instrumento de avaliação da sessão após a apresentação. Assim, decidi que a avaliação seria de cariz qualitativo, ao nível da verbalização, expressividade e questionamento do grupo durante a ação. Consegui observar comportamentos diretos bastante positivos da maioria dos participantes, com colocação de várias questões sobre o conteúdo exposto e a considerarem a pertinência do tema e dos conteúdos apresentados. Para além disso, foi dito e permitido relembrar e/ou consolidar conhecimentos e refletir sobre a prática de cuidados. Seguindo esta ordem diria também que a avaliação que fiz foi reinvestida na própria ação, adequada ao contexto, sendo uma avaliação para a aquisição e não da aquisição e assim sendo é ela própria formadora, pois referiu-se ao momento das questões finais que foi considerada uma estratégia avaliativa. O retorno positivo no final dos que estiveram presentes foi outra forma de considerar a avaliação da sessão.

Ainda, a propósito da revisão de literatura, levada a cabo sobre os “*fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas praticas clínicas*”, tive oportunidade de participar no III Seminário Internacional do Mestrado em enfermagem “Enfermagem Especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro” (edição online) (ANEXO I), através da elaboração, com o meu grupo de trabalho, de um *poster*. A concretização do *poster*, objetivou a divulgação dos resultados decorrentes da revisão literatura “*scoping review*” à comunidade científica. A realização do *poster* baseou se num resumo e foi posteriormente, submetido e apresentado no seminário suprarreferido (APENDICE VIII).

## CONCLUSÃO

A última parte do relatório é o capítulo da conclusão. Com este relatório respondi ao objetivo de revelar o meu percurso nos três estágios desenvolvidos numa perspetiva de desenvolvimento de competências previstas e centrais compatíveis com o perfil do EEEMC e mestre em enfermagem.

Considero que adquiri competências especializadas, contribuindo para a melhoria contínua do cuidado prestado à PSC e família. A elaboração deste relatório foi ao encontro dos objetivos traçados inicialmente e espelha a aquisição e consolidação das aprendizagens efetuadas no decorrer deste percurso no âmbito da EEMC. Numa ótica de investigação, de igual modo, criei, transmiti e difundi conhecimento em enfermagem porque, de modo a fundamentar a prática com a melhor evidência científica, foi elaborada uma revisão de literatura que evidenciou os fatores de adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas, rumo à segurança dos cuidados. Assim, e neste caso particular, o foco específico para promover a qualidade e a segurança dos cuidados recaiu sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas.

Considero também que o recurso à abordagem humanista, que caracterizo de estratégia, suscitou a totalidade das minhas intervenções e permitiu promover transições positivas ou de níveis progressivos de adaptação face aos constrangimentos da vida da pessoa que se encontra em situação crítica, referindo-me também sempre à família. De um modo geral, considero ainda que contribuí para a motivação das equipas de enfermagem que integrei e assim foram criadas condições para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC e família.

Este percurso ficou marcado pela complexidade e trabalho árduo, relacionado impreterivelmente com o cansaço associado à carga horária, mas principalmente com a instabilidade proporcionada pela situação pandémica atual que afetou amplamente os serviços de saúde e o modo como os profissionais de saúde apoiam e acolhem as pessoas doentes e as suas respetivas famílias. Ainda assim, este percurso foi realizado com satisfação e motivação, incorporando todas as orientações clínicas e científicas, com uma atitude

acolhedora e construtiva em relação a todos que se cruzaram no meu caminho. E desta foram, afigurou se possível, a minha evolução como futura EEEMC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M.C.B. e Ribeiro, J.L.P. (2008). *Stress dos doentes nos cuidados intensivos*. Revista de enfermagem. Escola Superior de enfermagem de Coimbra. II.<sup>a</sup> série-nº7, pp. 79-88.

Alminhas, M. (2007). *Cuidar da pessoa no serviço de urgência*. Revista sinais vitais. Nº 75.

Apóstolo, J. L. A. (2009). *O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos*. Revista Referência, II (9), 61-67.

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Unidade de investigação em ciências da saúde: Enfermagem

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

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) (2006)- *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta, pp. 7- 288.

Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN). (2016). *Guideline for perioperative practice*. Denver: AORN.

Azevedo, D. M., Santos, J. J. S., Justino, M. A. R., Miranda, F. A. N., e Simpson, C. A. (2008). *O brincar enquanto instrumento terapêutico: Opinião dos acompanhantes*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 10. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a13.htm>. Acedido a 3 fevereiro 2021.

Barbosa, I.A. e Silva, M. J. P. (2007). *Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 60, pp. 546-51.

Bates, V. (2018). *'Humanizing' healthcare environments: Architecture, art and design in modern hospitals*. Design for Health, 2(1), 5-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/24735132.2018.1436304>. Acedido a 10 julho de 2021.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora, p.294

Biazzotto, C., Brudniewski, M., Schmidt, A. e Júnior, J. (2006). *Hipotermia no Período Peri-Operatório*. Ver Bras Anesthesiol, 56 (1), 89-106.

Carvalho, A. I. T. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Dissertação\\_Ana%20Carvalho%20VERSÃO%20DEFINITIVA.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Dissertação_Ana%20Carvalho%20VERSÃO%20DEFINITIVA.pdf). Acedido a 2 fevereiro 2021.

Cerqueira, M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Formasau. Formação e Saúde, LDA.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2019-2020). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos*. Disponível em: [paliativos@acss.min-saude.pt](mailto:paliativos@acss.min-saude.pt). Acedido a 12 julho de 2021.

CIPE (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Versão 2. Edição portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

Cruz, E. A. e Varela, Z. M. V (2002) - *Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado*. Versão eletrónica. Revista Eletrónica de Enfermagem, 4 (1), 51-58. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acedido a 15 de outubro de 2020.

Deodato, S. (2010) – *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade Católica Portuguesa.

Dias, F. S., Rezende, E., Mendes, C. L., Réa-neto, Á., David, C. M., Schettino, G. e Lobo, S. M. (2006). *Parte II: Monitorização Hemodinâmica Básica e Cateter de Artéria Pulmonar*, 18, 63–77. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a12v18n1.pdf> Acedido a 24 de janeiro de 2021.

Dias, M. O. e Ferreira, M.M. (2006). *Ética e Profissão - Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Lusociência.

Direção Geral da Saúde (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Ministério da saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. [em linha]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>. Acedido a 5 de fevereiro de 2021.

Direção Geral da Saúde (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de Resistência aos antimicrobianos. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf). Acedido a 12 de fevereiro de 2021.

Direção Geral da Saúde (2020). *COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*. Disponível em: [ppcira@dgs.min-saude.pt](mailto:ppcira@dgs.min-saude.pt). Acedido a 10 de julho de 2021.

Duarte, A. e Martins, O. (2019). *Controlo Da Infeção Hospitalar*. Lidel

Eckerblad, J., Eriksson, H., Kärner, A. and Gustafsson, U. (2009). *Nurses’ Conceptions of Facilitative Strategies of Weaning Patients from Mechanical Ventilation-A Phenomenographic Study*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.008>

Galvão, C. M., Sawada, N.O. e Rossi, L. (2002). *A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória*. Rev. latinoam. enferm., 10(5), 690-695.

Girardon - Perlini, N. e Pilato, M. (2008) – *Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência*. Revista Electrónica de Enfermagem. Pág. 722.

Gotardo, J., Silveira, R. e Galvão, C. (2008). *Hipotermia no perioperatório: análise da produção científica nacional de enfermagem*. Rev. SOBECC., 13(2), 40 – 48.

GPT – Grupo Português de Tiragem. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documentoexplicativo-Triagem-Manchester>. Acedido a 15 fevereiro de 2021.

Hornthvedt, M. Nordsteien, A., Fermann, T. and Severinsson, E. (2018). *Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review*. BMC medical education, 18(1), 172.

Linhares, M. B. M. e Doca, F. N. P. (2010). *Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas*. Temas em Psicologia, 18(2), 19. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200006&script=sci_arttext). Acedido a 15 janeiro de 2020.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. NY: Springer Publishing Company.

Macphail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (pp. 3–8). Loures: Lusociência.

Malagutti, W. e Roehrs, H. (2012). *Terapia Intravenosa: atualidades*. Martinari. pág 44

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. 4th Edition, Lippincott William & Wilkins.

Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*.

Moher, D. Liberati, A. Tetzlaff, J. e Altman, D.G. (2009). *Prisma group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The Prisma statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.

Nobre, D. F. R., Rabiais, I. C. M., Ribeiro, P. C. P. S. V. e Seabra, P. R. C. (2015). *Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral*. Ver Bras Enferm; 72(6): 1533-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>. Acedido a 10 de julho de 2021.

Nunes, V., Araújo, I., Nobre, T., Alcântara, M., Leite, A., Maciel, F., Sodré, L. e Araújo, T. (2019). *Estratégia multimodal para adesão dos profissionais às boas práticas de higienização de mãos*. Res., Soc. Dev., 8(3), e1183774.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Disponível em: [divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#). Acedido a 26 de janeiro de 2021.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Enfermagem em Bloco Operatório - Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. [em linha]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_7Set2004.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf). Acedido a 5 de fevereiro de 2021.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde*. [em linha]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_IndicadoresVF\\_Out2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_IndicadoresVF_Out2007.pdf). Acedido a 15 de fevereiro de 2021.

Ordem dos Enfermeiros (2008) – *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Pág. 7

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dia Internacional da família- Enfermeiros e Famílias em parcerias na construção da saúde para todos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>. Acedido a 14 de julho de 2021.

Ordem dos enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem*; n°233; Diário da República, 2ª série.

Osswald, W. (2002). *Humanização, ética e solidariedade*. Cadernos de bioética. Vol. 23, pp. 15-20

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

Pinho, J., Carneiro, H. e Alves, F. (2012). Plano Nacional de Avaliação da Dor- Resultados. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. pp. 1–43. Disponível em: [https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD.pdf). Acedido a 10 dezembro 2020.

Ponce, P. and Mendes, J.J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel, pp. 536-544.

Puffer, S. and Rashidian, A. (2004). *Practice nurses' intentions to use clinical guidelines*. Journal of Advanced Nursing, 47(5), 500–509.

Radaelli, C., Kunz, C. A. E. e Pissaia, L. F. (2019). *O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa*. Research, Society and development, vol. 8, núm. 6. Universidade federal de Itajubá. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560662197037>. Acedido a 12 de julho de 2021.

Regulamento no 122/2011 de 29 de maio. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011). Diário da República, 2ª série – N° 35. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf). Acedido a 10 janeiro de 2020.

Regulamento no 124/2011 de 20 de novembro. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série – N.º 35. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf). Acedido a 12 janeiro de 2020.

Regulamento no 172/2012 de 5 de setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1ª série – N.º 52. Disponível em: [Lei-n-52-2012---Assembleia-da-Republica--Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf \(sns.gov.pt\)](#). Acedido a 10 de Julho de 2021.

Regulamento n.º 135/2018 de 16 de julho. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, n.º 135. Disponível em: [115698537.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#). Acedido a 10 de julho de 2021.

REPE. Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro (com alterações introduzidas pelo decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril). Capítulo IV, artigo 9º, n.º 2. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. Acedido a 12 fevereiro de 2021.

Ribeiro, P. I. A. M. (2010). *Pré-operatório: o universo da apreensão e do desconhecimento. Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente, no pré-operatório*. Revista Investigação em Enfermagem. n.º 22.

Rodríguez, L. M. B., Ríos, L. Y. V., Parra, M. R. P., Moreno, J. J., Rodríguez, L. F., Solano, K. Y. L. and Bonilla, J. A. (2016). *Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería*. Revista Cuidarte, 7(1), 1195-1203. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>

Rowley, B., Kerr, M., Van-Poperin, J., Everett, C., Stommel, M. and Lehto, R. (2015). *Perioperative warming in surgical patients: a comparison of interventions*. Clin Nurs Res, 24(4), 432-441.

Santos, C., Costa, S. e Robalo, S. (2005). *Ruído como factor perturbador do sono*. Revista sinais vitais. Formasau. Pág. 55- 60.

Saillour-Glénisson, F., Kret, M., Domecq, S., Sibé, M., Daucourt, V., Migeot, V., ... and Michel, P. (2017). *Organizational and managerial factors associated with clinical practice guideline adherence: a simulation-based study in 36 French hospital wards*. International Journal for Quality in Health Care, 29(4), 579-586. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx074>. Acedido a 10 de fevereiro de 2021.

Sapeta, P. e Lopes, M. (2007). *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente*. Revista de Enfermagem, vol. II, núm. 4, pp. 35-57. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239951003>. Acedido a 11 de Julho de 2021.

Schwonke, C.R. e Barcelos, G. (2011). *Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva*. Rev. Bras. Enferm., v. 64, n. 1, p. 189-192. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br>. Acedido a 20 fevereiro 2021

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática*. 6ªed. Lusociência.

Silva, G.L.D.F.D. e Thomé, E.G. D. R (2009). *Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem*. Rev. Gaúcha de enferm., Vol 30, nº 1, p.33 – 39.

Silva, R. C. e Ferreira, M. A. (2011). *Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, 64(1), 98-105. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000100015&lng=en&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100015&lng=en&tlng=p). Acedido a 6 janeiro 2021.

Silva, F. L. F., Oliveira, R. C. C., Sá, L. D., Lima, A. S., Oliveira, A. A. V. e Collet, N. (2015). *Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários*. Cienc Cuid Saude: 13(2): 210-218.

Smeltzer, S. C. e Bare, B. G. (2002). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Vol1, 9ªed, 509p.

Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M. and Ferreira, A. M (2019). *Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care*. Rev Gaúcha Enferm; 40: e20180263. Disponível em: [www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem](http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem). Acedido em 12 julho de 2021.

Steffens, A. e Brandão, D. (2012). *Introdução à Terapia intravenosa: visão global*. In W. Malaguttiand H. Roehrs (eds.). *Terapia intravenosa: atualidades* (pp. 33-44). Martinari.

Stites, M. (2013). *Observational Pain Scales in Critically Ill adults*. American Association of Critical-Care Nurses, 33(3), 68–79. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/3/68.full.pdf+html>. Acedido a 10 janeiro de 2020.

Swearingen, P. L. e Keen, J. H. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Ed. Lusociência p. 154-178.

Tudela, P. and Mòdol, J. M. (2015). *La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios*. Emergencias, 27(2), 113-120.

UCI - humanizando los cuidados intensivos. (2019). *Manual de boas práticas de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva*. Madrid: UCI - humanizando los cuidados intensivos, 2019. ISBN: 978-84-09-11618-8.

Urden, L.A., Stacy, K.M. e Lough, M.E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. Lusodidacta, 4-13, 573 – 700.

Vaz, K., McGrowder, D., Alexander-Lindo, R., Gordon, L., Brown, P. and Irving, R. (2010). *Knowledge, awareness and compliance with universal precautions among health care workers at the University Hospital of the West Indies, Jamaica*. Int J Occup Environ Med (The IJOEM), 1(4), 171-181.

Ward, M. M., Vaughn, T. E., Uden-Holman, T., Doebbeling, B. N., Clarke, W. R. and Woolson, R. F. (2002). *Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline*. *Journal of evaluation in clinical practice*, 8(2), 155-162.<https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2002.00337.x>

# APÊNDICES

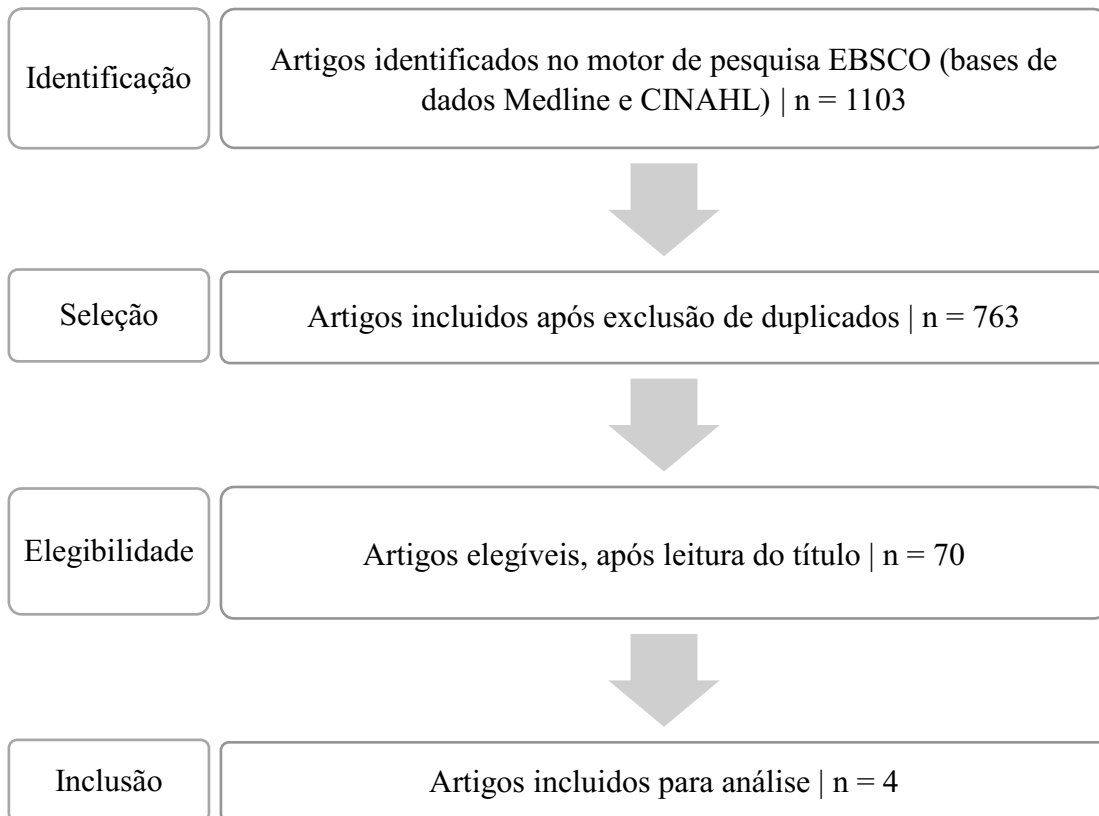


## Apêndice I – Critérios de seleção dos estudos.

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
População	Enfermeiros, médicos e assistentes operacionais	Outros profissionais de saúde e utentes
Conceito	Adesão/fatores de adesão às boas práticas clínicas	Boas práticas clínicas não oficiais; Boas práticas relacionadas com patologias específicas
Contexto	Hospitais	Contextos não hospitalares ou não específicos;
Data publicação	De 2000 a 2020	Anteriores a essa data
Idioma da publicação	Português, Inglês e Castelhana	Outros idiomas
Disponibilidade do texto	<i>Full text</i>	Artigos duplicados, não completos.
Tipos de estudo	Estudos quantitativos e qualitativos, transversais, descritivos	Estudos farmacológicos



**Apêndice II – Processo de identificação e inclusão dos estudos [fonte: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow]**





### Apêndice III – Análise dos artigos incluídos na scoping review

Título (Autor(es), Ano de Publicação)	Objetivo	Método	Resultados
Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline (Ward et al., 2002)	Analisar a sequência de conhecimento-atitude-comportamento do padrão de prática dos enfermeiros em relação à implementação de diretrizes.	Estudo quantitativo com a aplicação de um questionário	Os participantes relataram padrões de prática consistentes com a adesão às diretrizes, mesmo com pouco conhecimento sobre as mesmas. Salientam a importância do alinhamento existente entre conhecimento, atitude e comportamento. Apontam ainda outros fatores relacionados com a adesão às boas práticas, nomeadamente: a existência de barreiras organizacionais (conflitos de interesses, quando, por exemplo, o valor económico prevalece a outros), a ausência de <i>feedback</i> (nomeadamente através da realização de auditorias cujos resultados sejam dados a conhecer aos profissionais).
Knowledge, awareness and compliance with universal precautions among health care workers at the university hospital of the West Indies, Jamaica (Vaz et al., 2010)	Avaliar o conhecimento, a consciência e o cumprimento das precauções universais entre os profissionais de saúde.	Estudo quantitativo transversal.	Foram evidentes níveis de conhecimento adequado. A não conformidade às normas poderá relacionar-se com outros aspetos para além do conhecimento, nomeadamente: esquecimento, excesso de trabalho, segurança do local de trabalho, incumprimento por parte dos colegas, existência de recursos materiais, a crença de que a adesão às boas práticas clínicas aumenta a carga de trabalho, a crença de que a adesão às boas práticas clínicas diminui a destreza (no caso de utilização de luvas, por exemplo), entre outros.
Grado de adherencia al protocolo de registros	Analisar a adesão de enfermeiros e auxiliares de	Estudo descritivo quantitativo de corte transversal.	A aplicabilidade é boa em 14% e 54% dos enfermeiros e má no caso dos auxiliares. O nível de adesão é bom para 30% dos

clínicos de enfermeira (Rodríguez et al., 2016)	enfermagem a um protocolo de registos clínicos.		participantes. Nível de conhecimento demonstrado contrasta muito com o nível de cumprimento do mesmo.
Organizational and managerial factors associated with clinical practice guideline adherence: A simulation-based study in 36 french hospital wards (Saillour-Glénisson et al., 2017)	Identificar características de gestão, organizacionais e individuais que estão mais fortemente associadas à adesão às diretrizes de prática clínica.	Estudo quantitativo, por <i>clusters</i> e transversal.	Uma boa adesão às diretrizes emerge de dinamismo institucional, disponibilidade de competência clínica e cultura de equipa baseada na cooperação. A adesão às boas práticas relaciona-se com fatores individuais como o conhecimento, a experiência e o grau de <i>expertise</i> ou perícia numa determinada área. Assim, mais conhecimento e mais experiência numa determinada área parecem favorecer a adesão às boas práticas clínicas. A informatização e o advento da tecnologia é um fator que favorece a adesão às boas práticas clínicas

## **ADMISSÃO DO DOENTE NA UCI CCT**

### **Memorando de Procedimentos / Instrução de Trabalho**

#### 1. Objetivos

- Uniformizar processo de admissão do doente na UCI CCT

#### 2. Âmbito

- Enfermeiros da UCI CCT

#### 3. Siglas

- BO – Bloco Operatório
- UCI CCT – Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardioracica

#### 4. Descrição

- Transporte para UCI CCT é efetuado pelo serviço de origem

#### À chegada do doente:

- ✓ Tomar conhecimento adequado do diagnostico/cirurgia realizada;
- ✓ Acolher o doente, explicando os procedimentos e esclarece dúvidas de acordo com a situação clínica;
- ✓ Assegurar a correta colocação e fixação dos dispositivos e adequada adaptação ao ventilador (caso se verifique);
- ✓ Monitorizar o doente, avaliar estado físico e hemdinâmico;
- ✓ Iniciar terapêutica instituída;
- ✓ Avaliar funcionalidade dos acessos periféricos e centrais;
- ✓ Efetuar colheitas de sangue de acordo com norma instituída;
- ✓ Verificar colocação de todos os dispositivos, retirando-os ou colocando-os de acordo com prescrição médica;

- ✓ Identificar o nível de todas as drenagens e se possível (colocar a “zeros”);
- ✓ Realizar registo informático no programa *critical care*, bem como a nota de entrada na UCI CCT;
- ✓ Colaborar com o médico na execução de procedimentos técnicos;

NOTA 1 – A admissão do doente na UCI CCT é da responsabilidade do médico e enfermeiro de serviço à unidade. O enfermeiro que irá ficar responsável pelo doente a admitir deverá previamente à chegada do doente proceder à preparação e verificação da unidade de acordo com a condição clínica do doente e *checklist* de verificação do material preconizada no serviço.

NOTA 2- Aquando da entrada do doente, não serão permitidos objetos ou valores pessoais, devendo os mesmos permanecer no serviço de origem do doente e/ou serem entregues aos familiares.

## Apêndice V – Memorando de procedimentos para manutenção dispositivos intravasculares

Nº/Revisão-				
Data:				
Tipo de Documento: Procedimento		Previsão de revisão: 3 anos		
Nome: Manutenção cateter venoso periférico		Páginas 1 de 2		
Palavras-chave	<i>Assepsia</i>	<i>Infeção</i>	<i>higienização</i>	<i>Manipulação</i>
Elaborado por: 17/10/2020	Aprovado por: __/__/__		Doc. Revogados: __/__/__	
BO				

### 1 Âmbito

Aplicável ao Plano de Prevenção da Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares;

### 2 Objetivo

Reduzir o risco e o número de infeções associadas à colocação de um Cateter Venoso Periférico (CVP).

### 3 Referências

“Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections”. MMWR Recommendations and Report, 9 August 2002/ vol.51/ NºRR-10.

PAUCHET-TRAVERSAT, Anne-Françoise [et al.] - Cuidados de enfermagem: fichas técnicas. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-51-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Recomendações para a Prevenção da Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares - PNCI, 2006.

### 4 Descrição

#### 4.1 Higienização das mãos:

✓ Antes e após qualquer procedimento com o objetivo da manutenção do cateter venoso periférico que implique a sua manipulação, proceder à desinfeção higiénica das mãos, conforme o procedimento nº147.

#### 4.2 Assepsia durante a realização do procedimento:

- ✓ Manter a assepsia durante todo procedimento com a utilização de luvas de uso único não estéreis, em conjunto com a técnica “no-touch”.
- ✓ A palpação do local de inserção não deve ser efetuada após a aplicação do antisséptico;
- ✓ Se necessário, proceder à lavagem do local de inserção do cateter com soro fisiológico;
- ✓ Realizar a assepsia do local de inserção do cateter com soluções antissépticas de base alcoólica em uso na instituição.

#### 4.3 Substituição do penso do cateter:

- ✓ Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, palpando através do penso opaco ou visualizando se o penso for transparente;
- ✓ Substituir o penso quando o cateter é removido ou substituído, ou quando o penso está solto, repassado, húmido ou com sinais de infeção
- ✓ Substituir o penso frequentemente nos doentes diaforéticos;
- ✓ Em doentes com pensos de grandes volumes que não permitem a palpação ou a visualização do local de inserção, remover o penso diariamente e inspecionar visualmente aplicando um novo penso.

#### 4.4 Técnica asséptica na manipulação:

- ✓ Desinfetar os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema;
- ✓ Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados.

#### 4.5 Uso de antimicrobianos tópicos:

- ✓ Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção dos cateteres venosos periféricos devido ao grande potencial de desenvolverem infeções fúngicas ou resistências aos antimicrobianos.

#### 4.6 Substituição dos sistemas de administração:

- ✓ Substituir os sistemas de administração, incluindo torneiras e prolongamentos, a cada 72 h exceto se clinicamente indicado;
- ✓ Substituir os sistemas de administração de sangue, derivados de sangue, ou emulsões lipídicas dentro das 24 h após o início de infusão;
- ✓ Não há recomendação para a substituição de sistemas de infusões intermitentes;
- ✓ Considerar pequenos prolongamentos conectados ao cateter como uma porção do cateter, substituí-los quando o cateter é mudado.

#### 4.7 Permanência dos fluidos parentéricos:

- ✓ Não há recomendação para o tempo de permanência dos fluidos intravenosos, incluindo alimentação parentérica sem lípidos;
- ✓ Completar as infusões parentéricas com lípidos em 24 horas;
- ✓ Completar as infusões de emulsões lipídicas em 12 h;
- ✓ Completar as infusões de sangue e derivados em 4 horas após iniciar.

### 5 Registos

- ✓ Permeabilidade do cateter;
- ✓ Sinais locais associados ao cateter;
- ✓ Tipo de penso realizado.

### 6 Destinatários

Enfermeiros do Bloco Operatório Central do Hospital de Lisboa Central

## Apêndice VI – Foto-reportagem da reorganização/etiquetagem das prateleiras da Sala de Tratamentos do SAP



### Foto – Reportagem

Reorganização/etiquetagem das prateleiras da Sala de Tratamentos - Serviço de Atendimento Permanente Hospital Cuf Descobertas

**Antes**



**Depois**



Elaborado por: Ana Luísa Santos, aluna do Curso Mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica, ICS UCP. Dezembro, 2020.



**Apêndice VII – Sessão de formação “Fatores que Influenciam a Adesão dos Enfermeiros às Boas Práticas Clínicas: Uma *Scoping Review*”.**

Diapositivo 1

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

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO DOS ENFERMEIROS ÀS BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS: UMA *SCOPING REVIEW***

Mestranda: Ana Luísa Santos

Orientadora Científica: Profª Drª Filipa Veludo  
Orientadora Clínica: Mestre Sandrina Bento

Lisboa, Janeiro 2021

Diapositivo 2

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

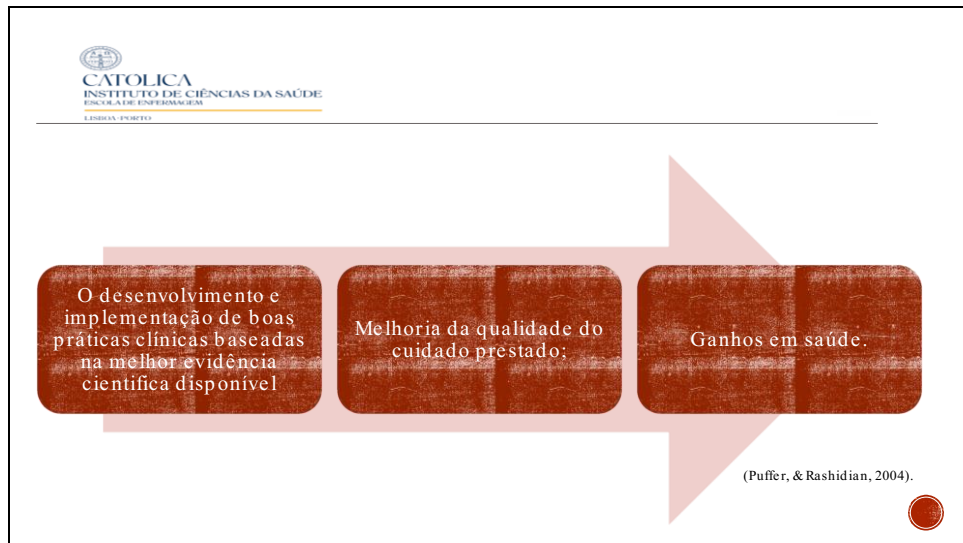
**objetivos**

Partilhar os resultados dos resultados da “scoping review” sobre “*Fatores que influenciam a adesão dos profissionais às boas práticas clínicas, em contexto hospitalar*”

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da adesão às boas práticas clínicas.



### Diapositivo 3



### Diapositivo 4

CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA - PORTUGAL

**Boas práticas**


- “É um meio de assegurar a segurança em saúde”;
- “um tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de eventos adversos resultantes da exposição ao sistema de saúde numa variedade de doenças e procedimentos”

• (Shojania et al., 2001, p. 1).


The slide features a dark brown, rounded rectangular box on the left containing the text 'Boas práticas' in white. To the right of this box is a light-colored rounded rectangular area containing two bullet points. The first bullet point reads: '• “É um meio de assegurar a segurança em saúde”;' and the second reads: '• “um tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de eventos adversos resultantes da exposição ao sistema de saúde numa variedade de doenças e procedimentos”'. Below the second bullet point is a citation: '• (Shojania et al., 2001, p. 1).'. The slide also includes the logo of the Catholic Institute of Health Sciences, Faculty of Nursing, Lisbon, Portugal, in the top left corner.



## Diapositivo 5



Na prática, verifica-se que os profissionais de saúde...




Demonstram conhecimentos sobre as boas práticas clínicas;


No entanto, esses conhecimentos podem não se refletir na prática

Variando consoante as suas educações, papéis, responsabilidades, processos de decisão, entre outros aspetos...

(Puffer, & Rashidian, 2004).




## Diapositivo 6




As boas práticas clínicas são centrais aos cuidados de saúde, sendo que, para que sejam eficazes, devem ter o seu desenvolvimento e implementação alinhados com os fatores que podem dificultar ou facilitar o seu uso.

(Puffer, & Rashidian, 2004)




Atendendo ao fenómeno a aos achados, optou-se por uma ,*Scoping Review*, segundo metodologia Joanna Briggs Institute, *BI*





## Diapositivo 7



**Metodologia**

*Scoping Review, segundo metodologia Joanna Briggs Institute, JBI*

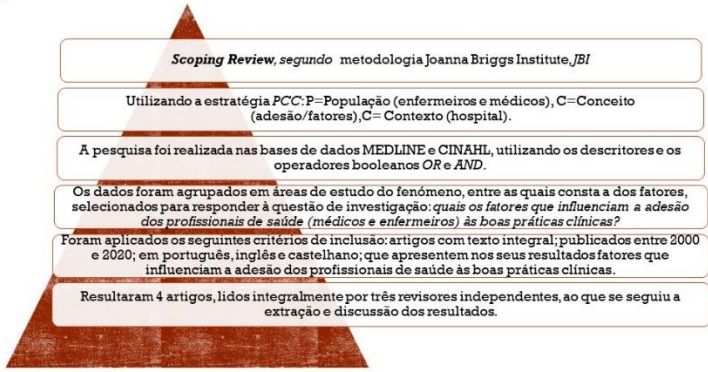
Utilizando a estratégia PCC: P=População (enfermeiros e médicos), C=Conceito (adesão/fatores), C= Contexto (hospital).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, utilizando os descritores e os operadores booleanos OR e AND.


Os dados foram agrupados em áreas de estudo do fenómeno, entre as quais consta a dos fatores, selecionados para responder à questão de investigação: *quais os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) às boas práticas clínicas?*

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto integral; publicados entre 2000 e 2020; em português, inglês e castelhano; que apresentem nos seus resultados fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas.


Resultaram 4 artigos, lidos integralmente por três revisores independentes, ao que se seguiu a extração e discussão dos resultados.




## Diapositivo 8



**Apresentação dos resultados da RL**




(Puffer, & Rashidian, 2004).





## Diapositivo 9



Infelizmente, alguns dos artigos evidenciam baixa adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas.

(Vaz et al., 2010 and Panagiota, e Panayota, 2013 and Rodriguez et al., 2016 e Mira et al., 2019).


A falta de conhecimento ou conhecimento errado, está associado à baixa adesão, tendendo a gerar:

- Riscos profissionais em contexto hospitalar;
- Má prática clínica;
- Má qualidade dos cuidados.


(Panagiota, & Panayota, 2013 and Mira et al., 2019)

O conhecimento é apenas uma das barreiras que afetam a adesão dos enfermeiros às diretrizes.

(Ward et al., 2002)



## Diapositivo 10




**Adesão:** Medida em que determinado comportamento está de acordo com as indicações saúde.

(Efstathiou, Papastavrou, Raftopoulos, & Merkouris, 2011)

**Adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas:** Fenómeno complexo, para o qual converge uma multiplicidade de fatores:


- Fatores individuais; de gestão e organizacionais e estruturais

(Saillour-Glénisson et al., 2017 and Ward et al., 2002)






## Diapositivo 11

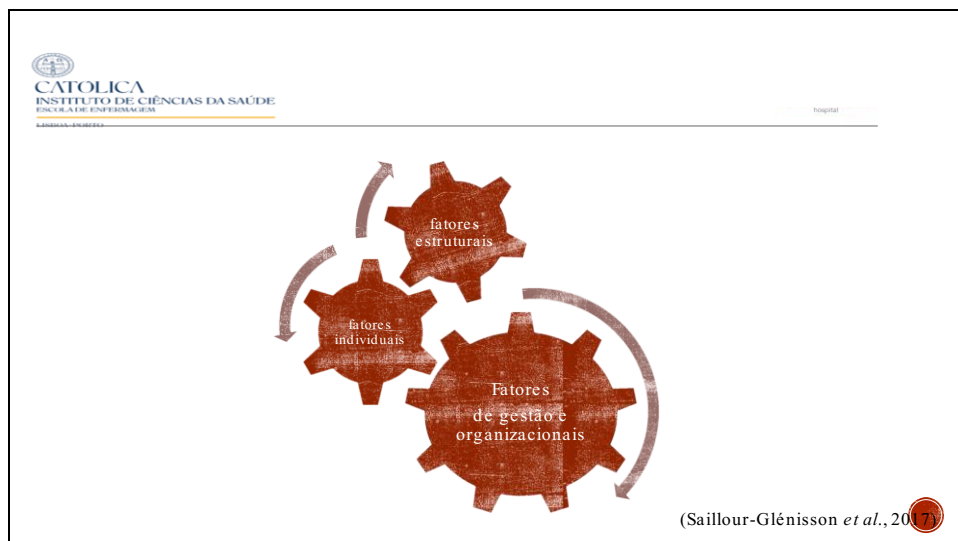


---

<b>Fatores individuais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecimento</li><li>• Experiência</li><li>• Grau de <i>expertise</i> ou perícia</li></ul> <p>• (Saillour-Glénisson <i>et al.</i>, 2017).</p>
<b>Fatores de gestão e organizacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Barreiras organizacionais</b></li><li>• Conflito de interesses (ex: o valor económico prevalece a outros)</li><li>• <b>Ausência de <i>feedback</i></b> (ex: realização de auditorias, cujos resultados não sejam dados a conhecer aos profissionais)</li></ul> <p>• (Ward <i>et al.</i>, 2002)</p>
<b>Fatores estruturais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sistemas de informação:</b></li><li>• <b>informatização e o avanço da tecnologia</b> é um fator que favorece a adesão às boas práticas.</li></ul> <p>(Saillour-Glénisson <i>et al.</i>, 2017).</p>




## Diapositivo 12






## Diapositivo 13




Se, por um lado, é importante alinhar as políticas organizacionais, de modo a que não surjam como barreiras à adesão às *boas práticas*.

(Ward *et al.*, 2002),


Por outro lado, é importante não esquecer uma das missões fundamentais de um hospital ou instituição de saúde, que é a de se dotar de ações organizacionais que servem como motor para incrementar o desempenho individual, sendo que o sentimento partilhado de cultura de grupo está relacionado com um bom nível de adesão, em diferentes áreas clínicas.



Enfermeiros são uma parte de um todo que, com as suas ações, revelam impactos interdependentes.


(Saillour-Glénisson *et al.*, 2017) 

## Diapositivo 14




**Os fatores individuais existem numa estreita relação com os fatores organizacionais e estruturais.**

- Conhecimento;  
- Treino de competências (*skills*);  
- Formação




- Promotores da adesão dos profissionais às boas práticas clínicas;
- Promotoras de sentimento de auto-eficácia;
- Fundamentais para a sensibilização e capacitação dos profissionais no que diz respeito à consciência (*awareness*) da importância da adesão às boas práticas clínicas

(Vaz *et al.* 2010). 



## Diapositivo 15




Práticas inadequadas+ uso excessivo de atos e procedimentos médicos (*medical overuse*) → potenciais danos para o doente + peso financeiro + custos acrescidos

**Reais custos das boas práticas, em duas perspectivas:**

Segurança do doente → Deve ter-se em conta o custo-benefício para o doente, resultante da realização de determinados procedimentos ou prescrições

Financeira → Importante reduzir custos desnecessários, numa época em que as preocupações financeiras se fazem ouvir em todos os contextos. (Mira *et al.* 2016)

## Diapositivo 16



**CONCLUSÃO:**

Fatores que **PROMOVEM/AFETAM a adesão** às boas práticas clínicas são:

- essencialmente individuais, de gestão e organizacionais e estruturais.


↙ → **A adesão** às boas práticas clínicas **resulta** :

- dos conhecimentos e da competência de cada profissional;
- do tempo de permanência na instituição;
- da cultura cooperativa implementada (formação, treino, espírito de coesão);
- da adequação dos recursos e tecnologias disponíveis.

(Vaz *et al.*, 2010 and Saillour-Glénisson *et al.*, 2017)



## Diapositivo 17



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCALADA DE ENFERMAGEM  
LESIERIA - PORTO


hospital

---

**Conclusão (cont.)**

Meios de atuação para a melhoria da adesão às boas práticas clínicas:

- Programas educacionais;
- Políticas inclusivas;
- Sensibilização ativa.



## Diapositivo 18



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCALADA DE ENFERMAGEM  
LESIERIA - PORTO

hospital

---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Anderson, S., Allen, P., Peckham, S., & Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health research policy and systems*, 6(1), 7.

Cooper, H. (1998). *Applied social research methods: Synthesizing research: A guide for literature reviews*. Londres: Sage Publications, Inc.

Efsthathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V., & Merkouris, A. (2011). Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC nursing*, 10(1), 1.

Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 335-342.

Ministério da Saúde (2015). *Despacho n.º 1400-A/2015*. Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II de 2015-02-10.

Mira, J. J., Caro Mendiveiso, J., Carrillo, I., González de Dios, J., Olivera, G., Pérez-Pérez, P., ... & Valencia-Martín, J. L. (2019). Low-value clinical practices and harm caused by non-adherence to do not do recommendations in primary care in Spain: a Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 519-526.

Puffer, S., & Rashidian, A. (2004). Practice nurses' intentions to use clinical guidelines. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5), 500-509.

Rodríguez, L. M. B., Ríos, L. Y. V., Parra, M. R. P., Moreno, J. J., Rodríguez, L. F., Solano, K. Y. L., & Bonilla, J. A. (2016). Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1195-1203.

Saillour-Glénisson, F., Kret, M., Domecq, S., Sibé, M., Daucourt, V., Migeot, V., ... & Michel, P. (2017). Organizational and managerial factors associated with clinical practice guideline adherence: a simulation-based study in 36 French hospital wards. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 579-586.

Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., Wachter, R. M., & Markowitz, A. J. (2001). Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 43(1), 668.

Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54.


Váz, K., McGrowder, D., Alexander-Lindo, R., Gordon, L., Brown, P., & Irving, R. (2010). Knowledge, awareness and compliance with universal precautions among health care workers at the University Hospital of the West Indies, Jamaica. *Int J Occup Environ Med (The IJOEM)*, 1(4), 171-181.

Ward, M. M., Vaughn, T. E., Uden-Holman, T., Doebbeling, B. N., Clarke, W. R., & Woolson, R. F. (2002). Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 8(2), 155-162.






Diapositivo 19

  
CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA - PORTO

---

MUITO OBRIGADA

BOM TRABALHO





## Apêndice VIII – Resumo e poster sobre os “*fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros às boas práticas clínicas*”



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

P47

### III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem 27 de novembro 2020

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa

#### RESUMO - Posters

**Título do Poster:** Fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) às boas práticas clínicas: uma *scoping review*

**Autoria(s):** Santos, Ana Luísa<sup>1</sup>; Sousa, Liliana<sup>1</sup>; Ildefonso, Tatiana<sup>1</sup>; Veludo, Filipa<sup>2</sup>; Sousa, Patrícia<sup>3</sup>; Marques, Rita<sup>4</sup>

**Afiliação do(s) autor(es):**

<sup>1</sup> Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN,

<sup>2</sup> ICS-UCP, RN, MsEC, PhD;

<sup>3</sup> ICS-UCP, RN, MsNC, PhD;

<sup>4</sup> Escola Superior de saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, RN, MsNC, PhD;

**Resumo** (5000 caracteres):

**Introdução:** Tem-se assistido a muita produção e disseminação de protocolos e *guidelines* que sustentam as boas práticas clínicas, mas a sua implementação levanta questões relacionadas com a adesão às mesmas, verificando-se a existência de diversos fatores que influenciam essa adesão (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017).

**Objetivos:** Mapear os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) às boas práticas clínicas, na literatura científica.

**Materiais e Métodos:** Revisão *scoping*, segundo metodologia Joanna Briggs Institute, utilizando a estratégia PCC, P=População (enfermeiros e médicos), C=Conceito (adesão/fatores), C= Contexto (hospital). A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCOhost, bases de dados MEDLINE e CINAHL, utilizando os descritores *protocol\**, *clinicalpracticeguideline\**, *recommendation\**, *universal precautions*, *compliance*, *adhesion*, *health professionals*, *nurses*, *physicians*, *doctors* e os operadores booleanos OR e AND. Os dados foram agrupados em áreas de estudo do fenómeno, entre as quais consta a dos fatores, selecionada para responder à questão de investigação: *quais os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) às boas práticas clínicas?* Foram aplicados os seguintes de critérios de inclusão: artigos com texto integral; publicados entre

2000 e 2020; em português, inglês e espanhol; que apresentem nos seus resultados fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas clínicas. Resultaram 6 artigos, lidos integralmente por três revisores independentes, ao que se seguiu a extração e discussão dos resultados.

**Resultados:** A adesão dos profissionais às boas práticas clínicas é multifatorial. A literatura refere fatores individuais, organizacionais e estruturais. A relação entre estes é decisiva quando se tenta compreender o que subjaz ao modo como os profissionais atuam. Os fatores individuais englobam o conhecimento, a experiência, o grau de *expertise* ou perícia. Assim, mais conhecimento e mais experiência numa determinada área parecem favorecer a adesão às boas práticas clínicas (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017). Ward *et al.* (2002) apontam também para a importância do alinhamento existente entre conhecimento, atitude e comportamento. A formação surge não apenas como acréscimo de conhecimento, mas também como meio de sensibilização dos profissionais no que diz respeito à consciência (*awareness*) da importância da adesão às boas práticas clínicas (Vaz *et al.* 2010). Dentro dos fatores estruturais, surgem os sistemas de informação, associados ao desempenho de um hospital (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017). É importante alinhar as políticas organizacionais, de modo a que não surjam como barreiras à adesão às *guidelines* (Ward *et al.*, 2002) e que possam incrementar o desempenho individual, sendo que o sentimento partilhado de cultura de grupo está relacionado com um bom nível de adesão, em diferentes áreas clínicas (Saillour-Glénisson *et al.*, 2017).

**Conclusão:** A adesão às boas práticas clínicas deverá passar pela apropriação do conhecimento, pela formação e pelo treino, como promotores do sentimento de autoeficácia e da consciencialização, devendo também integrar políticas organizacionais que promovam a adesão, ao invés de entrarem em conflito com ela.

#### Referências Bibliográficas:

- Mira, J. J., Caro Mendivelso, J., Carrillo, I., González de Dios, J., Olivera, G., Pérez-Pérez, P., ... & Valencia-Martín, J. L. (2019). Low-value clinical practices and harm caused by non-adherence to 'do not do' recommendations in primary care in Spain: a Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 519-526. Consultado a 15 outubro 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy203>
- Rodríguez, L. M. B., Ríos, L. Y. V., Parra, M. R. P., Moreno, J. J., Rodríguez, L. F., Solano, K. Y. L., & Bonilla, J. A. (2016). Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1195-1203. Consultado a 15 outubro 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>
- Saillour-Glénisson, F., Kret, M., Domecq, S., Sibé, M., Daucourt, V., Migeot, V., ... & Michel, P. (2017). Organizational and managerial factors associated with clinical practice guideline adherence: a simulation-based study in 36 French hospital wards. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 579-586. Consultado a 15 outubro 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx074>
- Vaz, K., McGrowder, D., Alexander-Lindo, R., Gordon, L., Brown, P., & Irving, R. (2010). Knowledge, awareness and compliance with universal precautions among health care workers at the University Hospital of the West Indies, Jamaica. *Int J Occup Environ Med (The IJOEM)*, 1(4), 171-181.

- Ward, M. M., Vaughn, T. E., Uden-Holman, T., Doebbeling, B. N., Clarke, W. R., & Woolson, R. F. (2002). Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 8(2), 155-162. Consultado a 6 de novembro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2002.00337.x>



## III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

# ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

# PROTAGONISTA NO PRESENTE

# INOVADORA NO FUTURO

Autoria(s): Santos, Ana Lúcia<sup>1</sup>; Sousa, Liliana<sup>2</sup>; Ildefonso, Tatiana<sup>3</sup>; Veludo, Filipe<sup>4</sup>; Sousa, Patrícia<sup>5</sup>; Marques, Rita<sup>6</sup>

Afiliação do(s) autor(es):  
<sup>1</sup> Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), RN,  
<sup>2</sup> ICS-UCP, RN, MSEC, PhD,  
<sup>3</sup> ICS-UCP, RN, RNMC, PhD,  
<sup>4</sup> Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, RN, MSc, PhD,  
<sup>5</sup> ICS-UCP, RN, MSEC, PhD,  
<sup>6</sup> Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, RN, MSc, PhD.

Email: ricvvo\_84@hotmail.com

## FATORES QUE INFLUENCIAM A ADEÇÃO DOS ENFERMEIROS ÀS BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS: UMA “SCOPING REVIEW”

### INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a uma intensa produção e disseminação de protocolos e *guidelines* que sustentam as boas práticas clínicas, no entanto, a sua implementação na prática diária dos profissionais levanta questões relacionadas com a adesão às mesmas, verificando-se a existência de diversos fatores que influenciam essa adesão (Saillour-Gléniisson *et al.*, 2017). Assim, surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento acerca do tema, de modo a poder contribuir para uma melhor compreensão do mesmo, bem como poder vir a intervir de forma positiva na adesão dos profissionais às boas práticas clínicas, tendo em conta a influência positiva que o conhecimento tem na adesão às mesmas (Vaz *et al.*, 2010; Ward *et al.*, 2002; Rodriguez *et al.*, 2016).

### OBJETIVO

Mapear os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) às boas praticas clinicas, na literatura científica.

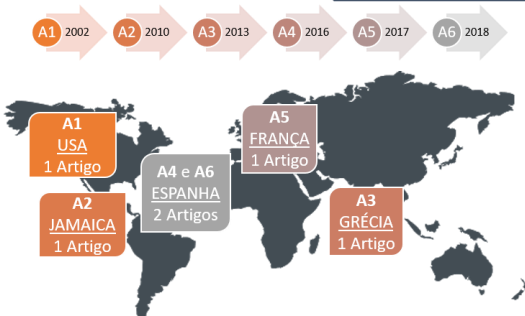
### MATERIAIS E MÉTODOS

Foi efetuada uma revisão *scoping* que seguiu a metodologia preconizada pelo Joanna Briggs Insitute, utilizando a estratégia *participants, concept e contexto* (PCC).

P	População	Profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)
C	Conceito	Fatores/ adesão
C	Contexto	Hospital

Após aplicação de critérios de inclusão: artigos na integra; publicados num horizonte temporal de 2000 a 2020; artigos em português, inglês e espanhol; estudos quantitativos e qualitativos e artigos que apresentem nos seus resultados fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas, resultaram 6 artigos.

### RESULTADOS

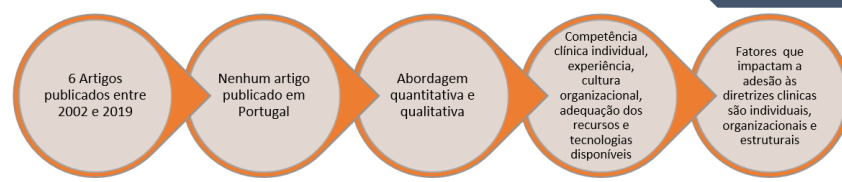


**A1** 2002, **A2** 2010, **A3** 2013, **A4** 2016, **A5** 2017, **A6** 2018

**A1** USA 1 Artigo  
**A2** JAMAICA 1 Artigo  
**A3** GRÉCIA 1 Artigo  
**A4 e A6** ESPANHA 2 Artigos  
**A5** FRANÇA 1 Artigo

<b>A1</b>	Importância de alinhar as políticas organizacionais, de modo a que não surjam como barreira. Formação e treino como estratégia para promover a adesão às boas práticas clínicas (Ward <i>et al.</i> , 2002).
<b>A2</b>	Verifica-se um nível adequado de conhecimento, por parte de médicos e enfermeiros, no que diz respeito às precauções universais (Vaz <i>et al.</i> , 2010).
<b>A3</b>	O conhecimento e cumprimento das medidas preventivas de riscos ocupacionais biológicos são os mais investigados até ao momento, seguidos dos riscos ocupacionais químicos. A percentagem de adesão de profissionais de enfermagem às medidas de prevenção é baixa (Panagiota <i>et al.</i> , 2013).
<b>A4</b>	Nível de conhecimentos dos profissionais sobre o protocolo é bom em 61% e regular em 29 %. Grau de adesão é baixo – apenas 30% tem e aplica os conhecimentos de forma correta (Rodríguez <i>et al.</i> , 2016).
<b>A5</b>	Uma boa adesão às diretrizes emerge de dinamismo institucional, disponibilidade de competência clínica e cultura da equipa baseada na cooperação (Saillour-Gléniisson <i>et al.</i> , 2017).
<b>A6</b>	Práticas de baixo valor e potencialmente perigosas foram identificadas (Mira <i>et al.</i> , 2018).

### DISCUSSÃO



### CONCLUSÃO

A tomada de decisão associada à adesão às boas práticas clínicas varia de acordo com uma multiplicidade de aspetos individuais, organizacionais e estruturais.

**BIBLIOGRAFIA**

- Mira, J. J., Caro Mendiveilo, J., Carrillo, I., González de Dios, J., Olivers, G., Pérez-Pérez, P., ... & Valencia-Martín, J. L. (2018). Low-value clinical practices and harm caused by non-adherence to 'do not do' recommendations in primary care in Spain: a Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 519-526. Consultado a 15 de outubro 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/inqhc/inqz003>
- Panagiota, C., & Panayiotis, S. (2013). Knowledge, Attitudes and Compliance of Nursing Staff with Occupational Risk Prevention Guidelines in the Hospital: A Systematic Review. *Nurs&Prac*, 5(2).
- Rodríguez, L. M. B., Ríos, L. Y. V., Parra, M. R. P., Moreno, J. J., Rodríguez, L. F., Solano, K. Y. L., & Bonilla, J. A. (2016). Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1195-1203. Consultado a 15 de outubro 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>
- Saillour-Gléniisson, F., Kret, M., Domecq, S., Sibé, M., Daucourt, V., Migeot, V., ... & Michel, P. (2017). Organizational and managerial factors associated with clinical practice guideline adherence: a simulation-based study in 36 French hospital wards. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 579-586. Consultado a 15 de outubro 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/inqhc/inqz073>
- Vaz, K., McGrowder, D., Alexander-Linds, B., Gordon, L., Brown, P., & Irving, R. (2010). Knowledge, awareness and compliance with universal precautions among health care workers at the University Hospital of the West Indies, Jamaica. *Int J Occup Environ Med (The IOEM)*, 1(4), 171-181.
- Ward, M. M., Vaughn, T. E., Uden-Holman, T., Doebbeling, B. N., Clarke, W. R., & Woolson, R. F. (2002). Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 8(2), 155-162. Consultado a 6 de novembro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2002.00337.x>



# **ANEXOS**



## Anexo II – Certificado de participação e presença no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro”

 <p>CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA</p>	<p>III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO</p>
<p><b>CERTIFICADO</b></p>	
<p>Certifica-se que as Enfermeiras <b>Ana Luísa Santos, Lílina Sousa e Tatiana Ildefonso</b>; Prof. Doutora <b>Filipa Veludo</b>; Prof. Doutora <b>Patrícia Sousa</b> e Prof. Doutora <b>Rita Marques</b>, participaram no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia <b>27 de novembro de 2020</b>, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 47 com o tema “<b>FATORES QUE INFLUENCIAM A ADEÇÃO DOS ENFERMEIROS ÀS BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS: UMA SCOPING REVIEW</b>”</p>	
<p>Lisboa, 27 de novembro de 2020.</p>	<p>A Diretora Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP</p>  <p>Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN Professora Auxiliar</p>
	
<p><small>Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • Email: saudi@ics.lisboa.ucp.pt</small></p>	